

Michael Meng, Miriam Peters, Bettina Dauer, Claudia Hofrath,  
Lena Dorin, Monika Hackel

## Pflegemonitoring: Hochschule – Erste Analysen des BIBB-Pflegepanels

Nursing Monitoring: Higher Education –  
First Analyses of the BIBB Nursing Panel

Background: The new Nursing Professions Act came into force in January 2020. This provides an important impulse, particularly with regard to nursing science education at higher education institutions. The Science Council in Germany sets the goal of ten to 20 per cent of all nurses with an academic degree. Such complex conversion processes must be accompanied scientifically, which is what the Federal Institute for Vocational Education and Training (BIBB) does with the BIBB Nursing Panel. Method: The data represent the set-up phase of a panel survey and were collected in spring 2021. The information from the higher education institutions is analysed descriptively and extrapolated to all students. Data are examined through inferential statistics in relation to attitudes, compared to other institutions. A Kruskal-Wallis test (Bonferroni adjusted post hoc comparisons) is calculated. Results: Currently, N=35 higher education institutions are included in the BIBB nursing panel, n=15 with primary qualifying study programmes (n=316 persons; between  $\hat{\mu}_1 = 379$  and  $\hat{\mu}_2 = 554$ , mean  $M_{irr} = 464$ ). Attitudes towards the new nursing education differ significantly between organisations. Discussion: Academisation and vocational training must be considered together. Vocationally qualified persons must not be downgraded.

### Keywords

BIBB Nursing Panel, Nursing Professions Act, Higher Education Institutions, primary qualifying, academisation

Hintergrund: Im Januar 2020 ist das neue Pflegeberufegesetz in Kraft getreten und besonders im Hinblick auf pflegewissenschaftliche Bildungsangebote an Hochschulen geht hierdurch ein wichtiger Impuls aus. Der Wissenschaftsrat formuliert zehn bis 20 Prozent aller Pflegenden mit akademischen Abschluss als Ziel. Solche komplexen Umstellungsprozesse müssen wissenschaftlich begleitet werden, was das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) mit dem BIBB-Pflegepanel leistet. Methode: Die Daten stellen die Aufbauphase einer Panelerhebung dar und wurden im Frühjahr 2021 erhoben. Die Daten der Hochschulen werden deskriptiv analysiert und eine Hochrechnung auf alle Studierenden durchgeführt. Daten werden inferenzstatistisch in Bezug auf Einstellung, verglichen zu anderen Einrichtungen, überprüft. Es wird ein Kruskal-Wallis-Test (Bonferroni adjustierte post hoc Vergleiche) berechnet. Ergebnisse: Aktuell sind N=35 Hochschulen im BIBB-Pflegepanel eingeschlossen, n=15 mit primärqualifizierende Studiengänge

eingereicht 03.09.2021  
akzeptiert 12.10.2021

(n=316 Personen; zwischen  $\hat{\mu}_1= 379$  and  $\hat{\mu}_2= 554$ , mean  $M_{\text{diff}}= 464$ ). Einstellungen zur neuen Pflegeausbildung unterscheiden sich signifikant zwischen den Einrichtungen. Diskussion: Akademisierung und berufliche Ausbildung müssen gemeinsam weitergedacht werden. Es darf keine Abqualifizierung beruflich Qualifizierter stattfinden.

#### Schlüsselwörter

BIBB-Pflegepanel, Pflegeberufegesetz, Hochschulen, primärqualifizierend, Akademisierung

## 1. Hintergrund

Im Januar 2020 ist das neue Pflegeberufegesetz in Kraft getreten (Bundesamt für Justiz 2020, PflBG, PflAPrV). Damit verändern sich die Rahmenbedingungen der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung. Während zuvor im beruflichen Bildungsbereich Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege als eigenständige Ausbildungen und mit entsprechenden Berufsabschlüssen unterschieden wurden, ist die Pflegeausbildung seit diesem Zeitpunkt generalistisch organisiert (Hackel 2021). Die generalistische Pflegeausbildung berücksichtigt „*die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen*“ (Bundesamt für Justiz 2020, PflBG § 5 Absatz 1). Die hochschulische Pflegeausbildung im Rahmen von Modellversuchen hatte schon vor In-Kraft-Treten des neuen Pflegeberufegesetzes die Pflege von Menschen aller Altersstufen im Fokus.

Neben der beruflichen ist auch die hochschulische Pflegeausbildung vom Wandel betroffen: Im Gesetz ist nun die primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen fest verankert (Bundesamt für Justiz 2020, PflBG § 37 Absatz 1). Mit dem erfolgreich abgeschlossenen primärqualifizierenden Pflegestudium erlangen Studierende den berufsqualifizierenden Abschluss Bachelor und die Berufszulassung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann.

Mit dieser Veränderung gehen zahlreiche Chancen, aber auch Herausforderungen für die Ausgestaltung einher (Darmann-Finck et al. 2019). Der Wissenschaftsrat sieht einen Bedarf von zehn bis zwanzig Prozent der Pflegenden mit einem akademischen Abschluss in der direkten Versorgung (Wissenschaftsrat 2012). Dies sei notwendig, da die Komplexität in Pflegesituationen zunimmt (Sachverständigenrat 2014) und multidisziplinäre Teams und die sich daraus ergebenden Rahmenbedingungen zunehmend auch akademische Qualifikationen erfordern. Jedoch soll nicht rein die akademische Qualifizierung von Studierenden dazu beitragen, sondern auch das Potenzial der Berufserfahrenen genutzt werden, da gerade diese Personengruppe die Versorgungsqualität nachhaltig positiv beeinflussen kann (Wissenschaftsrat 2012). So haben Broens und Kollegen eine Studie durchgeführt, die sich mit der Entwicklung berufsbegleitender Studiengänge in der Pflege mit dem Fokus auf Lernergebnissen befasst (Broens et al. 2017). Daneben wurden auch Beiträge veröffentlicht, welche die Primärqualifizierung fokussierten (Müller et al. 2016; Zimmermann et al. 2021).

Im Gegensatz zu der Aufforderung die Akademisierungsquote der Pflegeberufe deutlich zu erhöhen, fand im Laufe des Jahres 2020 im Bereich der primärqualifizierenden pflegerischen Studiengänge ein Rückgang der angebotenen Studienplätze statt, bzw. konnten an vielen Hochschulen lediglich die Hälfte der vorhandenen Studienplätze besetzt werden (Eberl et al. 2021). So wurde von Seiten der Hochschulen in einem vom BIBB durchgeführten Fachworkshop (BIBB 2020) unter anderem die Herausforderungen in der Organisation diskutiert. In der Kritik steht vor allem die fehlende Finanzierung von hochschulischen Praxisanleitenden und die fehlende Vergütung der Studierenden. Zudem fordert die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft und der Deutscher Pflegerat „eine Unterstützung der Hochschulen für den Auf- und Ausbau primärqualifizierender Pflegestudiengänge“ (Eberl et al. 2021: 1). Auch auf Seiten der Politik gibt es Bestrebungen zur Ausweitung der akademischen Ausbildung (Bundesministerium für Gesundheit 2019). Diese werden unter anderem Rahmen der Ausbildungs-offensive Pflege beschrieben (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Um die Einführung der neuen beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung auch wissenschaftlich zu begleiten, hat das BIBB durch die Ausbildungs-offensive Pflege im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) frühzeitig den Auftrag erhalten, ein fortlaufendes Monitoring zu etablieren. Der Aufbau des BIBB-Pflegepanels (nach § 60 Absatz 6 Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV)) konnte zu Beginn des Jahres 2021 abgeschlossen werden (Bundesministerium für Gesundheit 2021; Hofrath et al. 2021). Eine Durchführung von jährlichen Längsschnitterhebungen und zusätzlichen Querschnitterhebungen ist vorgesehen. Hiermit wird erstmals eine repräsentative bundesweite Längsschnittuntersuchung zur Ausbildung in der Pflege angelegt. Im Panel wird unter anderem auch die Entwicklung im Bereich der primärqualifizierenden Studiengänge kontinuierlich beobachtet. Mit diesem Vorgehen wird nicht nur der frühzeitigen wissenschaftlichen Begleitung Rechnung getragen, sondern auch der Forderung entsprochen, dass mehr Längsschnittstudien durchgeführt werden müssen, um aussagekräftige Ergebnisse zu (aktuellen) Entwicklungen zu haben (Brandenburg et al. 2007; Tschupke 2020).

Aufgrund der Reform der Pflegeausbildung durch das neue Pflegeberufegesetz und der Notwendigkeit akademisierter Pfleger in der (Versorgungs-)Praxis, der Relevanz wissenschaftlicher Begleitforschung und der damit verbundenen Aufgabe des BIBBs hat der vorliegende Beitrag zum Ziel:

- a) deskriptiv zu beschreiben, wie viele Hochschulen zu Beginn des Jahres 2021 bereits primärqualifizierende Studiengänge anbieten und wie viele Studierende durch einen Studiengang die Berufsqualifizierung zum Bachelor Pflegefachfrau/Pflegefachmann erlangen,
- b) inferenzstatistisch zu überprüfen, wie die aktuelle Einstellung zu den neuen Pflegeausbildungen der befragten hochschulischen Akteure in Vergleich zu den beruflichen Akteuren der generalistischen Pflegeausbildung ist.

## 2. Methode

### 2.1 Design

Die hier präsentierten Daten zu den Hochschulen stellen die Aufbauphase einer Panelerhebung dar. Ziel ist eine Vollerhebung über alle Hochschulen mit primärqualifizierenden Pflegestudiengängen. Die Stichprobe wird dahingehend regelmäßig aktualisiert.

### 2.2 Datenerhebung

Zielpersonen sind Studiengangs- bzw. Fachbereichsverantwortliche jener Hochschulen, die Studiengänge angeboten haben, die einen Hochschulabschluss und eine Berufszulassung in der Pflege ermöglichen. Die Datenerhebung erfolgte mittels zielgruppenspezifischen standardisierten Fragebögen. Das Erhebungsinstrument ist von Expertinnen und Experten auf Augenscheinvalidität hin überprüft worden. Die Erhebung folgte dem Multi-Method-Ansatz, hier mit einem Schwerpunkt auf der CATI-Befragung, da die CATI-Befragung von allen teilnehmenden Hochschulen präferiert wurde. Die Anfangsphase der Datenerhebung wurde intensiv beobachtet, um ggf. schnell Anpassungen vornehmen zu können. Die Datenerhebung dauerte im Schnitt 23 Minuten. Die Interviewdauer variierte zwischen 12,75 Minuten und 41,88 Minuten. Die Datenerhebung fand im Frühjahr 2021 statt.

#### 2.2.1 Deskriptive Analyse der Hochschulen

Neben der Art der Hochschule (Universität, (Fach-)Hochschule, Sonstige) wurde für die deskriptive Analyse die Trägerschaft (privat, öffentlich, freigemeinnützig) erfasst. Zudem wurde jeweils eine Frage zu Praxiseinsatzplätzen, der Kooperationen mit Pflegeschulen, der Anzahl der Studierenden und eine Frage zur „*Umstellung des Studiums auf die Pflege von Menschen aller Altersgruppen*“ gestellt. Aus der Anzahl der Studierenden und der Anzahl aller primärqualifizierenden Hochschulen (zum Erhebungszeitpunkt), wurde zusätzlich ein Schätzwert für die Anzahl von Studierenden an primärqualifizierenden Hochschulen zum Erhebungszeitpunkt berechnet.

#### 2.2.2 Inferenzstatistische Analysen der Hochschulen im Vergleich zu anderen Einrichtungen

Die Einstellung zur neuen Pflegeausbildung wurde im Rahmen des Panelaufbaus mit 6 inhaltlichen Items auf einer 4 stufigen Likert-Skala in den Einrichtungen Krankenhaus, Hochschule, Pflegeschule, Pflegedienst und Pflegeheim erhoben. Die Skala war definiert als: 1 = stimme gar nicht zu; 2 = stimme eher nicht zu; 3 = stimme eher zu; 4 = stimme voll und ganz zu. Hohe Werte (Mittelwerte und Mediane) bedeuten also hohe Zustimmung zu einer Aussage.

### 2.3 Stichprobe

Zur Anzahl der in Deutschland in der Pflege ausbildenden Hochschulen liegen aufgrund der aggregierten Fächersystematik in der Hochschulstatistik derzeit keine amtlichen Daten vor. Auch ein zentrales Verzeichnis aller entsprechenden Hochschulen existiert nicht. Aus diesen Gründen wurden die potentiell in Frage kommenden Hochschulen manuell über verschiedene Quellen recherchiert. Ziel war hier die Erstellung einer Liste mit allen Hochschulen mit Ausbildungsgängen in der Pflege, Ausbildungsbegleitende- und Modellstudiengängen in der Bundesrepublik Deutschland.

Insgesamt wurden 68 (100%) potentielle Hochschulen im Sinne der Vollerhebung kontaktiert, wobei N=35 Hochschulen (51,5%) im Rahmen der ersten Erhebungswelle 2021 in das BIBB-Pflegepanel bis zum aktuellen Zeitpunkt eingeschlossen wurden. Die zwei häufigsten Gründe für die Nichtteilnahme im BIBB-Pflegepanel waren „keine Antwort“ (22,1%) auf den Kontaktversuch und „keine Ausbildung von Pflegefachpersonen“ (7,4%). Im Sinne der Vollerhebung ist bei den anstehenden Erhebungswellen ab 2022 von einem stetigen Zuwachs an Institutionen auszugehen.

Das BIBB führt inferenzstatistische Analysen der Hochschulen im Vergleich zu anderen Einrichtungen mit N=6824 Einrichtungen der Pflegebildung zur ihrer Einstellung gegenüber der neuen Pflegeausbildung durch. Hierin sind n=35 Hochschulen, n=972 Schulen, n=744 Krankenhäuser, n=2843 Pflegeheime und n=2230 Pflegedienste enthalten. Die Ergebnisse zu den Einstellungen gegenüber der neuen Pflegeausbildung sind als repräsentativ einzustufen, da es sich, mit Ausnahme der Erhebungen der Pflegeheime und Pflegedienste, auch hier um Vollerhebungen handelt.

### 2.4 Statistik

Für die deskriptive Statistik sind sowohl Mediane (Mdn) und Interquartilsabstände (IQR), als auch Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) berechnet. Mittelwerte und Standardabweichungen sind zur Erstellung der Abbildungen gewählt, um eine bessere graphische Darstellungsmöglichkeit zu haben. Alle inferenzstatistischen Analysen werden mit nonparametrischen Verfahren durchgeführt, weshalb zur Interpretation zusätzlich die Mediane und Interquartilsabstände berichtet werden. Zum Vergleich der fünf Gruppen wird der Kruskal-Wallis-Test verwendet. Hierbei wird als Prüfgröße  $\chi^2$  angegeben (Field 2009, 2018). Alle post hoc Analysen wurden mit der Bonferroni Methode korrigiert, die entsprechend adjustierten p-Werte werden berichtet. Das Alphaniveau ist a priori auf .05 festgelegt. Zur Berechnung der Effektstärke der signifikanten paarweisen Einzelvergleiche der post hoc Analyse wird die Formel  $r = \frac{z}{\sqrt{N}}$  verwendet (Field 2009; Lenhard et al. 2016). Die Effektstärke ist nach Funder und Ozer folgendermaßen zu interpretieren: r=.05 sehr kleiner Effekt, r=.10 kleiner Effekt, r=.20 mittlerer Effekt, r=.30 großer Effekt und r=.40 sehr großer Effekt (Funder et al. 2019).

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Deskriptive Analyse der Hochschulen

Von den  $N=35$  Hochschulen waren 17,1% Universitäten, 68,6% (Fach-)Hochschulen (für angewandte Wissenschaft) und 14,3% sonstige Hochschulen. Die meisten Hochschulen waren in öffentlicher Trägerschaft (65,7%). Freigemeinnützige Hochschulen und solche in privater Trägerschaft waren jeweils mit 17,1% vertreten.

Besonders in den Bereichen ‚allgemeine ambulante Akut- und Langzeitpflege‘ (34,3%) und ‚Pädiatrische Versorgung‘ (28,6%) beschrieben die Hochschulen die Herausforderung, ausreichend Praxiseinsatzplätze für die Studierenden sicherzustellen.

Etwas mehr als die Hälfte der im BIBB-Pflegepanel eingeschlossenen Hochschulen kooperierten zur Durchführung der hochschulischen Pflegeausbildung mit einer Pflegeschule (54,3%). Die restlichen 47,3% hatten keine Kooperation mit einer Pflegeschule.

Ein Großteil der befragten Hochschulen (77,1%) schätzten die Umstellung des Studiums auf die Pflege von Menschen aller Altersgruppen insgesamt als (eher) unproblematisch ein.

Alle befragten Hochschulen wurden auch nach der Anzahl der Studierenden mit dem Ziel Pflegefachfrau und Pflegefachmann mit Bachelorabschluss gefragt. Folgende Tabelle 1 zeigt die Angaben zur Anzahl der Studierenden zum Zeitpunkt der Befragung im Frühjahr 2021, ausgewertet wurden ausschließlich primärqualifizierende Hochschulen. Im Mittel studierten  $M=21,07$  Personen in diesen Studiengängen, insgesamt studierten an den teilnehmenden Hochschulen 316 Personen mit dem Ziel Pflegefachfrau und Pflegefachmann.

| <i>Studierende Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner an primärqualifizierenden Hochschulen im BIBB-Pflegepanel</i> |       |
|--|-------|
| Anzahl Hochschulen mit primärqualifizierendem Angebot  | 16    |
| Gültige Anzahl Hochschulen mit primärqualifizierendem Angebot  | 15    |
| Mittelwert (M)   | 21,07 |
| Median (Mdn)   | 18,00 |
| Standardabweichung (SD)  | 11,93 |
| Maximum (n)  | 45    |
| Minimum (n)  | 8     |
| Summe Studierende  | 316   |

Tab. 1: Deskriptive Statistik zur Anzahl der Studierenden an primärqualifizierenden Hochschulen

#### 3.1.1 Hochrechnung auf alle primärqualifizierenden Hochschulen in Deutschland

Ausgehend von den im BIBB-Pflegepanel erhobenen Informationen und ergänzt um manuelle Recherchen vom BIBB, dem Umfragezentrum Bonn (uzbonn) und dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) gab es im Früh-

jahr 2021 in Deutschland 22 primärqualifizierende Hochschulen. Entsprechend lässt sich die Anzahl der insgesamt in Deutschland an primärqualifizierenden Hochschulen studierenden, angehenden Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner folgendermaßen hochrechnen:

$22$  (primärqualifizierende Hochschulen)  $\times M=21,07$  (Mittelwert Studierende an primärqualifizierenden Hochschulen) =  $463,54$  Studierende (Schätzung;  $\hat{\mu}$ ).

Alle in der Pflege auszubildenden Hochschulen Deutschlands sind die Zielgruppe des BIBB-Pflegepanels, es handelt sich um eine Vollerhebung, nicht um eine echte Stichprobe. Es ist also nicht zufällig, welche Hochschulen nicht teilgenommen haben. Aus diesem Grund können keine inferenzstatistischen Verfahren zur Hochrechnung eingesetzt werden. Um dennoch eine Indikation zu dem Bereich geben zu können, in dem sich die Anzahl der Studierenden mit hoher Wahrscheinlichkeit befindet, wurde die tatsächliche Verteilung der vorhandenen Werte betrachtet. Daraufhin wurde ein unterer ( $n=9$  Studierende) und ein oberer Grenzwert ( $n=34$  Studierende) definiert. Dieser Bereich schneidet die Verteilung der Werte (Tabelle 1) bei (unten) 13,3% und (oben) 13,4% ab. Somit liegen 73,3% der Werte innerhalb des so definierten Intervalls. Aus diesem Vorgehen ergibt sich der folgende wahrscheinliche Wertebereich für die Hochrechnung der Studierenden in primärqualifizierenden Studiengängen mit dem Ziel Pflegefachmann und Pflegefachfrau.

#### *Wahrscheinliche untere Grenze*

$N=316$  (Studierende) + 7 (Anzahl noch nicht im BIBB-Pflegepanel enthaltener Hochschulen zum Zeitpunkt der Erhebung) \* 9 (untere Grenze) = 379 Studierende (Schätzung;  $\hat{\mu}$ )

#### *Wahrscheinliche obere Grenze*

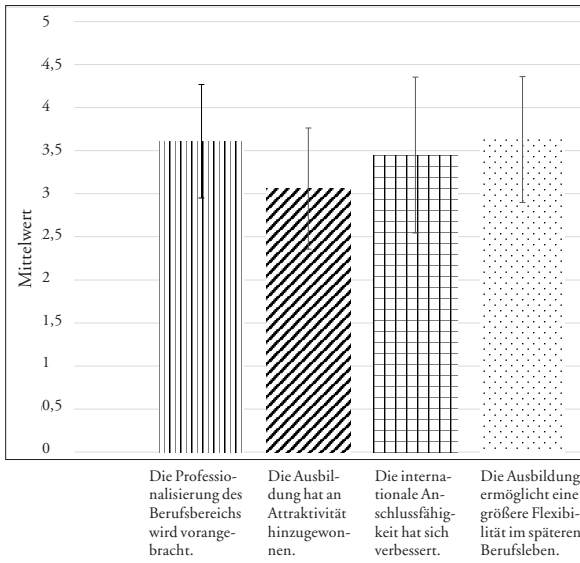
$N=316$  (Studierende) + 7 (Anzahl noch nicht im BIBB-Pflegepanel enthaltener Hochschulen zum Zeitpunkt der Erhebung) \* 34 (untere Grenze) = 554 Studierende (Schätzung;  $\hat{\mu}$ )

Auf der Basis dieser Informationen studierten zum Zeitpunkt der Erhebung im Frühjahr 2021 wahrscheinlich zwischen  $\hat{\mu}_1=379$  und  $\hat{\mu}_2=554$  Personen an einer primärqualifizierenden Hochschule mit dem Ziel Pflegefachfrau und Pflegefachmann mit Bachelorabschluss, im Mittel  $M_{\hat{\mu}}=463,54$  Studierende, also rund  $M_{br}=464$  Studierende. Dieser Wert ist ein Schätzwert, welcher die ungefähre Anzahl von Studierenden veranschaulichen soll. Er geht nicht in die weiteren inferenzstatistischen Analysen ein.

### 3.1.2 Einstellungen der Hochschulen zur neuen Pflegeausbildung

#### 3.1.2.1 Positive Einstellungen zur neuen Pflegeausbildung

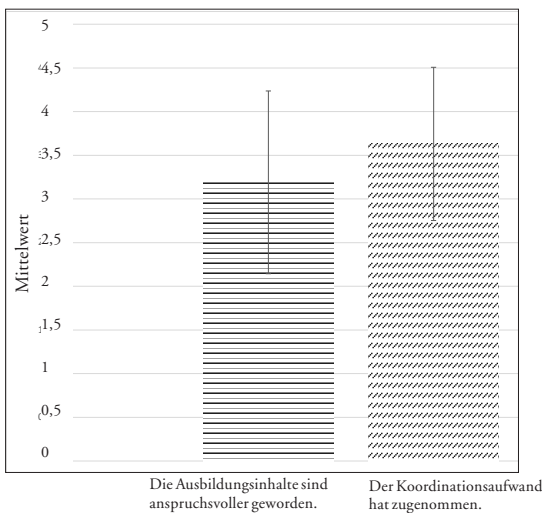
Die Hochschulen sind insgesamt sehr positiv gegenüber der neuen generalistischen Pflegeausbildung eingestellt. Dichotomisiert betrachtet, lagen alle Werte zu jeder Frage im positiven Bereich der Skalen. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Mittelwerte,



**Abb. 1:** Mittelwerte und Standardabweichungen der Hochschulen zu positiven Einstellungsfragen mit zugehörigen Standardabweichungen als Fehlerbalken, zu den positiven Aussagen in Bezug zur Einstellung der Hochschulen zur neuen Pflegeausbildung.

3.1.2.2 Aussagen zu den Herausforderungen in Bezug auf die neue Pflegeausbildung

Auch in Bezug zu den Herausforderungen der Umstellung auf die neue Pflegeausbildung haben die Hochschulen, dichotomisiert betrachtet, den Aussagen zugestimmt. Das bedeutet, dass aus Sicht der Hochschulen sowohl der Koordinationsaufwand zugenommen hat, als auch die Ausbildungsinhalte durch die neue Pflegeausbildung anspruchsvoller geworden sind. Abbildung 2 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Fragen für die Hochschulen.



**Abb. 2:** Mittelwerte und Standardabweichungen der Hochschulen zu Einstellungsfragen zu Herausforderungen.



Ein erster deskriptiver Vergleich zeigte zudem, dass die Hochschulen im Mittel bei allen positiv formulierten Aussagen zu den Einstellungen eine positivere Einstellung gegenüber der neuen Pflegeausbildung aufzeigen als die anderen Einrichtungen (Tabelle 2). Bei den Aussagen zu den Herausforderungen herrschte relative Einigkeit (Tabelle 2).

### 3.2 Inferenzstatistische Analysen der Hochschulen im Vergleich zu anderen Einrichtungen

In einem nächsten Schritt wurde inferenzstatistisch überprüft, inwiefern sich die Einstellungen der Hochschulen in Bezug auf die neue Pflegeausbildung im Vergleich zu anderen Einrichtungen (Pflegesschulen, Krankenhäuser, Pflegeheime und Pflegedienste) unterscheiden. Zur besseren Interpretation der Inferenzstatistik zeigt Tabelle 2 die deskriptiven Statistiken der anderen Einrichtungen (Mdn, IQR, M, SD), neben den Hochschulen.

| <i>Deskriptive Statistik zur Einstellung der Hochschulen und anderen Einrichtungen zur neuen Pflegeausbildung</i> |             |         |              |         |             |         |                |         |              |         |
|---|-------------|---------|--------------|---------|-------------|---------|----------------|---------|--------------|---------|
| positive Aussagen   | Hochschulen |         | Pflegeschule |         | Krankenhaus |         | Pflegeheim     |         | Pflegedienst |         |
|   | Mdn/M       | IQR/SD  | Mdn/M        | IQR/SD  | Mdn/M       | IQR/SD  | Mdn/M          | IQR/SD  | Mdn/M        | IQR/SD  |
| Die Professionalisierung des Berufsbereichs wird vorangebracht.   | 4/3,61      | 1/0,659 | 3/2,99       | 1/0,805 | 3/2,79      | 1/0,897 | 3/2,95         | 2/0,916 | 3/2,78       | 2/0,971 |
| Die Ausbildung hat an Attraktivität hinzugewonnen.  | 3/3,06      | 1/0,704 | 3/2,96       | 2/0,802 | 3/2,70      | 1/0,887 | 3/2,80         | 2/0,67  | 3/2,57       | 1/0,983 |
| Die internationale Anschlussfähigkeit hat sich verbessert.  | 4/3,45      | 1/0,905 | 3/3,25       | 1/0,823 | 3/3,03      | 2/0,983 | <b>03. Mär</b> | 2/0,935 | 3/2,83       | 2/1,001 |
| Die Ausbildung ermöglicht eine größere Flexibilität im späteren Berufsleben.                                      | 4/3,63      | 1/0,731 | 4/3,50       | 1/0,680 | 3/3,20      | 1/0,908 | 4/3,55         | 1/0,736 | 4/3,34       | 1/0,865 |
| Aussagen zu Herausforderungen   |             |         |              |         |             |         |                |         |              |         |
| Die Ausbildungsinhalte sind anspruchsvoller geworden.   | 4/3,19      | 1/1,046 | 3/3,17       | 1/0,859 | 3/2,77      | 2/0,961 | 4/3,28         | 1/0,879 | 3/3,13       | 1/0,928 |
| Der Koordinationsaufwand hat zugenommen.  | 4/3,63      | 0/0,877 | 4/3,90       | 0/0,371 | 4/3,73      | 0/0,653 | 4/3,72         | 0/0,670 | 4/3,64       | 0/0,738 |

Tab. 2: Deskriptive Statistik zur Einstellung der Hochschulen und anderen Einrichtungen des BIBB-Pflegepanels zur neuen Pflegeausbildung.

Die Antworten der Fragen zur Einstellung in Bezug auf die neue Pflegeausbildung unterscheiden sich bei jeder Frage signifikant zwischen den Einrichtungen. Alle Berechnungen zu den Effektstärken der signifikanten post hoc Vergleiche zeigen sehr kleine oder kleine Effekte ( $r_{\min} = .049$ ;  $r_{\max} = .162$ ). Besonders bei der Frage zur Professionalisierung der Pflegeberufe ( $\chi^2(4) = 57,03$ ;  $p < .001$ ) zeigen die post hoc Analysen, dass die Hochschulen eine signifikant positivere Einstellung zu den neuen Pflegeberufen haben, im Vergleich zu allen anderen Einrichtungen (Krankenhaus:  $z = -5,136$ ;

$p < .001$ ;  $r = .081$ ; Pflegedienst:  $z = -5,242$ ;  $p < .001$ ;  $r = .083$ ; Schule:  $z = 4,081$ ;  $p < .001$ ;  $r = .064$ ; Pflegeheim:  $z = -4,214$ ;  $p < .001$ ;  $r = .066$ ). Die zwei Einschätzungsfragen zu den Herausforderungen unterscheiden sich demgegenüber nicht signifikant zwischen den Hochschulen und allen anderen Einrichtungen. Tabelle 3 verdeutlicht diese Ergebnisse und zeigt zudem alle weiteren post hoc Vergleiche zwischen den fünf Einrichtungen: Hochschule, Pflegeschule, Krankenhaus, Pflegedienst und Pflegeheim. Bei signifikanten post hoc Vergleichen, sind die jeweiligen Effektstärken mit angegeben.

|  |                                    | <i>Vergleich von Einrichtungen in Bezug auf Einstellung zur neuen Pflegeausbildung</i> |  |   |  |  |  |  |  |   |  |
|--|------------------------------------|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|
|  |                                    | Bonferroni adjustierte post hoc Analysen   |  |   |  |  |  |  |  |   |  |
| positive Aussagen  | Inferenzstatistik                  | Hochschule vs. Krankenhaus   | Hochschule vs. Pflegedienst              | Hochschule vs. Pflegeschule             | Hochschule vs. Pflegeheim                | Krankenhaus vs. Pflegedienst             | Krankenhaus vs. Pflegeschule             | Krankenhaus vs. Pflegeheim               | Pflegedienst vs. Pflegeschule            | Pflegedienst vs. Pflegeheim             | Pflegeschule vs. Pflegeheim              |
| Die Professionalisierung des Berufsberichts wird vorangebracht.              | $\chi^2(4) = 57,03$<br>$p < .001$  | $z = -5,136$<br>$p < .001$<br>$r = .081$   | $z = -5,242$<br>$p < .001$<br>$r = .083$ | $z = 4,081$<br>$p < .001$<br>$r = .064$ | $z = -4,214$<br>$p < .001$<br>$r = .066$ | $z = -0,206$<br>$p = 1.000$              | $z = -3,391$<br>$p = .007$<br>$r = .053$ | $z = -3,126$<br>$p = .018$<br>$r = .049$ | $z = -4,747$<br>$p < .001$<br>$r = .075$ | $z = 4,585$<br>$p < .001$<br>$r = .072$ | $z = -0,583$<br>$p = 1.000$              |
| Die Ausbildung hat an Attraktivität hinzugewonnen.                           | $\chi^2(4) = 95,99$<br>$p < .001$  | $z = -2,022$<br>$p = .432$   | $z = -2,798$<br>$p = .051$               | $z = 0,552$<br>$p = 1.000$              | $z = -1,432$<br>$p = 1.000$              | $z = 2,030$<br>$p = .423$                | $z = -4,272$<br>$p < .001$<br>$r = .068$ | $z = -1,910$<br>$p = .561$               | $z = -9,316$<br>$p < .001$<br>$r = .147$ | $z = 6,215$<br>$p < .001$<br>$r = .098$ | $z = -3,658$<br>$p = .003$<br>$r = .058$ |
| Die internationale Anschlussfähigkeit hat sich verbessert.                   | $\chi^2(4) = 104,95$<br>$p < .001$ | $z = -2,699$<br>$p = .069$   | $z = -4,035$<br>$p = .001$<br>$r = .067$ | $z = 1,581$<br>$p = 1.000$              | $z = -3,100$<br>$p = .019$<br>$r = .052$ | $z = 3,435$<br>$p = .006$<br>$r = .057$  | $z = -3,271$<br>$p = .011$<br>$r = .055$ | $z = 0,838$<br>$p = 1.000$               | $z = -9,745$<br>$p < .001$<br>$r = .162$ | $z = 3,996$<br>$p = .001$<br>$r = .067$ | $z = -6,069$<br>$p < .001$<br>$r = .101$ |
| Die Ausbildung ermöglicht eine größere Flexibilität im späteren Berufsleben. | $\chi^2(4) = 80,54$<br>$p < .001$  | $z = -3,198$<br>$p = .004$<br>$r = .050$   | $z = -2,310$<br>$p = .209$               | $z = 1,430$<br>$p = 1.000$              | $z = -0,767$<br>$p = 1.000$              | $z = -2,840$<br>$p = .045$<br>$r = .045$ | $z = -5,109$<br>$p < .001$<br>$r = .080$ | $z = -7,227$<br>$p < .001$<br>$r = .113$ | $z = -3,538$<br>$p = .004$<br>$r = .056$ | $z = 6,889$<br>$p < .001$<br>$r = .108$ | $z = 2,730$<br>$p = .063$                |
| Aussagen zu Herausforderungen  |                                    |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |
| Die Ausbildungsinhalte sind anspruchsvoller geworden.                        | $\chi^2(4) = 86,33$<br>$p < .001$  | $z = -2,79$<br>$p = .052$  | $z = -0,741$<br>$p = 1.000$              | $z = 0,623$<br>$p = 1.000$              | $z = 0,245$<br>$p = 1.000$               | $z = -6,230$<br>$p < .001$<br>$r = .101$ | $z = -6,395$<br>$p < .001$<br>$r = .104$ | $z = -9,118$<br>$p < .001$<br>$r = .148$ | $z = 0,488$<br>$p = 1.000$               | $z = 4,455$<br>$p < .001$<br>$r = .072$ | $z = 3,697$<br>$p = .002$<br>$r = .060$  |
| Der Koordinationsaufwand hat zugenommen.                                     | $\chi^2(4) = 98,37$<br>$p < .001$  | $z = 0,407$<br>$p = 1.000$   | $z = -0,515$<br>$p = 1.000$              | $z = -1,907$<br>$p = .565$              | $z = 0,347$<br>$p = 1.000$               | $z = 2,666$<br>$p = .077$                | $z = -4,096$<br>$p < .001$<br>$r = .064$ | $z = 0,213$<br>$p = 1.000$               | $z = -9,876$<br>$p < .001$<br>$r = .155$ | $z = 3,856$<br>$p = .001$<br>$r = .060$ | $z = -6,421$<br>$p < .001$<br>$r = .100$ |

Tab. 3: Inferenzstatistik zur Einstellung der Hochschulen zur neuen Pflegeausbildung im Vergleich zu anderen Einrichtungen. Legende:  $z$ = standardisierte Teststatistik;  $p$ = Bonferroni adjustierte Signifikanz;  $r$ =Effektstärke)

### 4. Diskussion

Im Rahmen des Aufbaus des Pflegepanels wurde von Beginn an eine Vollerhebung angestrebt, weshalb trotz der bislang begrenzten Stichprobe von einer Repräsentativität für die Grundgesamtheit der Hochschulen auszugehen ist. Im Zuge der weiteren Längsschnitterhebungen konnten insgesamt zum aktuellen Zeitpunkt  $N=35$  Hochschulen in das BIBB-Pflegepanel eingeschlossen werden. An  $n=15$  Hochschulen wurden primärqualifizierende Studiengänge angeboten. Zum Zeitpunkt der Erhebung studierten  $n=316$  Personen in primärqualifizierenden Studiengängen. Durch eine Hochrechnung wird davon ausgegangen, dass zwischen  $\hat{\mu}_1 = 379$  und  $\hat{\mu}_2 = 554$  Personen an einer primärqualifizierenden Hochschule mit dem Ziel Bachelor Pflegefachfrau und Pflegefachmann zum Erhebungszeitpunkt studierten. Dies sind im Mittel  $M_{\text{er}} = 464$  Personen. Es wurde zudem überprüft, ob sich die Einrichtungen in ihrer Einstel-

lung gegenüber der neuen Pflegeausbildung signifikant unterscheiden. Post hoc Analysen konnten zeigen, dass Hochschulen eine signifikant positivere Einstellung in Bezug auf die Professionalisierung der Pflegeberufen durch das neue Pflegeberufegesetz haben, im Vergleich zu allen anderen Einrichtungen.

Die Umstellung lang etablierter Systeme ist immer mit Unsicherheiten verbunden, da Menschen instinktiv nach Stabilität streben (Gerrig 2016; Quantz 2020). Trotzdem fordert der Wissenschaftsrat eine Umstellung des Ausbildungssystems in der Pflege dahingehend, dass zukünftig mindestens zehn Prozent der in der Pflege beschäftigten Personen einen akademischen Abschluss haben sollen. Akademisch qualifizierte Pflegenden werden im Gesundheitssystem aufgrund der steigenden Komplexität in allen Versorgungsbereichen benötigt (Sachverständigenrat 2014). Hier kann von einer großen Umstellungsleistung an den Hochschulen gesprochen werden, die darüber hinaus mit großen Unsicherheiten konfrontiert werden (Darmann-Finck et al. 2019). Vor diesem Hintergrund ist das Ergebnis zur Frage der Professionalisierung der Pflege durch das neue Pflegeberufegesetz besonders spannend. Die Hochschulen haben eine signifikant positivere Einstellung zu dem neuen Pflegeberufegesetz im Vergleich zu allen anderen Einrichtungen. Unter der Prämisse, dass ähnlich viele Unsicherheiten in allen Einrichtungen durch das neue Pflegeberufegesetz entstanden sind, lässt sich hier vorsichtig eine besondere Einstellung der Hochschulen ableiten. Im Pflegeberufegesetz ist für die hochschulische Pflegeausbildung festgelegt, dass Absolvierende *„wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren [...] können“* (Bundesamt für Justiz 2020, PflBG, § 37, Abs. 4). Die Einstellung der Akteure lässt vermuten, dass sie diesen Gestaltungsauftrag auch vermitteln.

Zudem schätzen die Hochschulen mit deutlicher Mehrheit von 77,1% die Umstellung des Studiums auf die Pflege von Menschen aller Altersgruppen als (eher) unproblematisch ein. Hier lässt sich vorsichtig schlussfolgern, dass die Generalistik, als grundsätzlicher Ansatz keinen Mehraufwand bei den Hochschulen verursacht hat.

Vertreterinnen und Vertreter von Hochschulen und Praxiseinrichtungen haben im Rahmen des in der Einleitung beschriebenen Workshops Herausforderungen bei der Umstellung auf das neue Pflegeberufegesetz diskutiert (BIBB 2020). In der Kritik steht vor allem die fehlende Finanzierung von hochschulischen Praxisanleitenden und die fehlende Vergütung der Studierenden (BIBB 2020). Das erschwert die Forderung, den wissenschaftlichen Habitus und die praktischen Kompetenzen bei der Vermittlung von Theorie und Praxis mit den zu pflegenden Menschen in den Lernortkooperationen während der hochschulischen Pflegeausbildung vereinen zu können (Darmann-Finck et al. 2019). Vor diesem Hintergrund ist auch der geforderte Anstieg der Ausbildungszahlen um zehn Prozent bis 2023 bzw. die Steigerung der Studierendenzahlen zu bewerten. Während der Wissenschaftsrat fordert, dass langfristig in der Versorgung zehn bis 20 Prozent des Personals hochschulisch qualifiziert sein sollte, wird dieses Verhältnis nicht einmal für die aktuelle Ausbildungssituation erreicht: selbst der optimistischen Schätzung von 554 primärqualifizierende Studierenden stehen Ausbil-

dungszahlen von 53610 im Jahr 2021 gegenüber (neu abgeschlossene Ausbildungsverträge bis zum 30.12.2020) (Destatis 2021). Das Verhältnis entspricht 1,02 Prozent, so dass das Verhältnis bei weitem unter dem Geforderten liegt.

Das Schaffen von weiteren Studienplätzen allein scheint nicht ausreichend zu sein, berichten doch Hochschulen bereits jetzt, dass nicht alle Studienplätze besetzt werden können (Eberl et al. 2021). Es scheint daher angebracht, auch die aktuelle Attraktivität der akademischen Pflegebildung zu diskutieren.

Abschließend sind noch weitere Schritte zu unternehmen, um eine ausreichende hochschulische Praxiskompetenz in der Versorgung der zu pflegenden Personen zu etablieren (Jakob et al. 2019). Es ist jedoch festzuhalten, dass die Vertreterinnen und Vertreter der Hochschulen mit einer sehr positiven Einstellung an die Umsetzung des neuen Pflegeberufegesetz herangehen.

## 5. Stärken und Limitationen

Die vorliegenden Daten sind deutschlandweit einzigartig, stellen aber die Aufbauphase einer Panelerhebung dar. Da die Hochschulen bis zu der Erhebung im Frühjahr 2021 ausschließlich die CATI-Befragung im Multi-Method-Ansatz gewählt haben, besteht ein Risiko für eine potentielle systematische Verzerrung durch die Telefonbefragung. Alle in der Pflege ausbildenden Hochschulen Deutschlands sind die Zielgruppe des BIBB-Pflegepanels. Der dynamische Prozess der Entwicklung primärqualifizierender Studiengänge sorgt dafür, dass es immer weitere Hochschulen gibt, die diese anbieten. Diese werden Schritt für Schritt in das BIBB-Pflegepanel aufgenommen, waren aber zum Zeitpunkt der Datenerhebung naturgemäß noch nicht Teil davon.

## 6. Ausblick

Der Wandel des Pflegeverständnisses, welches zunehmend auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Eigenständigkeit der zu pflegenden Personen ausgerichtet ist (Wingenfeld et al. 2017), muss maßgeblich sein für die Weiterentwicklung des gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungssystems. Damit verbunden ist ebenfalls die Koordination und Verantwortung des gesamten Pflegeprozesses für Pflegefachkräfte unter Berücksichtigung multidisziplinärer und medizinisch-therapeutischer Arbeitsteilung (PflBG).

Weder eine vollständige Akademisierung ist aktuell ein realistischer Weg noch das Aufgeben des vom Wissenschaftsrat bereits 2012 beschriebenen Ziels der Teilakademisierung von zehn bis 20 Prozent in der direkten Versorgung von pflegebedürftigen Personen. Um dem Ziel näher zu kommen ist es hilfreich, Akademisierung und berufliche Ausbildung gemeinsam weiterzudenken. Es darf keine Abqualifizierung beruflich Qualifizierter stattfinden, damit akademische Profile eine Daseinsberechtigung haben. Es bedarf daher einer guten konzeptionellen Grund-

lagenarbeit, um Berufsprofile für akademische Pflegefachfrauen und -männer für das aktuelle und zukünftige Gesundheits- und Pflegesystem in Deutschland zu etablieren.

Durchlässigkeitsperspektiven und Karrierewege für beruflich hochqualifizierte berufserfahrene Fachkräfte werden eine der wichtigsten Bausteine sein, um den Fachkräftebedarf nachhaltig zu sichern, zumindest wenn die eigentlich wichtigste Perspektive in den Vordergrund rückt: qualitativ hochwertige und professionelle Pflege in allen Versorgungsbereichen. Im Rahmen des BIBB-Pflegepanels werden wir langfristig durch die Erhebung aller hochschulisch primärqualifizierenden Angebote zur Pflegefachfrau/Pflegefachmann die Entwicklungen weiter beobachten und entsprechende Langzeitanalysen veröffentlichen. Weitere Forschungs- und Entwicklungsprojekte werden die beruflich Qualifizierungen, die Durchlässigkeit und Karriereperspektiven durch berufliche und hochschulische Weiterbildung fokussieren.

## Literatur

- BIBB (2020): Virtueller Workshop „Hochschulische Praxisanleitung“. <https://www.bibb.de/de/134467.php> [Stand: 2021-08-29]
- Brandenburg, H./Panfil, E.-M./Mayer, H. (2007): Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. Bern: Huber
- Broens, A./Feldhaus, C./Overberg, J./Röbken, H. (2017): Entwicklung berufsbegleitender Studiengänge in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften – die Zielgruppen und der Bedarf an Lernergebnissen. In: Pflege & Gesellschaft, 67–83
- Bundesamt für Justiz (2020): Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG). PflBG
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5
- Bundesministerium für Gesundheit (2021): Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5 [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Konzertierte\\_Aktion\\_Pflege/KAP\\_Zweiter\\_Bericht\\_zum\\_Stand\\_der\\_Umsetzung\\_der\\_Vereinbarungen\\_der\\_Arbeitsgruppen\\_1\\_bis\\_5.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf) [Stand: 2021-08-28]
- Darmann-Finck, I./Reuschenbach, B. (2019): Akademisierung der Pflegeberufe – Weg aus der Angebotsmiserie? In: Gesundheits- und Sozialpolitik 73, 78–83
- Destatis (2021): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/pflegeberufe-ausbildungsfinanzierung-vo-5212401207005.xlsx>
- Eberl, I./Wagner, F. (2021): Gemeinsames Statement. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft und Deutscher Pflegerat zur Situation der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge an den deutschen Hochschulen. [https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2021/03/Gemeinsames-Statement-DGP-und-DPR\\_Pr%C3%A4rqualifizierende-Pflegestudieng%C3%A4nge\\_2021-03-30.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2021/03/Gemeinsames-Statement-DGP-und-DPR_Pr%C3%A4rqualifizierende-Pflegestudieng%C3%A4nge_2021-03-30.pdf) [Stand: 2021-08-29]
- Field, A. (2009): Discovering statistics using SPSS. (and sex and drugs and rock 'n' roll). Los Angeles: Sage Publ
- Field, A. (2018): Discovering statistics using IBM SPSS statistics. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: SAGE
- Funder, D. C./Ozer, D. J. (2019): Evaluating Effect Size in Psychological Research: Sense and Nonsense. In: Advances in Methods and Practices in Psychological Science 2, 156–168
- Gerrig, R. J. (2016): Psychologie. Hallbergmoos: Pearson

- Hackel, M. (2021): Gemeinsamkeiten und Unterschiede beruflicher und hochschulischer Pflegeausbildung – und was man für andere Berufe im Gesundheitswesen daraus lernen kann. <http://denk-doch-mal.de/wp/monika-hackel-gemeinsamkeiten-und-unterschiede-beruflicher-und-hochschulischer-pflegeausbildung-und-was-man-fuer-andere-berufe-im-gesundheitswesen-daraus-lernen-kann/> [Stand: 2021-08-28]
- Hofrath, C./Peters, Miriam; Dorin, Lena (2021): Aufbau und Erprobung eines Monitorings zur Umsetzung der Pflegeausbildungen
- Jakob, N./Kaiser, A./Schell, H./Herold-Majumdar, A./Milla, G. (2019): Praxislernen im Pflegestudium. In: PADUA 14, 29–34
- Lenhard, W./Lenhard, A. (2016): Berechnung von Effektstärken. <http://lindaregber.com/effekt-berechnen-interpretieren>
- Müller, K./Ostermann, R./Weber, P./Thielhorn, U./Müller-Fröhlich, C. (2016): Primärqualifizierende Pflegestudiengänge in Deutschland - eine Übersicht über Studienstrukturen, -ziele und -inhalte. In: Pflege & Gesellschaft
- Quantz, S. (2020): Arbeit darf nicht krank machen. Warum Veränderung so schwer fällt und wie sie gelingt. Berlin, Heidelberg: Springer
- Sachverständigenrat (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2014/Langfassung2014.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf)
- Tschupke, S. (2020): Pflegestudiengänge für beruflich Qualifizierte – Ergebnisse einer Programmanalyse zu Strukturen, Inhalten, Lernergebnissen und Zielen. In: Pflege & Gesellschaft, 336–350
- Wingenfeld, K./Büscher, A. (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Fachbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht\\_Pflege.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf)
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. [https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=1) [Stand: 2021-08-28]
- Zimmermann, M./Peters, T. (2021): Vom Pflexit zum Reflective Practitioner. In: Pflegezeitschrift 74, 10–13

*Dr. rer. medic. Michael Meng*

*Dr. rer. cur. Miriam Peters*

*Bettina Dauer, M.A.*

*Claudia Hofrath, M.A.*

*Lena Dorin, Ph.D.*

*Dr. phil. Monika Hackel*

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), Arbeitsbereich 2.6 – Pflegeberufe, Geschäftsstelle der Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz, Bonn, Deutschland

---

Es liegt kein Interessenkonflikt vor.

Anja Walter, Heidrun Herzberg, Linda Hommel

# „Ohne das Netzwerk würden solche Dinge völlig an uns vorbei gehen“ –

## Neue Strukturen der Zusammenarbeit im Pflegebildungssystem

„Without the network, such things would completely pass us by“ –  
New structures of cooperation in the nursing education system

The establishment of the new nursing training raises complex questions that the teachers in nursing schools often have to clarify on their own. This requires a new structure of cooperation. Such a structure has been created through the Nursing Education Network as part of the 'Neksa project' – knowledge and experience, ideas and concepts are shared here. After more than two years with this new structure in the nursing education system, we are starting to take a differentiated look at the functioning of the network. We ask whether it is a 'Community of Practice' (Lave/Wenger) and whether relevant future research questions can be generated via the network concept. In future, we will examine the contribution of the network to the professionalisation of teachers and practitioners in the field of nursing.

### Keywords

digital network, collaboration structure, knowledge sharing, Communities of Practice, professionalisation

Die Etablierung der neuen Pflegeausbildung wirft komplexe Fragen auf, die die Lehrenden in Pflegeschulen oft in Eigenregie klären müssen. Dies bedarf einer neuen Struktur der Zusammenarbeit. Mit dem Netzwerk Pflegeausbildung wurde im Rahmen des Neksa-Projektes eine solche Struktur geschaffen – hier werden Wissen und Erfahrungen, Ideen und Konzepte geteilt. Nach über zwei Jahren mit dieser neuen Struktur im Pflegebildungssystem beginnen wir mit der differenzierten Betrachtung der Netzwerkarbeit. Wir fragen danach, ob es sich um eine 'Community of Practice' (Lave/Wenger) handelt und ob sich über die Netzwerkidée relevante zukünftige Forschungsfragen generieren lassen. Zukünftig werden wir den Beitrag des Netzwerkes für die Professionalisierung der Lehrenden und Praxisanleitenden im Feld der Pflege prüfen.

### Schlüsselwörter

Digitales Netzwerk, Zusammenarbeitsstruktur, knowledge sharing, Communities of Practice, Professionalisierung

## 1. Einleitung

Wenn über strukturelle Veränderungen im Pflegebildungssystem in Folge des am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufgesetzes (PflBG) nachgedacht wird, dann

eingereicht 19.08.2021  
akzeptiert 13.10.2021

oftmals über Kooperationen zwischen Bildungseinrichtungen zur Abbildung der ‚generalistischen‘ Perspektive, über Möglichkeiten des Zusammenwirkens unterschiedlicher Praxiseinrichtungen oder über strukturelle Herausforderungen des Pflegestudiums. Wir möchten an dieser Stelle eine andere Strukturebene beleuchten, die unseres Erachtens bei der Gestaltung der Reform der Pflegebildungspraxis an allen Lernorten nicht weniger relevant ist. Im Rahmen des Neksa-Projekts haben wir ein digitales soziales Netzwerk etabliert, das eine neue Struktur der Zusammenarbeit im Pflegebildungssystem darstellt. Es handelt sich hierbei um eine Unterstützungsstruktur, die aufgrund der weitreichenden Innovationen, die mit der Reform verbunden sind, entstanden ist. Das Netzwerk bietet die Möglichkeit zur bundesweiten Zusammenarbeit, die bisher in dieser Form nicht existierte. Durch die Corona-Pandemie gewann das Netzwerk zusätzlich an Bedeutung.

In diesem Beitrag werden zunächst einige Herausforderungen vorgestellt, die mit der Reform der pflegeberuflichen Ausbildung verbunden sind sowie das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Neu kreieren statt addieren – die neue Pflegeausbildung im Land Brandenburg curricular gestalten“ (Neksa). Die zahlreichen Aktivitäten im Rahmen des Projektes werden knapp umrissen, um die Komplexität der partizipativen Prozessbegleitung aufzuzeigen und die Notwendigkeit der Errichtung des Netzwerkes zu belegen. Ausführlicher wird das digitale soziale Netzwerk, das zunächst für die Kommunikation im Projekt bestimmt war, beschrieben und anhand des Konzepts der Community of Practice und der Netzwerkkategorie theoretisch reflektiert. Der Beitrag, der sich als Best-Practice-Beispiel zu Strukturveränderungen im Hinblick auf Zusammenarbeit versteht, endet mit der Identifikation von Forschungsdesideraten – u. a. zur Netzwerkforschung, die sich im Bereich gesundheits- und pflegeberuflicher Bildung noch in den Anfängen befindet.

## 2. Ausgewählte Herausforderungen, die mit der Reform der pflegeberuflichen Ausbildung verbunden sind

Die Eckpunkte des neuen Pflegeberufgesetzes von 2017 (PflBG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) von 2018 stellten die pflegeberuflichen Schulen<sup>1</sup> vor enorme – insbesondere curriculare – Herausforderungen. Mit den Rahmenplänen der Fachkommission nach §53 PflBG (2019), die identisch oder annähernd identisch in bundeslandspezifische Dokumente für die Ausbildung überführt worden sind, wurde der Prozess der curricularen Entwicklungen an den Pflegeschulen zwar maßgeblich unterstützt. Dennoch bestehen bis heute z. B. Unsicherheiten im Hinblick darauf,

- wie die generalistische Pflegeausbildung gestaltet sein kann, um die Auszubildenden dazu zu befähigen, Menschen aller Altersstufen in unterschiedlichen Versorgungskontexten zu versorgen<sup>2</sup>;

1 Tatsächlich bestehen die Herausforderungen für die Hochschulen ebenso wie für die beruflichen Schulen. In diesem Beitrag werden die beruflichen Schulen fokussiert.



- wie der Erwerb der Pflegeprozessverantwortung mit den vorbehaltenen Tätigkeiten in allen curricularen Einheiten und an allen Lernorten gestaltet werden könnte und
- wie die Kompetenz- und Situationsorientierung konsequent umgesetzt werden kann.

Die curricularen Veränderungen wirken sich in der Folge auf die Unterrichts- und Prüfungsgestaltung aus. Ein wesentlicher Aspekt betrifft die Strukturlogik der Lerneinheiten. Traditionell findet sich in der Pflegeausbildung eine Medizinlogik. In ihrer pflege-didaktischen Forschungsarbeit konnten Fichtmüller und Walter (2007) aufdecken, dass die Fokussierung auf eine medizinische Logik die Wahrnehmung der Lernenden auf die zu pflegenden Menschen präformiert: Sie werden lediglich als Symptom- und Informationsträger vorgestellt und betrachtet. Wird die Pflegeausbildung von der Medizinlogik dominiert, werden bestimmte Pflegebedürfnisse vernachlässigt. Ebenso wurde die ausschließliche Fächerlogik kritisiert, die oft zu trägem Wissen führt, auf das in pflegerischen Situationen nicht sinnvoll zurückgegriffen werden kann (Fichtmüller et al. 2007: 417ff.).

In der neuen Pflegeausbildung sollen nun die Kompetenz- und Situationsorientierung konsequent umgesetzt werden. Diese Orientierungen sind bereits gemeinsamer Nenner vieler didaktischer Überlegungen in der Pflegebildung (Walter et al. 2013; Walter et al. 2020). Allerdings liegen noch zu wenige Berufsfeldanalysen vor, die dabei helfen könnten, curriculare Entscheidungen im Hinblick auf typische pflegeberufliche Situationen empirisch zu legitimieren (Schneider et al. 2019; Evers 2015; Walter 2015). Es müssen von den Lehrenden Situationen identifiziert werden, die das Bildungspotenzial enthalten, die Lernenden zu verantwortungsbewussten und kritischen Mitgestaltenden der zukünftigen pflegerischen Versorgung der Menschen werden zu lassen. Die Situationsanalyse umfasst demnach eine kritische Reflexion gesellschaftlicher und institutioneller Bedingungen, die alle Pflegesituationen durchziehen, sowie die Entwicklung reflexiver Einsichten über Widersprüche und Spannungsfelder, die sich daraus ergeben (Fachkommission 2020).

Zur Einlösung des Situationsprinzips sind in den Rahmenplänen Situationsmerkmale beschrieben, die die Inhalte der jeweiligen Einheit abbilden (Fachkommission 2019). Dazu gehören die Handlungsanlässe, die Akteur\_innen und ihr Erleben, Deuten und Verarbeiten, die Kontextbedingungen sowie mögliche Handlungsmuster der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Für die konkrete curriculare Arbeit mit diesen Merkmalen wünschen sich die Lehrenden Unterstützung und Beratung (Alheit et al. 2019). Dabei muss grundlegend die Auffassung etabliert werden, dass es sich bei allen Situationsmerkmalen um Lerngegenstände handelt. Konkrete Unterstützungs- und Beratungsbedarfe bestehen in diesem Zusammenhang darin, wie exemplarisches Lernen und Überblickslernen verbunden werden können, wie ein Transfer des Gelernten auf verschiedene Pflegesituationen mit zu pflegenden Menschen verschiedener Altersgruppen in verschiedenen Settings geübt werden kann; wie Bildungsziele anzubah-

<sup>2</sup> Hierbei sind jedoch Ausnahmen vorgesehen, da weiterhin die Möglichkeit besteht, im letzten Ausbildungsdrittel Abschlüsse in der Altenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu erwerben.

nen sind; wie sich die Kompetenzentwicklung über den Ausbildungsverlauf hinweg entwickelt und wie alle Lernorte curricular zusammengeführt werden können. Die vielfältigen bildungspraktischen Implikationen des Begründungsrahmens der Fachkommission (2020) können dazu bereits einen Beitrag leisten. Zur Weiterentwicklung der Schul- und Ausbildungskultur bedarf es jedoch mehr als eines veröffentlichten Dokuments.

Die umrissenen Anforderungen der Neugestaltung machen auch organisationales Lernen notwendig, das gegenwärtig an Pflegeschulen noch nicht angemessen etabliert ist. Begleitprojekte in den Bundesländern nehmen hierbei möglicherweise eine Schlüsselrolle ein (z. B. das Projekt Neksa in Brandenburg, das Projekt CurAP in Berlin oder das Projekt SchulBerEit in NRW).

### 3. Das Projekt Neksa

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt Neksa („Neu kreieren statt addieren – die neue Pflegeausbildung im Land Brandenburg curricular gestalten“) wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) gefördert<sup>3</sup>. Im Rahmen des Projektes werden Lehrende an Pflegeschulen und Praxisanleitende in Pflegepraxiseinrichtungen im Land Brandenburg vor dem Hintergrund ihrer Bedarfe sowie ordnungspolitischer, berufspädagogischer, pflegedidaktischer und gesellschaftlicher Anforderungen an den Pflegeberuf bei der Neugestaltung der Pflegeausbildung unterstützt. Die Begleitung umfasst sowohl den schulischen als auch den betrieblichen Teil der Ausbildung. Konkrete Ergebnisse des Projektes sind:

- eine Erhebung der Ausgangslage<sup>4</sup> und der Bedarfe;
- eine formulierte Arbeitshilfe zur Curriculumentwicklung für die Pflegeschulen<sup>5</sup>;
- mit den Pflegeschulen entwickelte Lernsituationen, die umgesetzt und evaluiert werden;
- ein mit den Pflegeschulen entwickeltes Konzept für die Zwischenprüfung;
- ein mit den Pflegeschulen entwickeltes Modellcurriculum für die Qualifizierung von Praxisanleitenden und ein Fortbildungskonzept für die jährlichen Pflichtstunden, die umgesetzt und evaluiert werden;

3 Die aktuelle Laufzeit ist von 9/2021 auf 12/2024 erweitert worden.

4 Insbesondere ging es hierbei um die Wahrnehmung der Haltung zur neuen Pflegeausbildung der Akteur\_innen im Feld, denn die generalistische Ausbildung war/ist nicht unumstritten.

5 Grundlage der Arbeitshilfe sind pflegedidaktische Impulse. Im Neksa-Projekt orientieren sich die Arbeitsgruppen bei der Entwicklung der Lernsituationen überwiegend am phänomenologischen Situationsbearbeitungsmodell (Walter 2013, 2015). Über dieses pflegedidaktische Modell wird – ausgehend von „authentischen“ Handlungssituationen – erarbeitet, welche Phänomene sich in der Situation zeigen, wie diese von einzelnen Akteur\_innen erlebt und gedeutet werden und welche Wissensbestände es ermöglichen, die Situationen (besser) zu verstehen und professionelle Handlungsalternativen zu entwerfen.

- eine mit dem Projekt CurAP erarbeitete Handreichung zur praktischen Pflegeausbildung;
- eine mit den Pflegeschulen und dem Projekt CurAP entwickelte Handreichung zur Gestaltung der schriftlichen Abschlussprüfungen sowie
- zahlreiche frei zugängliche Videoproduktionen zu verschiedenen Themen der neuen Pflegeausbildung.

Besondere Bedeutung hat der partizipative Charakter der wissenschaftlichen Begleitungsprozesse. Zu Beginn wurden konkrete Projektinhalte und Formate mit Lehrenden und Praxisanleitenden sowohl in Auftaktveranstaltungen als auch in Online-Befragungen und Interviews im Rahmen der Generalistik-Studie erarbeitet (Abbildung 1; Alheit et al. 2019). Die Begleitungs- und Veranstaltungsthemen werden seitdem auch fortlaufend an den Bedarfen ausgerichtet.



Abb. 1: Übersicht über das Projekt Neksa

## 4. Eine neue Struktur für die Zusammenarbeit – das digitale soziale Netzwerk Pflegeausbildung

### 4.1 Zur Notwendigkeit, das Netzwerk zu gründen

Von Beginn an waren wir dafür sensibilisiert, dass das Gelingen des Projektes von der Kooperation mit und zwischen den Schulen und Praxiseinrichtungen im Sinne einer netzwerkbasierter Unterrichtsentwicklung (Bonsen 2010: 115) abhängen würde. Wir hatten die Vision, dass Lehrende und Praxisanleitende zu Multiplikator\_innen wer-

den, sich kollegial beraten und darüber an Erkenntnissen partizipieren, die sie anders nicht erfahren bzw. gewonnen hätten. Zudem erhielten wir zunehmend Unterstützungsanfragen aus anderen Bundesländern. Wir suchten deshalb eine Kommunikationsplattform, über die folgende Bedarfe gedeckt werden konnten:

- die Gestaltung der Projektkommunikation;
- die Informationsweitergabe zur Reform allgemein, zu den zahlreichen Projektaktivitäten, zu Veranstaltungen etc. an einem zentralen Ort;
- die Findung von schulübergreifenden (später auch bundeslandübergreifenden) Arbeitsgruppen und die Bereitstellung entsprechender Zusammenarbeitsräume;
- eine niederschwellige Durchführung von Abfragen;
- das Publizieren von Einladungen zu Veranstaltungen;
- das Publizieren von Projektergebnissen sowie
- das Ermöglichen eines Diskurses mit einer offenen Fragekultur (Walter 2021).

Im Januar 2019 gründeten wir dafür das digitale soziale Netzwerk<sup>6</sup>. In den folgenden Abschnitten des Beitrags gehen wir zunächst darauf ein, was ein digitales soziales Netzwerk ist und umreißen das Netzwerk Pflegeausbildung. Dabei möchten wir die Netzwerkaktivitäten dahingehend reflektieren, inwieweit es sich hier um eine Community of Practice handelt und wie diese neue Struktur etabliert und ggf. noch erweitert werden kann.

#### 4.2 Digitale soziale Netzwerke

Private oder berufsbezogene Beziehungen und Kontakte werden heute vielfach in digitalen sozialen Netzwerken geknüpft, die auch als Online-Communities bezeichnet werden. Registrierte Benutzer\_innen tauschen sich hier zu mehr oder weniger definierten Themen aus. Social-Media-Netzwerke dienen einerseits der freien Meinungsäußerung, können andererseits aber auch – z. B. nach ethischen Standards – kuratiert werden. Das virtuelle Gemeinschaftsleben bietet verschiedene Möglichkeiten zur Kontaktpflege, die aufgrund räumlicher und zeitlicher Begrenzungen oftmals schwierig ist (Adelberg 2020: 9). Neben dem allgemeinen sozialen Austausch stehen Angebots- und Empfehlungsmöglichkeiten (z. B. über einen „Like-Button“), Dokumentenbereitstellung, Linksammlungen und Abfragen im Mittelpunkt. Ebenso können soziale Netzwerke eine Kooperation im Sinne einer fortlaufenden gemeinsamen (und nicht nur parallelen) Arbeit an einem Thema bieten. Gerade deshalb entfalten sie besondere Bedeutsamkeit im beruflichen Kontext. So werden – bspw. neben dem Austausch von Fachinformationen und Best-Practice-Beispielen – Praxisprobleme diskutiert und Erfahrungen geteilt (Zinke et al. 2004: 6; Rolls et al. 2019: 1393ff.).

---

<sup>6</sup> Der Zugang zum Netzwerk ist über <https://www.yammer.com/pflegeausbildung/> möglich.

Soziale Netzwerke sind Orte der gesellschaftlichen Interaktion. Sie benötigen jedoch aufmerksame Pflege und Administration. Zudem geben die Benutzer\_innen im Netzwerk Informationen über sich preis, weshalb Datenschutzrichtlinien und Urheberrechte zu beachten sind – wie auch angemessene Formen der digitalen Kommunikation (Walter 2021).

### 4.3 Das Netzwerk Pflegeausbildung als (virtuelle) Community of Practice?

Das Yammer-Netzwerk<sup>7</sup> Pflegeausbildung stellt mit gegenwärtig über 3100 registrierten Mitgliedern eine überwiegend virtuell existierende Community dar. Einige Arbeitsgruppen treffen sich jedoch auch außerhalb virtueller Räume. Gemeinsames Interessengebiet ist die Neugestaltung der Pflegeausbildung und der damit verbundenen Fragestellungen. Im Netzwerk sind hauptsächlich Lehrende und Praxisanleitende organisiert, die zu Beginn des Projektes vor allem im Rahmen von Präsenzveranstaltungen eingeladen wurden, dem Netzwerk beizutreten. Später ist das Netzwerk über das „Schneeballprinzip“ schnell angewachsen. Neben der Gruppe Gesamtes Netzwerk existieren die Arbeitsgruppen der Projekte Neksa und CurAP, bundeslandspezifische und weitere themenspezifische Gruppen

Im Netzwerk haben sich mittlerweile 44 Arbeitsgruppen gebildet, die mehr oder weniger aktiv, durch die Projektmitarbeiter\_innen moderiert oder selbstorganisiert zusammenarbeiten. Einige dieser Gruppen sind als privat gekennzeichnet – d. h. die Mitglieder entscheiden selbst, ob, wann und welche Ergebnisse sie dem gesamten Netzwerk zur Verfügung stellen wollen. Alle interessierten Mitglieder können jedoch jederzeit ihre Mitarbeit anbieten.

Insbesondere für die bundeslandübergreifende Zusammenarbeit bietet das Netzwerk eine Möglichkeit, sich auszutauschen, erarbeitete Konzepte zu diskutieren und sich bei der Beantwortung von Fragen zur Umsetzung der Reform zu unterstützen. Es gibt kaum Fragen, die im Netzwerk nicht schon einmal bearbeitet worden sind. Über eine Suchfunktion können diese Auseinandersetzungen aufgefunden und nachgelesen werden.

Ob es sich beim Netzwerk Pflegeausbildung um eine Community of Practice handelt, möchten wir im Folgenden an einigen Merkmalen des Konzeptes prüfen. Dabei werden auch Aspekte von theoretischen Konzepten zur Netzwerk-Idee einbezogen.

Der Terminus „Community of Practice“ wurde 1991 von Lave und Wenger im Rahmen ihrer Monografie *Situated Learning. Legitimate peripheral participation* geprägt. Communities of Practice (CoP) gelten *„als über einen längeren Zeitraum bestehende Personengruppen, die Interesse an einem gemeinsamen Thema haben und Wissen gemeinsam aufbauen und austauschen wollen.“* (North et al. 2004: 8) CoPs sind selbstorganisierte, dynamische Systeme, die sowohl innerhalb als auch außerhalb von Organisationen angesiedelt sein können und in der Regel einen informellen Charakter besitzen (Wenger

<sup>7</sup> Yammer ist ein Tool aus Office 365 von Microsoft.

1998: 2). Sie zeichnen sich nach Wenger (2011: 1f.) zudem dadurch aus, dass ihre Mitglieder ein gemeinsames Interessengebiet („domain“) teilen, hierüber Informationen austauschen („community“) und somit über die Zeit eine Praxiskultur aufbauen („practice“). Die Teilnahme an einer CoP erfolgt auf freiwilliger Basis und geht zumeist mit dem Wunsch einher, Erfahrungen zu teilen, Informationen auszutauschen, Wissen zu generieren und/oder Lösungsstrategien für problematische Situationen zu diskutieren (North et al. 2004: 36f.; Wenger 2011: 2f.). Die Umsetzung und Ausgestaltung von CoPs ist dabei nicht an ein bestimmtes Format gebunden, d. h. es existiert keine Festlegung einer bestimmten Mitgliederzahl und die Kontakte innerhalb der Community müssen nicht zwingend Face-to-Face erfolgen. Laut einer empirisch nicht völlig gesättigten Einschätzung von North, Franz und Lembke (2004: 91) existieren die meisten CoPs virtuell, was wiederum zeitlich und räumlich entgrenzte Interaktions- und Kommunikationsprozesse ermöglicht. Ergänzend zur Definition nicht-virtueller CoPs (North et al. 2004: 8) gelten virtuelle CoP als interessengebundener Zusammenschluss von Menschen, die unter Nutzung von Online-Plattformen Wissen und Erfahrungen austauschen sowie Beziehungen knüpfen (vgl. Shaw et. al 2021, S. 1; Döring 2001, zit. in Winkler et al. 2005: 2). Abbildung 2 fasst zentrale Merkmale virtueller Praxisgemeinschaften zusammen:

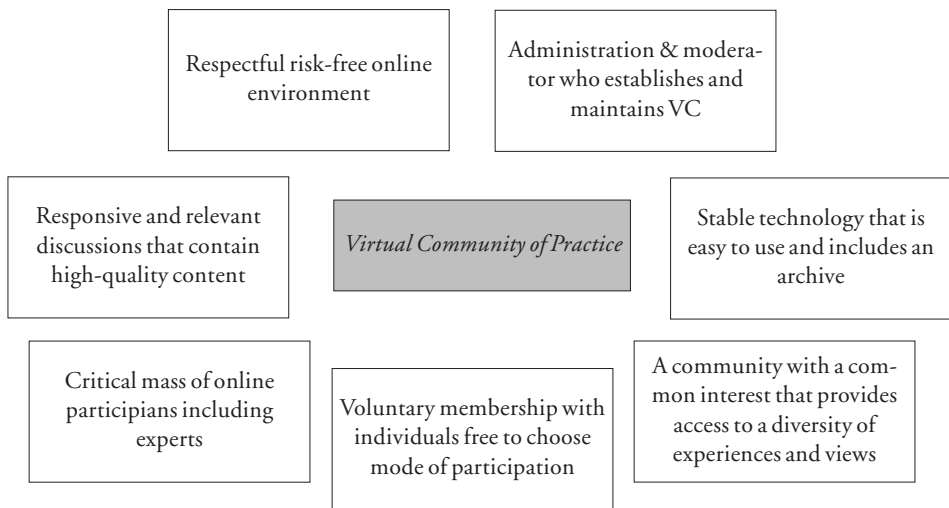


Abb. 2: Merkmale virtueller Communities of Practice (Rolls et al. 2019: 1385)

Besondere Bedeutung kommt der Moderation von Diskussionen und der Administration der Plattform in virtuellen CoPs zu (vgl. Rolls et al. 2019: 1385). Wie bereits oben erwähnt, werden einige Arbeitsgruppen im Netzwerk Pflegeausbildung von den Mitarbeiter\_innen des Neksa-Projektes moderiert und begleitet. Sie geben den Gruppen einen Rahmen, bereiten inhaltliche Auseinandersetzungen vor und fassen Ergebnisse zusammen. Da die Ressourcen an den Schulen und in der betrieblichen Bildungsarbeit knapp sind, nehmen die Netzwerker\_innen diese Begleitung dankbar an. Andere Gruppen arbeiten wiederum bedarfs- und themenorientiert in Selbstorganisation.

Das Communitymanagement erfolgt primär über die Administrator\_innen, welche eine sogenannte „Broker“-Position einnehmen (Gamper 2020: 55). D. h. sie füllen in gewisser Weise die „Lücke“ zwischen Aktivitätsschwerpunkten, die inhaltlich zusammengehören, aber de facto nebeneinander existieren. Anders ausgedrückt schließen die „Broker-Funktionen“ des Netzwerk-Managements die strukturellen Lächer (Burt 1992, 2004), die in der Kommunikation ständig wachsender Netzwerke entstehen, indem sie Wissen zusammenführen, Informationen weitergeben und Kontakte herstellen (Gamper 2020: 54 f.). Das Management umfasst entsprechend ein regelmäßiges On-Boarding neuer Netzwerkmitglieder, das Hinweisen auf Beiträge in anderen Gruppen, regelmäßige aktivierende Posts mit Aufforderungscharakter („Was meinen Sie dazu...? etc.), die Bereitstellung von Inhalten, das Management von Anfragen, die gezielte Verbindung von verwandten Aktivitäten, das Sichtbarmachen von Expertise und die explizite Bitte an Expert\_innen, sich zu spezifischen Themen zu äußern. Ebenso gilt es, die Teilnehmenden zu Feedback bzw. Kenntnisaufnahmen sowie zu zeitnahen Reaktionen zu motivieren, da diese Wertschätzung ausdrücken und wiederum andere Mitglieder motivieren, sich zu beteiligen (Winkler et al. 2005: 8-11). Wir nehmen ausdrücklich keine Content-Kuration vor, sondern regen über konkrete Fragen einen Diskurs über Statements an, die uns diskussionswürdig erscheinen.

Das Nutzungsverhalten der Mitglieder ist – wie in solchen Netzwerken üblich – sehr unterschiedlich, was an verschiedenen Indikatoren – z. B. an der Anzahl gelesener Nachrichten und an der Nutzung des „Like-Buttons“ – abgelesen werden kann (Walter 2021). Der Beteiligungsgrad variiert z. B. je nach publizierten Ergebnissen der Projektgruppen: Die Lese- und Kommentarrate steigt an, wenn ein neues „Produkt“ angekündigt wird. Das Netzwerk weist zudem eine hohe Zahl „stiller Mitleser\_innen“<sup>8</sup> auf.

Die Attraktivität des Netzwerkes liegt unserer Auffassung nach darin, dass hier exklusive Informationen bereitgestellt werden, zu kostenlosen Webseminaren eingeladen wird und jedes Mitglied zu jeder Zeit eigene Fragen und Antworten posten kann. Mit Bezugnahme auf das relationale Netzwerkkonzept von Granovetter (1973) lässt sich hier von so genannten *weak ties*, also von schwachen, aber funktional relevanten Beziehungen im Rahmen des Netzwerks sprechen, die den Teilnehmer\_innen einen Zugang zu neuen Informationen und Ressourcen vermitteln (Gamper 2020: 53). Der geringe Zwang zur Aktivität senkt die Schwelle zur Nutzung des Netzes und schafft die Voraussetzung zur selbstbestimmten Lernaktivität. Das Netzwerk lebt vom Geben und Nehmen – mit erstaunlicher Offenheit stellen die Teilnehmenden Materialien bereit und teilen ihre Expertise. Besonders hervorzuheben ist an dieser Stelle die inhaltlich hohe Qualität der Beiträge. Reziprozität kann somit als ein wichtiges Grundprinzip des Netzwerks festgehalten werden (Mauss 2000; Gamper 2020: 57). Diese Erfahrung deckt sich auch mit dem Lernbegriff von Lave und Wenger (2008: 4), welche das Lernen in einer CoP als sozialen, partizipativen Prozess beschreiben.

Ob das gesamte Netzwerk Pflegeausbildung eine Community of Practice darstellt, müssten vertiefte Forschungsarbeiten zeigen. Wenn auch viele Merkmale einer CoP

8 Vgl. weiterführend zum Phänomen Lurking im Kontext virtueller Gemeinschaften Kahnwald 2013.

auf das Netzwerk zutreffen, so ist noch nicht geklärt, ob und inwiefern die Teilnehmer\_innen ihre berufliche Identität in Bezug auf die Community konstruieren. Dies geschieht nach ersten Forschungsbefunden eher in den kleineren Arbeitsgruppen des Netzwerks. Das Netzwerk selbst stellt eher eine Hyperstruktur dar, die quasi als „Dach“ der komplexen Aktivitäten betrachtet werden kann und aktive Interaktion in CoPs erst ermöglicht.

#### 4. Zusammenfassung und Forschungsdesiderate

Ausgangspunkt unserer Überlegungen war, dass das geschaffene digitale Netzwerk eine neue Struktur im Pflegebildungssystem darstellt. Insgesamt hat sich über das Netzwerk Pflegeausbildung eine Community etabliert, die den Zusammenhalt der Berufsgruppen (Lehrende und Praxisanleitende) stärkt und als unterstützend und motivierend wahrgenommen wird, was zahlreiche Posts im Netzwerk belegen. Da allen Beteiligten Selbstbestimmung und Weiterentwicklung ermöglicht wird, trägt das Netzwerk potenziell zur Professionalisierung der Lehrenden und Praxisanleitenden bei. Diese Vermutung können wir im Moment noch nicht belegen. Zum Einfluss von Zusammenarbeit in digitalen Netzwerken auf die Entwicklung von Professionalität liegen auch in anderen Domänen noch kaum verwertbare Befunde vor.

Wir verfügen aber bereits über einige Ergebnisse aus teilnehmenden Beobachtungen, die aufzeigen, dass es sich bei den kleineren themenbezogenen Arbeitsgruppen um CoPs handelt, die Einfluss auf die Professionalisierung der Lehrenden entfalten. Und wir werden intensiver beobachten, wie sich durch die Netzwerkaktivitäten bzw. die Communities der Arbeitsgruppen die Struktur des Pflegebildungssystems verändert. Von besonderer Bedeutung scheint dabei nicht nur eine relative Balance zwischen Geben und Nehmen zu sein, wie sie in der Balance-Theorie (Witten 1989) oder der Reziprozitätstheorie von Mauss (2000; klassisch: schon bei Simmel 1908) angenommen wird, sondern auch die Entwicklung von Unterschwerpunkten (Trappmann et al. 2005: 74) im Gesamtnetzwerk, die allerdings auch zu Cliquen-Bildung und damit zur Schwächung des Gesamtnetzwerks führen könnte. Wir werden in den Blick nehmen, ob sich im Pflegebildungssystem über die Kooperationen oder über kritische Auseinandersetzungen im Netzwerk mit etablierten institutionellen und organisatorischen Strukturen neue soziale „Figurationen“ im Eliasschen Sinne (Elias 2006) bilden, die die Partizipationsbereitschaft der beteiligten Akteur\_innen erhöhen oder auch einschränken. Figurationen sind bei Elias „Interdependenzgeflechte“ zwischen soziogenetischen Machtstrukturen und psychogenetischen Befindlichkeiten der Menschen – Verbindungen, die sich historisch verändern.

Insgesamt liegen erst wenige Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit digitaler Netzwerke vor. Der Beitrag, den die Community für die Reform der Pflegeausbildung leistet, könnte in einem entsprechenden Forschungsprojekt konkretisiert werden. Die Ergebnisse wären richtungsweisend für die Reformen in weiteren Gesundheitsberufen, die voraussichtlich in den nächsten Jahren folgen werden.



Eine ebenso bedeutsame Frage ist die Veränderung im Umgang mit Wissen und Erfahrungen. Gesamtgesellschaftlich wächst die Offenheit für das Teilen individueller Expertise und Erfahrung (knowledge sharing). Die lernende Organisation als Kultur sowie Strategien des Wissensmanagements sind in Unternehmen angekommen (Harteis 2019: 9f.). Ob pflegeberufliche Schulen an diesen Prozessen teilhaben, ist organisationssoziologisch kaum erforscht. Anknüpfend an die Netzwerkarbeit könnte demnach untersucht werden, welchen Beitrag die Community auf die Lernkultur in den Pflegeschulen leisten kann – insbesondere in den Zeiten der Corona-Pandemie mit dem Fokus auf digital unterstützten Lernprozessen. Netzwerke werden in Zukunft auch in Schulen noch stärkeren Einfluss auf das Arbeitsklima haben. Welche Aspekte Partizipation und Teilhabe dabei nachhaltig ermöglichen, sollte intensiver betrachtet werden (Dettling 2019). Datenschutzproblematiken werden auch weiterhin bestehen und bedürfen eines achtsamen Umgangs (Poller et al. 2013). Weitere Reflexionskategorien für Netzwerkforschungen unter Bezugnahme auf Netzwerktheorien mittlerer Reichweite sind die Differenzierung der Beteiligung nach Berufszugehörigkeit und die Geschlechterverteilung der Beteiligung sowie die Verschränkung dieser Daten mit Parametern institutioneller Ressourcenbereitstellung, Zugangsmöglichkeiten zum Netzwerk in Abhängigkeit von Dienststellen und der verfügbare Zeiträumen der Mitwirkung am Netzwerk (z. B. während der Arbeitszeit). Im Hinblick auf das Communitymanagement werden wir beobachten, inwieweit es gelingen kann, das Netzwerk dahingehend zu entwickeln, dass weniger Management und noch mehr Selbstorganisation gelebt wird.

Unter Bezugnahme auf das Konzept der Communities of Practice schließen sich Fragen danach an, inwieweit theoretische Erfahrungen der CoP-Tradition stärker in die Netzwerkarbeit integriert werden können, welchen spezifischen Beitrag sie für die Teilnehmenden, aber auch für das gesamte Netzwerk leisten und wie sie sich im Rahmen des Netzwerkes überhaupt etablieren und verstetigen lassen. Insgesamt sehen wir die bundesweite Netzwerkarbeit als einen bedeutsamen berufspolitischen und strukturellen Beitrag zur Umsetzung der Reform der Pflegeausbildung.

## Literatur

- Adelberg, P. N. (2020): Rechtspflichten und -grenzen der Betreiber sozialer Netzwerke. Juridicum - Schriften zum Medien-, Informations- und Datenrecht. Wiesbaden: Springer
- Alheit, P./Herzberg, H./Walter, A. (2019): „Generalistikdiskurs“ reloaded: Eine qualitative Studie zur Pflegeausbildungsreform im Land Brandenburg. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe 7, H. 4, 233-243
- BGBL (= Bundesgesetzblatt) Teil I (2017): Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG). Bonn. Online: [www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PflBG.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PflBG.pdf). (Stand: 01.05.2020)
- BGBL (= Bundesgesetzblatt) Teil I (2018): Pflegeberufe - Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV). Bonn. [dejure.org/BGBL/2018/BGBL\\_I\\_S\\_1572](http://dejure.org/BGBL/2018/BGBL_I_S_1572). (Stand: 01.02.2019)
- Bonsen, M. (2010): Schulleitung als Unterrichtsentwickler. In: Rolff, H.-G. (Hrsg.): Führung, Steuerung, Management. Seelze: Kallmeyer in Verbindung mit Klett, 100-132
- Burt, R. S. (1992): Structural Holes: The social structure of competition. Cambridge: Harvard University Press

- Burt, R. S. (2004): Structural holes and good ideas. In: *American Journal of Sociology*, 110 (2), 349-399
- Dettling, D. (2019): Zukunftswert Partizipation: Keine soziale Teilhabe ohne digitale Teilhabe. In: Skutta, S./Steinke, J. (Hrsg.): *Digitalisierung und Teilhabe, Mitmachen, mitdenken, mitgestalten!* Baden-Baden: Nomos, 11-24
- Elias, N. (2006): *Was ist Soziologie*. Weinheim: Juventa (Erstveröffentlichung 1970)
- Evers, T. (2015): Die besondere Ungewissheit im Handeln - bildungstheoretisch und empirisch fundierte Kompetenzerfassung am Beispiel gerontopsychiatrischer Pflegepraxis. [www.bwpat.de/spezial10/evers\\_et\\_al\\_gesundheitsbereich-2015.pdf](http://www.bwpat.de/spezial10/evers_et_al_gesundheitsbereich-2015.pdf). (Stand: 19.10.2020)
- Fachkommission (2019). Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 PflBG. [www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst\\_pflgb\\_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf](http://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf). (Stand: 01.03.2020)
- Fachkommission (2020). Begleitmaterialien zu den Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 PflBG.. [www.bibb.de/dokumente/pdf/Begleitmaterialien\\_zu\\_den\\_Rahmenplaenen.pdf](http://www.bibb.de/dokumente/pdf/Begleitmaterialien_zu_den_Rahmenplaenen.pdf). (Stand: 01.08.2020)
- Fichtmüller, F./Walter, A. (2007): *Pflegen lernen - empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns*. Göttingen: V&R unipress
- Gamper, M. (2020): Netzwerktheorie(n) - Ein Überblick. In: Klärner, A./Gamper, M./Keim-Klärner, S./Moor, I./von der Lippe, H. (Hrsg.): *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Eine neue Perspektive für die Forschung*. Wiesbaden: Springer VS, 49-64
- Granovetter, M. S. (1973): The strength of weak ties. In: *The American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380
- Harteis, C./Fischer, C. (2019): Wissensmanagement unter Bedingungen von Arbeit 4.0. In: Maier, G. W./Engels, G./Steffen, E. (Hrsg.): *Handbuch Gestaltung digitaler und vernetzter Arbeitswelten*, Springer. <https://link.springer.com/referencework/10.1007/978-3-662-52903-4> (Stand: 01.10.20)
- Kahnwald, N. (2013): *Informelles Lernen in virtuellen Gemeinschaften. Nutzungspraktiken zwischen Information und Partizipation*. Münster u. a.: Waxmann
- Lave, J. (1991): *Situating learning in communities of practice*. Washington D.C.: American Psychological Association
- Lave, J./Wenger, E. (2008): *Situated Learning. Legitimate peripheral participation*, 18. Auflage. Cambridge: Cambridge University Press
- Mauss, M. (2000). *The Gift: The form and reason for exchange in archaic societies* (Reissue Aufl.). New York: Norton.
- North, K./Franz, M./Lembke, G. (2004): *Wissenserzeugung und -austausch in Wissensgemeinschaften. Communities of practice. Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung (ABWF)*. Berlin, <https://www.econstor.eu/handle/10419/105480> (Stand: 01.02.2021)
- Poller, A./Waldmann, U. (2013): *Soziale Netzwerke bewusst nutzen. Ein Dossier zu Datenschutz, Privatsphärenschutz und Unternehmenssicherheit*. [https://www.sit.fraunhofer.de/fileadmin/dokumente/studien\\_und\\_technical\\_reports/Soziale-Netzwerke-2013.pdf](https://www.sit.fraunhofer.de/fileadmin/dokumente/studien_und_technical_reports/Soziale-Netzwerke-2013.pdf) (Stand: 26.09.2020)
- Rolls, K. D./Hansen, M. M./Jackson, D./Elliott, D. (2019): Intensive care nurses on social media. An exploration of knowledge exchange on an intensive care virtual community of practice. In: *Journal of Clinical Nursing*, 29 (7-8), 1381-1397
- Schneider, K./Kuckeland, H./Myrofora H. (2019): *Pflegerische Handlungssituationen als Basis für die generalistische Curriculumentwicklung*. In: *Pädagogik der Gesundheitsberufe* (6) 2, 126-138
- Shaw, L./Jazayeri, D./Kiegalde, D./Morris, M. (2021): Virtual communities of practice to improve clinical outcomes in healthcare: protocol for a 10-year scoping review. In: *BMJ Open* (11), 1-6
- Simmel, G. (1908). *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Berlin: Duncker & Humblot
- Trappmann, M./Hummel, H. J./Sodeur, W. (2005): *Strukturanalyse sozialer Netzwerke, Konzepte, Modelle, Methoden*. Wiesbaden: VS
- Walter, A. (2021). *Digitale Netzwerkarbeit zur Begleitung der Reform der Pflegeausbildung - ein Erfahrungsbericht*. In: Friese, M. (Hrsg.): *Care Work 4.0. Digitalisierung in der beruflichen & akademischen Bildung für personenbezogene Dienstleistungsberufe*, 135-151

- Walter, A. (2015): Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen – ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen. *bwp@Spezial 10 - Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich*. [www.bwpat.de/ausgabe/spezial10/walter](http://www.bwpat.de/ausgabe/spezial10/walter). (Stand: 03.01.2016)
- Walter, A. (2013): Schulnahe Curriculumentwicklung. In: Ertl-Schmuck, R. /Greb, U. (Hrsg.): *Pflegedidaktische Handlungsfelder*. Weinheim: Juventa, 124-151
- Walter, A./Dütthorn, N./Arens, F. (2013): Was bietet die Pflegedidaktik? – Analyseergebnisse pflegedidaktischer Arbeiten im Überblick. Teil 2. *Padua 8, H. 5*, 302-310
- Walter, A./Dütthorn, N. (2020): Der Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik. In: Hänel, J./Altmeppen, S. (Hrsg.): *Subjekt – Pflege – Bildung*. Weinheim: Juventa, 16-34
- Wenger, E. (1998): *Communities of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press
- Wenger, E. (2011): *Communities of practice. A brief introduction*, <https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/handle/1794/11736> (Stand: 12.02.2021)
- Winkler, K./Mandl, H. (2005): Virtuelle Communities. Kennzeichen, Gestaltungsprinzipien und Wissensmanagement-Prozesse. *MedienPädagogik: Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung, Occasional Papers*, 1-27
- Witten, E. (1989): Quantum field theory and the Jones polynomial. *Communications in Mathematical Physics*, 121 (3), 351-399
- Zinke, G./Fogolin, A. (2004): Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Nutzung von Online-Communities für arbeitsplatznahes, informelles Lernen. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), [https://www2.bibb.de/bibbtools/tools/dapro/data/documents/pdf/eb\\_34102.pdf](https://www2.bibb.de/bibbtools/tools/dapro/data/documents/pdf/eb_34102.pdf) (Stand: 30.01.2021)

*Prof.in Dr. Anja Walter*

Professorin für Gesundheit und Pflege/Berufliche Didaktik an der Technischen Universität Dresden.

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Didaktik der Gesundheitsberufe, Phänomenologische Fallarbeit und die Lehrer\_innenbildung für die Gesundheitsberufe

Weberplatz 5, 01062 Dresden, [anja.walter@tu-dresden.de](mailto:anja.walter@tu-dresden.de) (Korrespondenzadresse)

*Prof.in Dr. Heidrun Herzberg*

Professorin für Bildungswissenschaften und Berufspädagogik in den Gesundheitsberufen an der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg.

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Qualitative Bildungs- und Biographieforschung sowie Versorgungs- und Professionsforschung, [heidrun.herzberg@b-tu.de](mailto:heidrun.herzberg@b-tu.de)

*Linda Hommel*

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Dresden, Professur für Gesundheit und Pflege/Berufliche Didaktik

Forschungsschwerpunkte: Promoviert zum Thema virtuelle Communities of Practice in der Pflegeausbildung [linda.hommel@tu-dresden.de](mailto:linda.hommel@tu-dresden.de)

Anja Giesecking, Benjamin Kühme, Elke Hotze, Andrea Braun von Reinersdorff, Martin Pope

## Integration hochschulischer Bildung in die berufliche Weiterbildung

### Integration of higher education in vocational specialised education

Developments in the nursing educational system affect not only the vocational educational system, but also the vocational specialised education system has to respond to changing requirements. In a cooperation between the University of Applied Sciences Osnabrück and the vocational school Niels Stensen Bildungszentrum, higher education is integrated in two vocational specialised education programs. The project aims to enhance the permeability between vocational and higher education. Furthermore, the participants should be enabled to a competency development on a vocational as well as an academic base. After completion of the education program, former participants were interviewed using a self-developed questionnaire. The response rate was 43,1% (58 persons). 88% of former participants support the integration of higher education in vocational specialised education. Furthermore, they expressed differentiated opinions with regard to vocational specialised education on an academic level: concern of overqualification and lack of practical relevance was raised as well as hope for professionalization and an exchange on equal footing with other professions. In order to realize competency development on an academic level within vocational specialised education and to enhance the permeability between educational sectors, educational programmes should be better adapted to the needs of professional carers by recourse to proven educational structures.

#### Keywords

nursing, academization, lifelong learning

Aktuelle Entwicklungen im pflegerischen Bildungssystem betreffen nicht nur das neue Ausbildungssystem, sondern stellen auch veränderte Anforderungen an Weiterbildungen. Die Hochschule Osnabrück und das Niels Stensen Bildungszentrum kooperieren im Rahmen der Weiterbildung zur „Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege“ sowie der Weiterbildung zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter, um die Durchlässigkeit zwischen den Bildungssektoren zu stärken. Den Teilnehmenden soll sowohl eine Qualifikation der beruflichen Weiterbildung als auch eine hochschulisch verankerte Kompetenzentwicklung ermöglicht werden. Nach Abschluss der Weiterbildungen wurden die ehemaligen Teilnehmenden mittels eines selbst entwickelten Fragebogens befragt. Der Rücklauf beträgt 43,1% (entspricht 58 Personen). Die ehemaligen Teilnehmenden befürworten mehrheitlich (88%) die Integration von Hochschulmodulen in pflegerische Weiterbildungen. Gleichzeitig ergibt sich ein differenziertes Bild: Befürchtungen einer Überqualifizierung und Praxisferne treffen auf die Hoffnung einer Professionalisierung der Pflege und eines Austauschs auf Augenhöhe mit anderen Professionen. Um eine hochschulisch ver-

---

eingereicht 09.08.2021

akzeptiert 25.10.2021

ankerte Kompetenzentwicklung zu fördern und die Bildungsdurchlässigkeit in der Pflege zu stärken, müssen die Bildungsangebote zukünftig stärker an die Bedürfnisse der beruflich Pflegenden im Rückgriff auf bewährte Bildungsstrukturen angepasst werden.

#### Schlüsselwörter

Pflege, Durchlässigkeit, Akademisierung, Weiterbildung, Lebenslanges Lernen

## 1. Einleitung

Schon seit 2012 wird vom Wissenschaftsrat vor dem Hintergrund der steigenden Komplexität pflegerischer Aufgaben sowie der Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit eine zunehmende Akademisierung für Gesundheitsfachberufe gefordert (Wissenschaftsrat 2012: 81 ff.). Neben der hochschulischen Primärqualifikation wird die Entwicklung akademischer Weiterbildungsangebote für bereits ausgebildete Pflegenden empfohlen (Wissenschaftsrat 2012: 82; 87). Zudem fordern auch verschiedene Organisationen und Interessensverbände der Pflege eine Akademisierung für bestimmte Arbeitsbereiche, welche im Rahmen von Weiterbildungen adressiert werden, wie die Praxisanleitung (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2017: 14) sowie das untere und mittlere pflegerische Management (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. et al. 2020: 8). Der deutsche Berufsverband für Pflegeberufe nennt in seinem Positionspapier zum Skill-Grade-Mix im Krankenhaus die Umstellung von Fachweiterbildungen auf Bachelorabschlüsse neben dem Einsatz von Advanced Practice Nurses als „Basis einer qualitativ hochwertigen und zielgerichteten Pflege“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2021: 2). Internationale Studien, welche einen Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Akademisierung herstellen (z. B. Aiken et al. 2014), unterstreichen die Akademisierungsforderungen, auch wenn aussagekräftige Studien zu Pflegepersonalausstattung und Versorgungsqualität in Deutschland bislang fehlen (Meyer 2019: 366 ff.).

Gleichzeitig sind pflegerische Weiterbildungen traditionell an Innerbetrieblichen Fortbildungen der Krankenhausträger (IBF) und Berufsfachschulen für Pflege verankert. Zu nennen sind in diesem Kontext insbesondere die Qualifikation zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter nach § 4 Abs. 3 Pflegeberufeausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) sowie die auf der Ebene der Bundesländer geregelten Weiterbildungen mit geschützten Weiterbildungsabschlüssen. Dazu zählt in Niedersachsen entsprechend der Weiterbildungsordnung u. a. die Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege (Pflegekammer Niedersachsen 2019).

Der Wissenschaftsrat hebt auch die Bedeutung des lebenslangen Lernens und einer stärkeren Durchlässigkeit zwischen Qualifikationsstufen hervor (Wissenschaftsrat 2012: 87). Für pflegerische Weiterbildungen gibt es bisher jedoch kaum Anschlüsse an den hochschulischen Bildungssektor. Um Qualifikationsschleifen zu vermeiden, gilt es Übergänge zu schaffen, welche der beruflichen und hochschulischen Aus- und Weiterbildungslandschaft gerecht werden sowie der Heterogenität von Bildungsverläufen entsprechen.

Der vorliegende Artikel fokussiert die Frage, welche Chancen und Herausforderungen mit einer Integration hochschulischer Bildung in die berufliche Weiterbildung verbunden sind. Die Erörterung erfolgt vor dem Hintergrund einer Bildungs Kooperation, welche Hochschulmodule in die pflegerischen Weiterbildungen zur Praxisanleiterin/ zum Praxisanleiter sowie zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege integriert. Es werden Ergebnisse einer Befragung von Absolvent\_innen vorgestellt und diskutiert. Ziel ist es, Empfehlungen für Akteure im pflegerischen Bildungssystem abzuleiten.

## **2. Vorstellung der Bildungs Kooperation sowie Begründungslinien der Weiterbildungsauswahl**

Die Hochschule Osnabrück und das Niels Stensen Bildungszentrum kooperieren in Weiterbildungen zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter sowie zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege. Ziel ist, die Durchlässigkeit zwischen den Bildungssektoren herzustellen. In die Weiterbildungen werden jeweils drei Hochschulmodule integriert, so dass Anrechnungsmöglichkeiten auf Studiengänge geschaffen werden. Den Teilnehmenden soll sowohl eine berufsständisch als auch eine hochschulisch verankerte Kompetenzentwicklung ermöglicht werden.

Durch die Hochschulmodule sollen wissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden stärker in den Fokus rücken, um die Teilnehmenden auf die komplexen Aufgaben in ihrem Handlungsfeld vorzubereiten. Gleichzeitig sollen Schwellenängste zum Studium und mögliche Vorbehalte bezüglich der Zusammenarbeit mit akademisierten Pflegenden abgebaut werden. Die Entwicklung der akademischen Pflegebildung löst bis heute Ängste und Zweifel in der Pflegepraxis aus (Kühme & Narbei 2017: 31) und verunsichert in der Zusammenarbeit. An der Hochschule Osnabrück wird seit den 90er Jahren viel Erfahrung mit Pflegestudiengängen gesammelt. Typischerweise handelt es sich in den Studiengängen um bereits berufssozialisierte Studierende, die zunächst mit Schwellenängsten und Vorbehalten gegenüber der akademischen Ausbildung an die Hochschule kommen, da Pfl egetätigkeit traditionell nicht mit einem Studium in Verbindung gebracht wird. Dennoch ist anhaltend zu beobachten, dass sich die Vorbehalte im Verlauf der ersten Lehrveranstaltungen auflösen und bis zum Studienabschluss nahezu vollständig abgebaut sind. Diese Erfahrung der Studierenden wird von den Akteur\_innen an der Hochschule mit den Unbestimmtheiten (Marotzki 1990: 152ff.) in Verbindung gebracht, die dem Subjekt grundsätzlich neue Möglichkeiten der Auseinandersetzung eröffnen und Anlass für Bildungsmuster sein können. Diese von den Studierenden erlebte Differenz erfahrung scheint von Bedeutung zu sein (Kühme 2019: 309 ff.) und sollte für das hier beschriebene Projekt Pflege\_Anschlüsse\_Durchlässigkeit (PfAD) im Sinne von neuen Bildungsmustern produktiv aufgenommen werden.

Hintergrund der Kooperation in den genannten Weiterbildungen ist, dass Praxisanleitende und Personen mit Leitungsaufgaben in besonderem Maße einen Wissenstransfer in die Pflegepraxis leisten können. Außerdem sind Praxisanleitende und Lei-

tungskräfte nicht unerheblich mit der Akademisierung der Pflege konfrontiert, wie sie sich aus der gesetzlichen Novellierung zur pflegerischen Erstausbildungen an Hochschulen ergibt.

Des Weiteren stellt ein verstärkter Qualifikationsmix im pflegerischen Team besondere Anforderungen an Personen im unteren und mittleren pflegerischen Management. So nehmen Stationsleitungen eine zentrale Rolle für die Integration und Förderung von hochschulisch qualifizierten Pflegenden ein (Darmann-Finck et al. 2016: 66). Stationsleitungen haben z. B. Einfluss, indem sie hochschulisch qualifizierte Pflegenden in fachliche Entscheidungen oder in Aufgaben der Personalentwicklung und Mitarbeiterführung einbeziehen (Darmann-Finck et al. 2016: 66).

Zudem stehen Absolvent\_innen der Fachweiterbildungen zumindest theoretisch in Konkurrenz zu akademisierten Pflegenden. Eine Befragung von Hochschulen ergab, dass manche primärqualifizierenden Studiengänge die Qualifikationen zur Praxisanleitung sowie zur Leitung einer Funktionseinheit inkludieren (Lademann et al. 2016: 340). Eine Befragung der Absolvent\_innen von primärqualifizierenden Studiengängen im Jahr 2017 zeigt auf, dass 7% in der Praxisanleitung und 14,3% im Management tätig sind, wobei Personen, deren Studienabschluss mindestens drei Jahre zurücklag, häufiger in patientenfernen Feldern sind (Baumann & Kugler 2019: 10). Ähnliche Ergebnisse zeigte die VAMOS-Studie mit einem Anteil von 14,8% der Absolvent\_innen primärqualifizierender Studiengänge mit Aufgaben in der Praxisanleitung sowie 13,9% mit Leitungsfunktion (Latteck et al. 2021: 55). Zudem streben 20,9% als Karriereziel das mittlere Management und 32% das obere Management an (Latteck et al. 2021: 59).

Im Rahmen der Kooperation sollen die jeweiligen Stärken der Bildungseinrichtungen vernetzt werden: die berufsfachliche der Weiterbildungsstätte, mit Praxisnähe und etabliertem Zugang zum Feld, und die der Hochschule, mit wissenschaftlicher Kompetenzbildung und Zugang zum Bologna-System.

### 3. Genese und Vorstellung der Hochschulmodule

Für die Integration von Hochschulmodulen wurden bestehende Hochschulmodule auf eine inhaltliche Passung zu den Weiterbildungen gesichtet. Die Regelwerke der deutschen Fachweiterbildungen orientieren sich mehrheitlich an Inhalten und geben keinen Hinweis auf das Niveau der Kompetenzbildung. Aus Sicht der Autor\_innen entscheiden kompetenzorientierte Lehre und Prüfung darüber, ob es den Teilnehmer\_innen gelingt, neues Pflegewissen in der Praxis anzuwenden und somit zu gestalten. Dieses Vorgehen wurde im Vorfeld mit den Leitungen der Fachweiterbildungen diskutiert und abgestimmt, die selbst ihre Erfahrungen als Praxisanleiter\_innen und Leitungen in das Bildungsprojekt einbrachten. Im Ergebnis sieht die Kooperation in der Weiterbildung zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter die Integration dreier Module vor, welche auch Bestandteil des berufs begleitenden Bachelorstudiengangs Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück sind: „Grundlagen der Didaktik

| <i>Hochschulmodule in der Weiterbildung zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter</i> |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik   | Grundlagen der Pflegedidaktik | Pflegewissenschaft, Pflegebildung und Pflegepraxis in der Interdependenz |

| <i>Hochschulmodule in der Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege</i> |  |              |
|--|--|--------------|
| Patientensicherheit: Kooperation und Kommunikation   | Patientensicherheit: Kooperation und Kommunikation | Praxislernen |

Abb. 1: Hochschulmodule in den Weiterbildungen

und Pflegepädagogik“, „Grundlagen der Pflegedidaktik“ sowie „Pflegewissenschaft, Pflegebildung und Pflegepraxis in der Interdependenz“ (siehe Abbildung 1). Seit 2018/2019 werden die Module auch als Weiterbildungsmodul über die Professional School der Hochschule Osnabrück angeboten. Neben den Teilnehmenden aus der Kooperation können auch Personen mittels Einzelanmeldung die Module absolvieren.

In die Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege sind folgende Hochschulmodule integriert: „Patientensicherheit: Kooperation und Kommunikation“, „Sicherheitskultur und Change Management“ sowie „Praxislernen“ (siehe Abbildung 1). Die Module „Patientensicherheit: Kooperation und Kommunikation“ sowie „Sicherheitskultur und Change Management“ stehen in Verbindung mit dem Forschungsverbundprojekt „KeGL – Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens“<sup>1</sup>. In diesem Projekt wurden berufs begleitende Zertifikatsprogramme in Qualifizierungsfeldern der Gesundheitswirtschaft entwickelt. Ein Teilprojekt der Hochschule Osnabrück fokussierte das Themenfeld Patientensicherheitsmanagement, so dass Weiterbildungsmodul zum Schwerpunkt erarbeitet und erprobt wurden. Dabei fanden Kompetenzen Berücksichtigung, welche in dem Lernzielkatalog des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit e.V. (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 2014) beschrieben sind. Für die Passung in die Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege erfolgte eine Weiterentwicklung unter Bezugnahme auf die in der Übergangsbildungsordnung der Pflegekammer Niedersachsen genannten Inhalte der Weiterbildung. In der Verordnung wird zwar Patientensicherheit als Inhalt nicht explizit genannt, jedoch damit verbundene Inhalte wie Kommunikation, Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung (Pflegekammer Niedersachsen 2019: 29), welche in den Modulen gelehrt werden. Das Modul „Praxislernen“ ergänzt mit einem noch stärkeren Schwerpunkt auf die Umsetzung von Projekten in der Praxis und gewährleistet zugleich geforderte Pra-

1 Das Projekt KeGL wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH22026 gefördert. Es handelte sich um ein Verbundprojekt der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, der Hochschule Hannover, der Jade Hochschule Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth, der Universität Osnabrück und der Hochschule Osnabrück.



xisstunden der Fachweiterbildung nach Übergangswweiterbildungsverordnung (Pflegekammer Niedersachsen 2019: 31). Die Zustimmung der Plefgekammer Niedersachsen wurde eingeholt.

Die in die Weiterbildung zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter integrierten Module umfassen je 150 Stunden Workload (Präsenzstunden sowie Selbststudienzeiten) und sind auf HQR-1-Niveau (Bachelor) angesiedelt. Im Rahmen des Studiums sind für alle drei Module zusammen 105 Präsenzstunden vorgesehen. Auf Basis der Erfahrungen der erstmaligen Durchführung mit 24 Teilnehmenden in den Jahren 2018/2019, wird mit bis zu 120 Stunden ein erhöhter Präsenzanteil eingeplant. Die zusätzlichen Stunden werden für das Thema wissenschaftliches Arbeiten und Präsentieren als Vorbereitung auf die Prüfungen genutzt. Die Selbststudienzeit beträgt somit über alle drei Module 330 Stunden. Die Hochschulmodule sind in die 300stündige Weiterbildung nach § (3) Pflegeberufausbildungs- und Prüfungsverordnung des Fachweiterbildungsträgers integriert. Der Fachweiterbildungsträger behält die Gesamtverantwortung für die Weiterbildung. Zwei der Modulprüfungen sind für die Teilnehmenden freiwillig. Eine Modulprüfung wird in Zusammenarbeit beider Institutionen als Abschlussprüfung für die Fachweiterbildung umgesetzt. Hierbei wird in einem Tandem von Lehrenden der Hochschule und der Fachweiterbildung geprüft und bewertet. Im Modul „Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik“ werden grundlegende didaktische Kompetenzen entwickelt, um berufsbezogene Wissensselemente unter Rückgriff auf pflegewissenschaftliche Erkenntnisse vermitteln zu können. Das Modul „Grundlagen der Pflegedidaktik“ spezifiziert die Fachdidaktik Pflege, die sich zu einer eigenen Disziplin entwickelt hat (u. a. Ertl-Schmuck & Fichtmüller, 2010). Die Gestaltung sowie die Evaluation von Lernsituationen in der Praxis und die Ergebnissicherung werden im Modul „Pflegewissenschaft, Pflegebildung und Pflegepraxis in der Interdependenz“ behandelt. Das Modul ist darauf ausgerichtet, pflegewissenschaftliches Wissen in die direkte Praxis zu transferieren und nachhaltig zu sichern.

Die Module in der Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege umfassen je 180 Stunden Workload und sind auf HQR-1-Niveau konzipiert. Die Module eins und zwei kombinieren jeweils 44 Präsenzstunden mit 40 Stunden onlinebasiertes Lernen und 96 Stunden Projektarbeit. Das dritte Modul umfasst 44 Präsenzstunden sowie 136 Stunden Projektarbeit. Die Präsenzstunden der Hochschulmodule sind als Teil der in der Übergangswweiterbildungsordnung angeführten Unterrichtsstunden in Theorie und Praxis anerkannt. Das onlinegestützte Lernen und die Projektarbeit haben einen Fokus auf den Transfer in die Berufspraxis der Teilnehmenden und entsprechen anteilig den in der Übergangswweiterbildungsordnung vorgesehenen internen Praktika. Präsenztage, onlinegestütztes Lernen und Projektarbeit wechseln sich je Modul in einem Zeitraum von 4,5 Wochen (entsprechend den 180 Stunden Workload) ab. Dies dient der Theorie-Praxis-Verzahnung und engen Begleitung der Projektarbeit. Im ersten Hochschulmodul der Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben lernen die Teilnehmenden anhand von Fallbeispielen aus ihrer Berufspraxis, Problemfelder der Kooperation und Kommunikation zu identifizieren und auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Als Prü-

fungsleistung präsentieren sie ihre Fallbearbeitung. Das zweite Modul zielt darauf ab, dass die Teilnehmenden Kompetenzen zur Planung und Durchführung von patientensicherheitsorientierten Veränderungsprozessen auf- und ausbauen. Als Prüfungsleistung wird ein Veränderungskonzept für eine Problematik aus der Berufspraxis erstellt. Mit dem dritten Modul setzen die Teilnehmenden ein Projekt an ihrem Arbeitsplatz um. Die Abgabe aller drei Prüfungsleistungen ist verpflichtend, da eine Verknüpfung der Bearbeitungszeiten mit den internen Praktika nach Übergangsbildungsordnung besteht. Ein Nicht-Bestehen der Prüfungsleistungen der beiden ersten Module gefährdet nicht den Abschluss der Weiterbildung. Die Prüfungsleistung des dritten Moduls entspricht der Facharbeit der Übergangsbildungsordnung und lehnt sich thematisch an das Projekt an. Die Prüfungsanforderung liegt auf HQR-1-Niveau. Die Bewertung erfolgt in einem Tandem aus Lehrenden der Fachschule und Lehrenden der Hochschule.

#### 4. Pilotierung

Die Integration der Hochschulmodule in die ca. einjährige Weiterbildung zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter in der Pflege am Niels Stensen Bildungszentrum erfolgte erstmalig in 2020. 34 Personen aus der Kooperation im Rahmen der Weiterbildung zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter nahmen teil. Von den 34 Personen aus der Kooperation haben im Verlauf der Modulangebote 22 Personen entschieden, auch die freiwillige Prüfungsleistung im Modul eins zu absolvieren. Die Prüfungsleistung im Modul zwei haben sieben Personen abgelegt.

Die Pilotierung der Integration der Hochschulmodule in der 2-jährigen Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege wurde im Zeitraum 2019 bis März 2021 realisiert. An diesem Kurs nahmen 21 Personen mit pflegerischer Ausbildung, eine Person mit dem Bachelorabschluss eines Pflegestudiums und zwei Personen mit Ausbildung zu Operationstechnischen Assistent\_innen teil.

#### 5. Evaluation

##### 5.1 Theoretischer Rahmen und Methode der Evaluation

Im April/Mai 2021 wurde eine Postbefragung der Absolvent\_innen mit einem durch die Autor\_innen entwickelten Fragebogen via LimeSurvey durchgeführt. In der Projektgruppe fand zuvor eine ethische Reflexion statt, in der ethische Kriterien nach Mayer (2007: 62) herangezogen wurden. Die Autor\_innen bewerteten das Vorhaben anhand der ethischen Grundsätze von Autonomie, Benefizienz, Non-Malefizienz und der Gerechtigkeit. Autonomie: die Autor\_innen waren maßgeblich an der maßgeblich an der Entwicklung der Bildungsk Kooperation beteiligt und größtenteils in die Lehre involviert. Die Befragung erfolgte erst nach Beendigung der Weiterbildung, um mögliche Abhängigkeiten auszuschließen und Autonomie der Teilnehmer\_innen zu wahren. Die Teilnahme war freiwillig und anonym (Mayer 2007: 62). Personenbezogene Daten

konnten zu keinem Zeitpunkt zugeordnet werden. Mit dem Projekt und dessen Evaluation verbinden die Autor\_innen für die Teilnehmer\_innen und den Pflegeberuf grundsätzlich etwas Gutes zu tun (Benefizienz), in dem eine Bildungsdurchlässigkeit eröffnet wird, die den Teilnehmer\_innen im bestehenden Pflegebildungssystem so nicht zugänglich ist. Vor diesem Hintergrund soll das Projekt „Gerechtigkeit“ (Mayer 2007: 62) verfolgen, die vom Projektteam auch als Bildungsgerechtigkeit verstanden wird. Grundsätzlich sollen Bildungsoptionen ins tertiäre Bildungssystem geschaffen und überprüft werden, um in der Pflege Bildungsbiografien im Sinne des lebenslangen Lernens zu ermöglichen. Gleichwohl können Irritationen bei den Bildungsteilnehmer\_innen ursächlich dafür sein, dass sie Schaden nehmen. Um frühzeitig vor möglichem Schaden zu schützen (Non-Malefizien) wurden im Rahmen der Module Evaluationsfragebögen von einer Person verteilt, die nicht in die Lehre involviert war.

Der vorliegenden Untersuchung liegt die Idee der formativen Evaluation zu Grunde. Um einen quantitativen Überblick über die Einschätzungen der Teilnehmenden zu erlangen, wurde ein Instrument mit weitgehend geschlossenen Fragen konstruiert. Die Befragten sollten zunächst angeben, inwiefern sie bestimmten Aussagen zustimmen (vierstufige Skala: trifft nicht zu/trifft eher nicht zu/trifft eher zu/trifft zu sowie keine Antwort). Diese bezogen sich auf Veränderungen in Einstellungen, Perspektiven und Handlungen sowie auf ihre Meinung zu Themenbereichen hochschulischer Weiterbildung und zur Integration von Hochschulmodulen. Mit einer offenen Frage wurden die Teilnehmer\_innen gebeten, auszuführen und zu begründen, inwiefern sie die Durchführung von pflegerischen Weiterbildungen auf Bachelorniveau befürworten. Des Weiteren wurde eine Frage nach Veränderungen in der Einstellung bezüglich der Zusammenarbeit mit akademisierten Pflegenden mit fünf Antwortmöglichkeiten (Ich bin: sehr viel aufgeschlossener/etwas aufgeschlossener/etwas skeptischer/sehr viel skeptischer/Meine Einstellung hat sich durch das Absolvieren der Hochschulmodule nicht geändert) sowie einem Freitextfeld für Ausführungen gestellt. Inwiefern die Hochschulmodule das Interesse an einem Studium fördern, wurde mit einer ja/nein-Antwortmöglichkeit sowie einem Freitextfeld für Ausführungen abgefragt. Weitere Fragen betrafen den Rahmen der Teilnahme sowie die Vorerfahrungen mit hochschulischer Bildung. Zudem gab es die Möglichkeit Wünsche, Fragen und Anregungen zu äußern.

Es beteiligten sich insgesamt 58 Personen aus dem gemeinsamen Bildungsangebot. Der Rücklauf beträgt somit 43,1%. Die Datensätze wurden in SPSS importiert und deskriptiv ausgewertet.

## 5.2 Ergebnisse

Zehn Befragte haben im Rahmen der Weiterbildung zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter Hochschulmodule besucht und fünfzehn Befragte im Rahmen der Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege. Drei Personen haben schon vor den Weiterbildungsmodulen Erfahrungen mit hochschulischer Lehre gesammelt.

Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

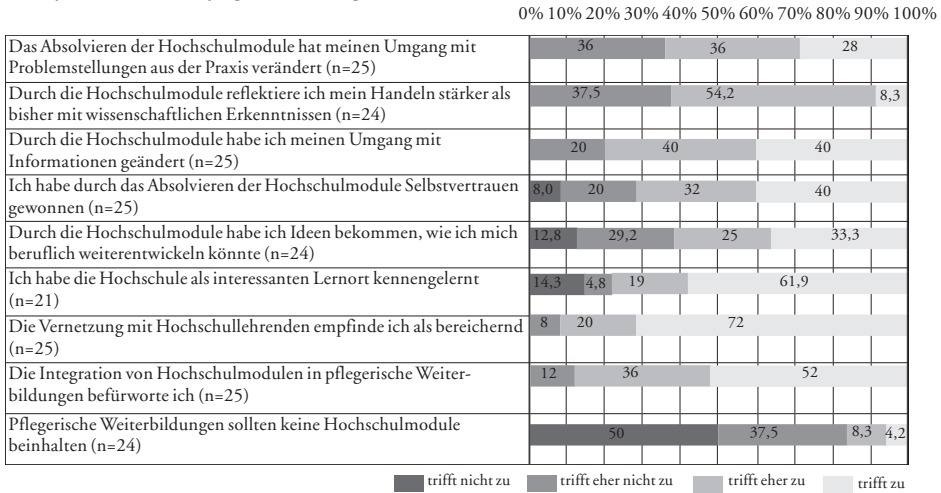


Abb. 2: Zustimmung ehemaliger Teilnehmer\_innen zu Aussagen, Datengrundlage: eigene Befragung

Abbildung 2 zeigt die Zustimmungswerte der Befragten zu Aussagen bezüglich Veränderungen von Einstellungen, Perspektiven und Handlungen sowie Aspekten hochschulischer Weiterbildung und der Integration von Hochschulmodulen in pflegerische Weiterbildungen.

Die offene Frage, inwiefern sie die Durchführung von pflegerischen Weiterbildungen auf Bachelorniveau befürworten, beantworteten zwölf Personen. Das Absolvieren von Hochschulmodulen wird als Schritt zur Professionalisierung der Pflege bewertet. Eine Befragte führt an, dass in der Berufswelt mehr Hintergrundwissen verlangt wird und es z. B. für Führungskräfte wichtig ist, Zusammenhänge zu erkennen. Darüber hinaus thematisieren Befragte, den Stellenwert der Pflege gegenüber anderen akademischen Berufsgruppen sowie die Bedeutung einer Kommunikation auf Augenhöhe. Eine Person berichtet zudem, dass sich ihr Handeln gegenüber Patient\_innen und Angehörigen verändert hat: „Meine Sicht auf Pflegephänomene hat sich geändert, weil ich Zusammenhänge erkenne und mir dieser bewusstwerde. Dadurch hat sich mein Handeln gegenüber den Patienten und Angehörigen deutlich verändert. Ich kann gegenüber der ärztlichen Profession klarer argumentieren.“ Darüber hinaus wird Hoffnung auf eine bessere Bezahlung zum Ausdruck gebracht. Bedenken bestehen, ob der Praxisbezug ausreichend realisiert würde. Ein Praxisbezug wird von zwei Personen eher mit dem Unterricht in der originären Fachweiterbildung in Verbindung gebracht. Weiterhin thematisiert eine Person eine mögliche Überqualifizierung für einfache pflegerische Aufgaben: „Die Durchführung von pflegerischen Weiterbildungen auf Bachelorniveau ist eine gute Idee, aber welche Gesundheitspflegerin verrichtet dann noch die einfachen Aufgaben am Patienten, wenn das Pflegepersonal bald überqualifiziert ist?“ Weiterhin wird die Frage aufgeworfen, inwiefern Personen mit Lernschwierigkeiten eine Weiterbildung auf Bachelorniveau erfolgreich abschließen können. Auch wird angesprochen, dass Personen aus mangelndem Selbstbewusstsein vor einer entsprechenden Weiterbildung zurück-

schrecken könnten. Zudem wird von Skepsis auf Seiten älterer Kolleg\_innen gegenüber Weiterbildungen auf Bachelorniveau berichtet. Zugleich wird die Möglichkeit der Teilnahme für Personen ohne Hochschulreife begrüßt. Uneinigkeit herrscht dazu, ob nur Teile von pflegerischen Weiterbildungen oder ganze Weiterbildungen auf Bachelorniveau angesiedelt werden sollen. So schreibt eine Person: *„Es ist schon sinnvoll, weil dadurch die Professionalisierung der Pflege stattfindet, allerdings sollte dies immer an die jeweilige Fortbildung angepasst werden und dosiert angewandt werden.“* Eine andere Person meint dazu: *„Ich befürworte die Durchführung von pflegerischen Weiterbildungen auf Bachelorniveau, wenn es dementsprechend bescheinigt und angerechnet wird. [...] Wenn es schon auf Bachelorniveau ist, sollte auch ein Bachelor bescheinigt werden.“*

Eine weitere Frage bezog sich auf eine mögliche Einstellungsveränderung bezüglich der Zusammenarbeit mit akademisierten Pflegenden durch das Absolvieren der Hochschulmodule. Mehrheitlich wurde keine Einstellungsveränderung angegeben (52,2%). 39,1% gaben an, etwas oder sehr viel aufgeschlossener zu sein, 8,6% etwas oder sehr viel skeptischer. Fünf Personen nutzten das zugehörige Freitextfeld. Eine Person, welche angab, dass sich ihre Einstellung nicht verändert hat, begründete ihre Antwort damit, dass sie selbst akademisiert ist. Personen, welche aufgeschlossener sind, führten aus, dass sich ihre Vorstellung, dass akademisierte Pflegenden letztlich nicht in der direkten Pflege arbeiten wollen, relativiert hat und dass die Akademisierung ein weiterer Schritt zur Professionalisierung der Pflege ist. Eine Person verwies darauf, dass wesentlich mehr hinterfragt und nicht mehr alles als Gegeben angesehen wird. Eine Person, welche die Frage mit „keine Angabe“ beantwortete, wies darauf hin, dass sie bisher nur sehr selten mit Absolventen von Hochschulen zusammengearbeitet habe.

Das Interesse an einem Studium wurde durch die Hochschulmodule bei etwas weniger als der Hälfte der Befragten gefördert (47,8%). Vier Personen, deren Interesse an einem Studium nicht gefördert wurde, nutzen das Freitextfeld und führten ihr Alter (zwei Mal), die eigene Zukunftsplanung sowie Befürchtungen bezüglich der Organisation und Planbarkeit an.

## 6. Diskussion

Die ehemaligen Teilnehmenden stehen der Integration von Hochschulmodulen in pflegerische Weiterbildungen positiv gegenüber. Gleichzeitig zeigt sich jedoch auch eine Skepsis gegenüber akademisierter Bildung. Dabei werden Argumente angeführt, die sich auf die Furcht vor einer zu starken Verwissenschaftlichung der Pflege beziehen.

Mit der Integration von hochschulischer Bildung in die berufliche Weiterbildung sollen neben der Vermittlung akademisierter Wissensbestände auch Schwellenängste der Teilnehmenden zum Studium abgebaut werden. Ob dies im Rahmen der Weiterbildung nachhaltig gelingt, kann im Kontext der vorliegenden Evaluation nicht geklärt werden und ist weiteren Untersuchungen vorbehalten. Immerhin äußerte fast die Hälfte der Befragten ein gesteigertes Interesse an einem Studium. Es bleibt jedoch unklar, ob dies ein ausschließlicher Effekt der Hochschulmodule ist, oder ob einige der

Befragten bereits vorher ein Studieninteresse aufwiesen. Es bleibt abzuwarten, wie viele der Absolvent\_innen tatsächlich ein Studium beginnen werden. Zudem standen die Pilotierungen auch unter den Restriktionen der Corona-Pandemie. Entsprechend der jeweils geltenden Regelungen wurden die Lehrveranstaltungen größtenteils online umgesetzt. Daher konnten die Teilnehmenden die Hochschule nur eingeschränkt als anregenden Sozialisationsort wahrnehmen. Auch dieser Umstand mag das Interesse an einem Studium beeinflusst haben.

Die angewandte Evaluationsmethode geht mit Limitationen einher, da die Befragung nicht im Kontext eines Vergleichsgruppendesigns durchgeführt wurde. So wurden die Absolvent\_innen z. B. danach gefragt, ob sich ihre Handlungspraxis durch die Hochschulmodule verändert habe. Die Ergebnisse basieren auf der subjektiven Einschätzung der Teilnehmenden und spiegeln ihre individuelle Perspektive wider. Daher wäre es weiterführend interessant, in wie weit Absolvent\_innen einer Weiterbildung ohne Hochschulmodule ggf. ähnliche Veränderungen in der Handlungspraxis beschreiben würden, um den Effekt der akademischen Bildungsmodule besser einschätzen zu können.

Bei der Evaluation handelt es sich um eine erste Datensetzung. Im weiteren Verlauf sollte ein qualitatives Programm zur Bildungsforschung aufgesetzt werden (u. a. Marotzki 1990), um die Bildungsmuster der Teilnehmer\_innen zur Abbildung zu bringen.

Auch wenn die Befragung somit nur ein Element zur Evaluation der Wirkungen einer entsprechenden Kooperation sein kann, liefern die Ergebnisse Anknüpfungspunkte, die die Bedeutsamkeit einer verbesserten Durchlässigkeit zwischen den Bildungssektoren stützen und eine mögliche Umsetzung aufzeigen. Dass dies gute Kooperationsbeziehungen zwischen allen Beteiligten erfordert, soll abschließend fokussiert werden.

## **7. Herausforderungen und Chancen der Integration hochschulischer Bildung in die berufliche Weiterbildung**

Die ermunternden Ergebnisse der Pilotierung sollen nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich in der operativen Umsetzung Herausforderungen ergeben, die sich zum einen auf die derzeitigen Bildungsstrukturen und zum anderen auch auf das unterschiedliche Bildungsverständnis der Beteiligten zurückführen lassen.

So war die Freistellung für Selbststudienzeiten der Teilnehmenden seitens der Arbeitgeber ein wiederkehrendes Thema. Hier zeigte sich, dass Lernen immer noch tradiert mit Präsenzunterricht verbunden und der Aufwand zum selbstständigen Erarbeiten von Wissensbeständen nicht als freizustellende Zeit anerkannt wird. Dies war zwar aus Sicht des Arbeitgebers unter der Prämisse des Fachkräftemangels nachvollziehbar, führte aber dazu, dass das Absolvieren von Prüfungsleistungen für Teilnehmende ohne Freistellung eine große Herausforderung darstellte.

Neben einem ausreichenden Zeitbudget, zeigte sich zudem, dass es empfehlenswert ist, über die Modulthemen hinausgehende Unterstützungsangebote einzuplanen (z. B. zum Wissenschaftlichen Arbeiten), da die Lernerfahrungen der Zielgruppe zum Teil länger zurückliegen sowie keine oder wenig Erfahrungen mit hochschulischem Lernen vorhanden sind.

Außerdem wurde in der Umsetzung deutlich, dass es wichtig ist, der Hochschule „ein Gesicht zu geben.“ Damit ist das hochschulseitig notwendige Engagement angesprochen. Klar benannte und erreichbare Ansprechpersonen, verbindliche Sprechzeiten der Lehrenden und fortwährende Kontaktmöglichkeiten (z. B. Präsenz in Informations- und Auftaktveranstaltungen der Weiterbildungen) waren essentiell, um die individuellen Problemstellungen der Teilnehmer\_innen aufnehmen zu können. Nicht zu vernachlässigen war auch die Notwendigkeit, den Weiterbildungsteilnehmer\_innen über bisweilen zeitintensiven Zuspruch, Mut zum Lernen und zum Durchhalten zu machen.

Primär hochschulseitig ergeben sich darüber hinaus weitere strukturelle Herausforderungen für die Durchlässigkeit. Nicht alle Weiterbildungsteilnehmer\_innen verfügen über die klassische Hochschulzugangsberechtigung. Im Rahmen der Strategie der „offenen Hochschule“ ist es zwar möglich über den Weg der Berufsqualifizierung einen Studienplatz zu erhalten, jedoch gibt es hier – je nach zugrundeliegender Anrechnungsmöglichkeit – Restriktionen in der Vergabe der Studienplätze. Die Plätze für beruflich Qualifizierte ohne allgemeine Hochschulzugangsberechtigung (fachgebundene Hochschulzugangsberechtigung durch dreijährige anerkannte Ausbildung und mindestens drei Jahre Berufserfahrung) machen an der Hochschule Osnabrück aktuell 10% aus. Das kann bedeuten, dass z. B. im Bereich der Praxisanleitung mit dem erfolgreichen Absolvieren der Hochschulmodule keine Garantie auf einen späteren Studienplatz verbunden ist. Hier sind somit Strukturentwicklungen im Bildungssystem gefragt, wenn eine höhere Akademisierungsquote bei gleichzeitiger Berücksichtigung heterogener Bildungsverläufe realisiert werden soll.

Mit Blick auf Weiterbildungen für spezialisierte pflegerische Handlungsfelder könnte die Integration hochschulischer Bildung in die berufliche Weiterbildung zukünftig eine Chance darstellen, dass Pflegenden hochschulische Kompetenzentwicklung erfahren, ohne dass sie ein ganzes Studium absolvieren und in Folge mit höherer Wahrscheinlichkeit die pflegerische Praxis verlassen, wie eine Absolventenbefragung von weiterbildenden Pflegestudiengängen ergab (Zieher & Ayan 2016: 56). Demgegenüber stehen zwar Absolvent\_innen von primärqualifizierenden Studiengängen, welche mehrheitlich in der direkten Patientenversorgung tätig sind (Baumann & Kugler 2019: 10 ff.; Latteck et al. 2021: 55), jedoch planen auch diese mehrheitlich nicht dauerhaft in ihrem Praxisfeld zu arbeiten (Baumann & Kugler 2019: 10 ff.). So könnte die Integration hochschulischer Bildung unabhängig von einem Studium eine Kompetenzentwicklung auf Hochschulniveau ermöglichen und darüber einen Qualitätseffekt in der Pflegepraxis hervorrufen. Perspektivisch wäre auch denkbar, dass bereits qualifizierte Praxisanleiter\_innen an einem Modul im Themenbereich Pflegebildung teilneh-

men, um ihre Fortbildungsverpflichtung nach § 4 (3) PflAPrV (mindestens 24 Stunden berufspädagogische Fortbildung pro Jahr) zu erfüllen.

Mit der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflege (PflAPrV) wurde die hochschulische Pflegeausbildung als ein Regelausbildungsweg eingeführt. Auf diese Weise wurde grundsätzlich ein internationaler Anschluss an das Bologna-System ermöglicht. Für die deutschen Fachweiterbildungen steht der Anschluss noch aus. Dies könnte im Rahmen einer grundsätzlichen Neuordnung der Fachweiterbildungen für die Pflegeberufe z. B. durch die Pflegekammern geleistet werden, was aufgrund deren instabiler Lage aber nicht so schnell zu erwarten ist und Chancen auf anschlussfähige Bildungsarchitekturen in die Ferne rücken lässt. Insofern lässt sich die hier vorgestellte Integration der Hochschulmodule in die Weiterbildung als ein pragmatischer Schritt in Richtung einer besseren Durchlässigkeit zwischen den Bildungssystemen deuten.

## Literatur

- Aiken, L. H./Sloane, D. M./Bruyneel, L./van den Heede, K./Griffiths, P./Busse, R./Diomidous, M./Kinunen, J./Kózka, M./Lesaffre, E./McHugh, M./Moreno-Casbas, M. T./Rafferty, A./Schwendimann, R./Scott, P. A./Tishelmann, C./van Achterberg, T./Sermeus, W. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: *The Lancet* 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (2014): Wege zur Patientensicherheit. Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit. <http://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/> [Stand 2018-05-28]
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V./Bundespflegekammer/Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft/Deutscher Pflegerat (2020): Patientensicherheit/Bewohnersicherheit in pflegerischer Verantwortung. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/11/201104\\_GemeinsamesPositionspapier\\_Patientensicherheit-in-pflegerischer-Verantwortung.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/11/201104_GemeinsamesPositionspapier_Patientensicherheit-in-pflegerischer-Verantwortung.pdf) [Stand 2020-12-31]
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) vom 2. Oktober 2018. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil 1 Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018
- Baumann, A.-L./Kugler, C. (2019): Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundständig qualifizierender Pflegestudiengänge \_ Ergebnisse einer bundesweiten Verbleibstudie. *Pflege*. In: *Pflege* 32(1), 7-16. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000651>
- Darmann-Finck, I./Baumeister, A./Greiner, A.-D. (2016): Projektbericht „Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus“. Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2021): Skill-Grade-Mix im Krankenhaus. Positionspapier. [https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier\\_Skill-Grade-Mix-2021.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier_Skill-Grade-Mix-2021.pdf) [Stand 2021-05-25]
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2017): Pflegeausbildung vernetzend gestalten - ein Garant für Versorgungsqualität. <http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/broschuere-Pflegeausbildung-vernetzend-gestalten.pdf> [Stand 2021-02-04]
- Ertl-Schmuck, R./Fichtmüller, F. (2010): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim: Juventa
- Kühme, B. (2019): Identitätsbildung in der Pflege. Pflegepraxis und Bildungsmuster im Prozess beruflicher Sozialisation. Frankfurt am Main: Mabuse



- Kühme, B./Narbei, E. (2017): Entwicklung von pflegedidaktisch reflektierten Transferaufgaben. In: Evers, T./Helmbold, A./Latteck, Ä.-D./Störkel, F. (Hrsg.): Lehr-Lernkonzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung. Best-Practice-Beispiele aus den Modellstudiengängen NRW. Opladen, Berlin & Toronto: Budrich, 29-44
- Lademann, J./Latteck, Ä.-D./Mertin, M./Müller, K./Müller-Fröhlich, C./Ostermann, R./Thielhorn, U./Weber, P. (2016): Primärqualifizierende Pflegestudiengänge in Deutschland – eine Übersicht über Studienstrukturen, -ziele und -inhalte. In: Pflege und Gesellschaft 21(4), 330-345
- Latteck, Ä.-D./Helmbold, A./große Schlarman, J./Grebe, C. (2021): Beschäftigungsmerkmale und berufliche Handlungssicherheit hochschulisch ausgebildeter Pfleger. In: Pflege und Gesellschaft 26(1), 48-64
- Marotzki, W. (1990): Entwurf einer strukturalen Bildungstheorie. Biographietheoretische Auslegung von Bildungsprozessen in hochkomplexen Gesellschaften. Studien zur Philosophie und Theorie der Bildung. Band 3. Weinheim: Deutscher Studienverlag
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: facultas
- Meyer, G. (2019): Pflegepersonalausstattung und Ergebnisse im Krankenhaus - eine kursorische Standortbestimmung der Forschung in Deutschland. In: Pflege und Gesellschaft 24(4), 366-371
- Pflegekammer Niedersachsen (2019): Weiterbildungsverordnung der Pflegekammer Niedersachsen - Übergangsregelung - vom 10.01.2019
- Simon, A./Flaiz, B. (2015): Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis - Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: Pflege und Gesellschaft 20(2), 154-172
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html> [Stand 2020-01-13]
- Zieher, J./Ayan, T. (2016): Karrierewege von Pflegeakademikern - Ergebnisse einer bundesweiten Absolutenbefragung zu Ausbildung, Studium und Beruf. In: Pflege und Gesellschaft 21(1), 47-63

*Anja Giesecking M.A.*

Hochschule Osnabrück, Caprivistr. 30 A, 49076 Osnabrück, a.giesecking@hs-osnabrueck.de  
(Korrespondenzadresse)

*Prof. Dr. Benjamin Kühme*

Hochschule Osnabrück, Caprivistr. 30 A, 49076 Osnabrück, b.kuehme@hs-osnabrueck.de

*Prof. Dr. Elke Hotze*

Hochschule Osnabrück, Caprivistr. 30 A, 49076 Osnabrück, e.hotze@hs-osnabrueck.de

*Prof. Dr. Andrea Braun von Reinersdorff*

Hochschule Osnabrück, Caprivistr. 30 A, 49076 Osnabrück, a.braun@hs-osnabrueck.de

*Dipl. Pflegewirt (FH) Martin Pope*

Niels Stensen Bildungszentrum, Detmarstr. 2-4, 49074 Osnabrück, martin.pope@niels-stensen-kliniken.de

---

Offenlegung von möglichen Interessenkonflikten: Prof. Dr. Andrea Braun von Reinersdorff, Anja Giesecking, Prof. Dr. Benjamin Kühme und Prof. Dr. Elke Hotze bekommen die Lehre in den Hochschulmodulen vergütet. Nach Abschluss der Pilotierung hat Anja Giesecking ein Arbeitsverhältnis beim Niels Stensen Bildungszentrum aufgenommen.

## Beiträge

Franziska von Mandelsloh, Anke Begerow, Uta Gaidys

# Förderung der körperlichen und sozialen Aktivitäten in zwei Hamburger Quartieren: Auswertung der Basiserhebungen zur Evaluation des Quartiersprojektes AGQua

Promotion of physical and social activities in two Hamburg neighborhoods: Appraisal of the basic inquiry for the evaluation of the AGQua project

Even though more people remain active and independent, the absolute number of people in need of care in Germany is growing. The collaborating project „ACTIVE AND HEALTHY NEIGHBORHOODS UHLENHORST AND RÜBENKAMP“ (AGQua), funded by the European Regional Development Fund (ERDF) and the Ministry of Health and Consumer Protection, addresses this challenge. Offers for more physical and social activities are developed. By that the residents of the neighborhood can live longer independently in their own living environment. The article presents the results of the evaluation of the project. A triangulation of qualitative and quantitative methods is conducted (semi-structured interviews [n=10], survey [n=428], systematic counselling of collaborating partners [n=25]). There is a great potential for help through neighbors and there is a continuing interest in technology solutions among the residents. The results confirm the high public health relevance of reducing insecurity in dealing with communication media and using community and meeting places to reach vulnerable groups in terms of social participation.

### Keywords

evaluation, nursing science, community research, Health-Related Quality of Life, social participation, subjective perception, neighborhood

Auch wenn immer mehr Menschen länger aktiv und selbstständig bleiben, wächst die absolute Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Das vom Europäischen Fond für regionale Entwicklung (EFRE) und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz geförderte Kooperationsprojekt Hamburger Akteure „Aktive und Gesunde Quartiere Uhlenhorst und Rübenkamp“ (AGQua) stellt sich dieser Herausforderung. So werden Anreize und Angebote für mehr körperliche und soziale Aktivität entwickelt, damit die Quartiersbewohner\_innen im eigenen Wohnumfeld länger selbstbestimmt leben können. Der Beitrag stellt die Ergebnisse der to-Erhebung der pflegewissenschaftlichen Evaluation des Projektes dar. Es erfolgt dabei eine Triangulation qualitativer und quantitativer Methoden (halbstrukturierte Interviews [n=10], Survey [n=428] Expert\_innenrunde [n=25]).

eingereicht 12.12.2019  
akzeptiert 09.10.2020

Die Ergebnisse zeigen, dass das Potenzial für nachbarschaftliche Selbsthilfe groß ist und ein anknüpfbares Interesse an technischen Unterstützungsmöglichkeiten bei den Quartiersbewohner\_innen vorhanden ist. Die Ergebnisse bestärken die hohe Public Health Relevanz des Abbaus von Unsicherheit im Umgang mit Kommunikationsmedien sowie der Nutzung von Gemeinschafts- und Begegnungsstätten für die Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in Bezug auf die soziale Teilhabe.

#### Schlüsselwörter

Evaluation, Pflegewissenschaft, Quartiersforschung, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, soziale Teilhabe, subjektive Wahrnehmung, Nachbarschaft

## 1. Einleitung

Der demografische Wandel bedeutet, dass die absolute Zahl der Pflegebedürftigen zunimmt, obwohl immer mehr Menschen auch mit steigendem Alter aktiv und leistungsfähig bleiben (Statistisches Bundesamt 2017). Damit Menschen im höheren Lebensalter möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung leben können und Pflege, Gesundheit sowie Unterstützungssettings bezahlbar bleiben, bedarf es struktureller Veränderungen. Deshalb werden insbesondere in Deutschland sozialraumnahe Lebens- und Versorgungskonzepte und in weiterer Folge Quartiersentwicklungen in den pflegewissenschaftlichen Fokus gestellt (BZgA 2017). Gleichzeitig nimmt die Bedeutung digitaler und technischer Konzepte bei der Versorgung von Menschen im höheren Lebensalter und deren Wohnraumgestaltung zu. Bisher werden diese Konzepte jedoch nicht kombiniert. Das vom Europäischen Fond für regionale Entwicklung (EFRE) und von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz geförderte Projekt „Aktive und Gesunde Quartiere Uhlenhorst und Rübenkamp“ (AGQua) setzt an diesem Punkt an. In Zusammenarbeit mit Unternehmen der Wohnungs- und Pflegewirtschaft, Expert\_innen der Informations- und Elektroniktechnologie sowie mit den Hamburger Hochschulen werden in zwei urbanen Vierteln Hamburgs (Uhlenhorst und Rübenkamp), Anreize und Angebote für mehr körperliche und soziale Aktivität geschaffen. Dabei setzt das Projekt auf soziale Komponenten und technische Assistenz (Abbildung 1, weitere Details: [www.agqua.de](http://www.agqua.de)). Das Hauptziel des Projektes ist es, den Quartiersbewohner\_innen ein selbstbestimmtes Leben im eigenen Wohnumfeld und im angestammten Quartier länger zu ermöglichen. Das interdisziplinäre Verbundprojekt mit einer Laufzeit von vier Jahren wird pflegewissenschaftlich evaluiert. In diesem Artikel werden die Entwicklung eines Konzeptes zur pflegewissenschaftlichen Evaluation des Quartiersentwicklungsprojektes und die damit gewonnen Erkenntnisse verbunden mit Handlungsempfehlungen zur bedarfsgerechten Anpassung von Quartiersmaßnahmen berichtet.

## 2. Aktueller Forschungsstand

Mit dem Ziel, aktuelle Forschungsbefunde zu Gesundheit im höheren Lebensalter in Verbindung mit Quartiersentwicklung und technischer Assistenz zu identifizieren,

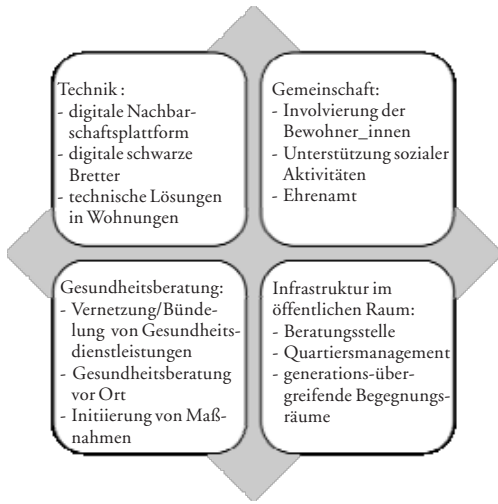


Abb.1: geplante Maßnahmen in den Quartieren

wurde eine Literaturrecherche nach Kleibel und Mayer (2011: 25ff.) durchgeführt. Die Recherche erfolgte über die Suchoberfläche PubMed. Zusätzlich wurden die Literaturverzeichnisse der endgültig eingeschlossenen Publikationen per Hand nach weiteren potenziell relevanten Publikationen gesichtet.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen drei relevante Themenbereiche: Nachbarschafts- bzw. Quartiersentwicklung, Informations- und Kommunikationstechnologie und Technische Assistenzsysteme in Verbindung mit Gesundheit im höheren Lebensalter, die nachfolgend dargestellt werden.

Nachbarschafts- bzw. Quartiersentwicklung und Gesundheit im höheren Lebensalter:

Studien zu Nachbarschafts- bzw. Quartiersentwicklung zeigen positive Assoziationen zwischen dem subjektiven Wohlbefinden (SWB) und dem sozialen/nachbarschaftlichen Zusammenhalt (Gao et al. 2017: 518f.; Cramm/ Nieboer 2015: 5f.; Toma et al. 2015: 48f.) oder der sozialen Zugehörigkeit (Cramm/ Nieboer 2015: 5f.) im höheren Lebensalter auf. Auch die Ergebnisse einer Studie von Oswald und Konopik (2015: 405) deuten darauf hin, dass, insbesondere im sehr hohen Lebensalter, das Wohlbefinden durch außerhäusliche Aktivitäten, soziale Zusammengehörigkeit und stadtteilbezogene Identität gesteigert werden kann. Inwieweit sich nachbarschaftliche Einflüsse auf die psychische Gesundheit im höheren Lebensalter auswirken, geht nicht klar aus der verfügbaren Literatur hervor. Nach Gal et al. (2011: 869f.) weist nachbarschaftliche Zuwendung positive Assoziationen mit der psychischen Gesundheit im höheren Lebensalter auf. Murayama et al. (2015: 174f.) arbeiteten hingegen heraus, dass das Sozialkapital in der Nachbarschaft weder positiv noch negativ mit der psychischen Gesundheit von Personen höheren Lebensalters assoziiert ist. Für die körperliche Aktivität im höheren Lebensalter ist, den Ergebnissen von Marquet und Miralles-Guasch (2015: 26ff.) nach, eine begehbbare Umwelt in der Nachbarschaft (‘high walkable neighbourhood’) von hoher Wichtigkeit. Weiterhin ermittelten Lum et al. (2016: 101f.), dass Personen im höheren Lebensalter es vorziehen „zu Hause älter zu werden“, auch wenn ihre Gesundheit und ihre Mobilität sich verschlechtern. Sehr niedriges Einkommen und nicht erhaltene staatliche Unterstützung wirkte sich negativ auf diese Präferenz aus. Weiterhin fällt die Präferenz höher aus, wenn sich medizinische Einrichtungen und ‚elderly center‘ in der Nachbarschaft befinden (ebd.: 101f.).

Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) und Gesundheit im höheren Lebensalter:

Es liegt eine Vielzahl von Studien wie auch systematischer Übersichtsarbeiten vor, welche die Unterstützung durch Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) im höheren Lebensalter thematisieren. Jedoch wurde keine der vorliegenden Arbeiten im Kontext der Nachbarschafts- bzw. Quartiersentwicklung durchgeführt, weswegen diesbezüglich kein Bezug zu Nachbarschafts- bzw. Quartiersentwicklung hergestellt werden kann. Die systematischen Übersichtsarbeiten von Chipps et al. (2017: 817), Berg-Beckhoff et al. (2018: 160), Forsman et al. (2017: 1042) und Pedrozo Campus Antunes et al. (2019: 417) zeigen, dass generell kein eindeutiger Trend hinsichtlich der Assoziationen zwischen ICT und verschiedenen gesundheitsrelevanten Endpunkten vorliegt. So zeigen Forsman et al. (2017: 1044ff.) eine inkonsistente Evidenzbasis mit mäßiger Stärke und Qualität hinsichtlich der Förderung des Wohlbefindens von Personen höheren Lebensalters durch ICT-Interventionen auf. Auch die Arbeit von Chipps et al. (2017: 817ff.) zeigt widersprüchliche und schwache Darlegungen für die Verwendung von ICT-Interventionen zur Verringerung sozialer Isolation bei Personen höheren Lebensalters. Berg-Beckhoff et al. (2018: 162ff.) verdeutlichen, dass kein linearer Trend zwischen Alter und Technologiestress besteht. Der Arbeit von Pedrozo Campos Antunes et al. (2019: 418f.) lässt sich entnehmen, dass ICT-Interventionen sich bei der Prävention von Krankheiten, bei der Änderungen des Lebensstils sowie beim Management von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes als wirksam erwiesen haben. Es zeigt sich weiterhin, dass sich die Lebensqualität direkt oder indirekt durch rein internetbezogene Unterstützung verbessern kann. Indirekt, weil teilweise auch Wechselwirkungen/Interaktionen u. a. mit der dadurch verbrauchten Zeit mit Familienmitgliedern oder der ethnischen Zugehörigkeit vorlagen (Khalaila/Vitman-Schorr 2018: 479f.). Ebenso kann durch rein internetbezogene Unterstützung eine Verbesserung der Balance, der Koordination und des deklarativen Gedächtnisses erreicht werden (Gallant/Nicolson 2017: 5f.). Tsai et al. (2017: 1ff.) wie Wen et al. (2017: 818ff.) befassten sich mit der Nutzerakzeptanz bzw. -freundlichkeit spezifischer (mobiler) sozialer Plattformen von Personen im höheren Lebensalter. Es zeigt sich, dass die Systemunterstützung und die wahrgenommene Nützlichkeit einen signifikanten Einfluss auf die Verhaltensabsicht haben. Die Benutzeroberflächengestaltung und wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit sind zudem positiv mit wahrgenommener Nützlichkeit korreliert; und die Navigation beeinflusst die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit (Tsai et al. 2017: 14ff.). Wen et al. (2017: 819ff.) evaluierten eine Mobile Instant Messaging-Software (eine Art Online-Chat) für Personen im höheren Lebensalter. Die Evaluation dieser App zeigt, dass die Befragten diese als ein ausgezeichnetes Kommunikationswerkzeug für sich ansahen; sie fanden, dass die Software nützlich ist und dass es für sie bequem war, darüber zu kommunizieren (ebd.: 819ff.).

Technische Assistenzsysteme und Gesundheit im höheren Lebensalter:

Zu Assoziationen technischer Assistenzsysteme (AAL) mit gesundheitsrelevanten Endpunkten im höheren Lebensalter liegt bislang keine aussagekräftige Literatur vor. Die

wenigsten der generierten bzw. untersuchten Techniklösungen haben, Wahl et al. (2018: 1) nach, eine größere Verbreitung bei Personen im höheren Lebensalter und/oder ihren Familienangehörigen gefunden. Als evtl. Ausnahme wird die Robbe Paro, die in vielen Pflegeheimen zum Einsatz kommt, genannt. Nach wie vor sei in Deutschland aber die am häufigsten genutzte Technologie für Personen im höheren Lebensalter der Notruf (ebd.: 1). Auch zu digitalen schwarzen Brettern liegt bisher keine verwertbare Literatur zu Assoziationen mit gesundheitsrelevanten Endpunkten vor.

### 3. Pflegewissenschaftliches Evaluationskonzept

Vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes wurde ein Konzept zur pflegewissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Projektes AGQua entwickelt. Die konzeptionelle Ausrichtung des Projekts sieht eine formative sowie eine summative Evaluation, die am Projektende erfolgt, vor.

Im Zuge der formativen Evaluation wird dabei die Umsetzung der Quartiersentwicklungsangebote sowie die Zielgruppenerreichbarkeit und Akzeptanz kontinuierlich konstruktiv kritisch verfolgt. Dabei sollen zeitnah mögliche Problemstellungen identifiziert und entsprechende evidenzbasierte Vorschläge zur Anpassung der Angebote hergeleitet und ins Quartier kommuniziert werden. Auf diese Weise sollen der Nutzen der Angebote verbessert und vorhandene Ressourcen optimiert werden (Wittkamp and Böhmann 2016: 9f., Gaidys and Begerow 2016: 2f.). Die summative Evaluation bezieht sich auf die Assoziationen der Angebote mit gesundheitsbezogenen Endpunkten nach vollständiger Entwicklung der Angebote. Konkret werden im Rahmen der Evaluation qualitative (Interviews, Expert\_innenrunden) und quantitative (Fragebogenerhebungen) Methoden jeweils über zwei Erhebungszeitpunkte ( $t_0$  und  $t_1$ ) hinweg trianguliert. Einen Überblick über das gesamte Evaluationskonzept gibt Abbildung 2.

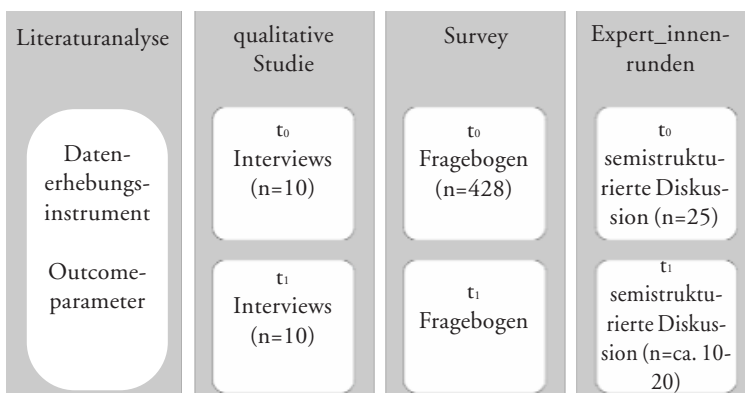


Abb. 2: Evaluationskonzept

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der formativen Evaluation nach Abschluss der  $t_0$  Erhebungen berichtet, da die Umsetzung der für das Gesamtprojekt geplanten Angebote zu diesem Zeitpunkt noch nicht erfolgt ist.

Zur Sicherstellung der Qualität des Evaluationskonzeptes sind die von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation veröffentlichten vier grundlegende Eigenschaften für Evaluation (Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit) leitend (Deutsche Gesellschaft für Evaluation 2008). Zur ethischen Überprüfung des Evaluationskonzeptes wurde ein Ethikantrag an die zuständige Ethikkommission gerichtet und erhielt ein positives Votum. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Folgende Forschungsfragen sind für diese Studie leitend:

1. Wie ist die subjektive Wahrnehmung der interviewten Quartiersbewohner\_innen zum Zeitpunkt  $t_0$  in Bezug auf die Maßnahmen?
2. Welcher Ist-Zustand liegt zum Zeitpunkt  $t_0$  in Bezug auf die Demografie, die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL), die soziale Teilhabe sowie die Zielgruppenerreichbarkeit und -akzeptanz hinsichtlich der Maßnahmen vor?
3. a) Welche Problemstellungen zeigen sich bei der Umsetzung der Maßnahmen sowie der Zielgruppenerreichbarkeit und -akzeptanz?  
b) Welche Handlungsempfehlungen zur Anpassung der Maßnahmen werden hergeleitet, um den Nutzen der Maßnahmen zeitnah zu verbessern und die vorhandenen Ressourcen zu optimieren?

## 4. Methode

Dem pflegewissenschaftlichen Evaluationskonzept folgend wird für die Erkenntnisgenerierung eine Methodentriangulation aus qualitativen und quantitativen Erhebungen durchgeführt. Dazu erfolgen halb-strukturierte qualitative Interviews, ein Survey und daran anknüpfend eine qualitative Expert\_innenbefragung. Nachfolgend wird das methodische Vorgehen getrennt voneinander und in chronologischer Reihenfolge beschrieben.

### 4.1 Qualitative Befragung (Interviews)

Mit Quartiersbewohner\_innen wurden Interviews durchgeführt, um unterschiedliche Begründungsmuster sowie Handlungsstrategien zur Nutzbarkeit und zum Nutzen der geplanten Interventionen aus Sicht der Teilnehmenden abbilden zu können. Ziel ist es dabei, kontrastierende Fälle systematisch auf spezifische Besonderheiten zu untersuchen (Flick et al. 2015: 252ff.).

#### 4.1.1 Datenerhebung

Für die Untersuchung konnten Bewohner\_innen aus beiden Quartieren im Sinne einer Gelegenheitsstichprobe über das Quartiersmanagement zur Durchführung von halbstrukturierten Interviews rekrutiert werden. Die Interviews wurden themenzentriert und leitfadengestützt wie von Witzel (2000: 5f.) beschrieben geführt. Der Inter-

viewleitfaden orientierte sich dabei am Gegenstand und zentrierte sich auf die wahrgenommenen Ressourcen und Risiken sowie die Inanspruchnahme der Angebote im jeweiligen Quartier, damit Deutungsstrukturen der Befragten sichtbar gemacht werden können. Der Leitfaden beinhaltete Aspekte zur (1) Begegnung in der Nachbarschaft, zum (2) digitalen Nachbarschaftsnetzwerk, zum (3) Quartiersleben, zu (4) Angeboten der Gesundheitsförderung/zu (5) Beratungsstellen/zu (6) Dienstleistenden. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und im Anschluss pseudonymisiert transkribiert. Der Leitfaden wurde nach dem ersten Interview überprüft und durch Ergänzungen hinsichtlich der Bedeutung von nachbarschaftlichem Kontakt erweitert. Die Datenerhebung fand im Zeitraum von November 2016 bis Februar 2017 statt. Die potenziellen Teilnehmenden erhielten eine schriftliche Aufklärung sowie die Möglichkeit der Forscherin vorab Fragen zu stellen. Vor Beginn der Studie lag von allen Teilnehmenden eine schriftliche Einverständniserklärung vor.

#### 4.1.2 Datenauswertung

Zur Datenorganisation und Analyse wurden alle transkribierten Interviews in das Programm MaxQDA11(c) importiert. Die Analyse erfolgte nach der Methode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring 2015: 69ff.). Dabei wurden die Interviews auf den inhaltlichen Gehalt mittels Generalisieren und Paraphrasieren reduziert. Die Zusammenfassung der Interviews erfolgte anschließend durch Kategorienbildung direkt aus dem Material (Mayring 2015: 69ff., Mayring 2002: 83ff.). Der Studie liegen die Gütekriterien (Vertrauenswürdigkeit, Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit und Bestätigbarkeit) für qualitative Forschung nach Lincoln und Guba (1985) zugrunde. Die Erkenntnisse wurden sowohl mit Kolleg\_innen als auch auf nationalen und internationalen Kongressen zum Teil fachübergreifend vorgestellt und diskutiert (von Mandelsoh et al. 2018a-c).

## 4.2 Quantitative Befragung (Survey)

Zur systematischen numerischen Darstellung der empirischen Sachverhalte wurden die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die soziale Teilhabe und die Inanspruchnahme-(möglichkeiten) der projektverknüpften Angebote erhoben. Ausgewertet wurde deskriptiv, bivariat und multivariabel.

### 4.2.1 Datenerhebung

Für die Entwicklung des Befragungsinstrumentes wurde eine umfassende Recherche zu relevanten standardisierten Testinstrumente und Messverfahren durchgeführt. Es wurden die Instrumente SF-12 (Bullinger and Kirchberger 1998) zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) sowie der IMET (Deck et al. 2008) zur Erhebung der sozialen Teilhabe verwendet. Ergänzend dazu wurden eigene spezifische Items für die Abbildung der angebotsbezogenen Variablen entwickelt und eingesetzt. Zudem wurden Fragen zu soziodemografischen Daten, Pflegegrad, Hilfebedarf im Alltag, projektverknüpfte angebotsbezogene Details zu Motivation, Informationszugang, Inanspruchnahme sowie Umgang mit Kom-



munikationsmedien integriert. Die Fragebögen wurden auf postalischem Weg an 2.428 Personen (davon 1.593 aus Uhlenhorst und 835 aus Rübenkamp) verschickt. Eingeschlossen wurden alle Personen mit Hauptwohnsitz in einem der beiden Hamburger Quartiere, die über 60 Jahre alt waren und die deutsche Staatsbürgerschaft hatten. Ausgeschlossen wurden Personen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung wohnen. Die Teilnehmenden erhielten vorab postalisch ein Aufklärungsschreiben sowie eine Einverständniserklärung.

#### 4.2.2 Auswertung

Die deskriptive Auswertung erfolgte über Häufigkeiten, Maße der zentralen Tendenz, also Maßzahlen, die Auskunft darüber geben, wo der „Schwerpunkt“ eines Datenbündels liegt (z. B. Arithmetisches Mittel, Median oder Modus, je nach Datenniveau der Variablen) und die dazugehörigen Streuungsmaße. Die bivariate Auswertung erfolgte mit entsprechenden Korrelationskoeffizienten, Signifikanztests der zentralen Tendenz und Chi<sup>2</sup>-Tests. Um den Einfluss von abhängigen Variablen (angebotsbezogene Variablen und weitere Co-Variablen) auf das jeweilige Outcome zu quantifizieren (körperliche HRQoL, psychische HRQoL, soziale Teilhabe), wurde eine multiple lineare Regressionen gerechnet (Kreienbrock et al. 2012, Field 2013, Keller 2016). Die verwendete Software ist IBM SPSS Statistics 22.

### 4.3 Expert\_innenrunde

Die Ergebnisse der Interviews ( $t_0$ ) und des Surveys ( $t_0$ ) wurden in einer Expert\_innenrunde kommunikativ validiert.

#### 4.3.1 Vorgehensweise

Der Zugang zu den eingeladenen Expert\_innen entstand über die Projektpartner\_innen und nachbarschaftliche und wissenschaftliche Netzwerke. Es konnten 21 Teilnehmende gewonnen werden. Die Expert\_innenrunde wurde moderiert, protokolliert und aufgenommen. Bei der Durchführung erfolgte zunächst eine Vorstellung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse. Auf Grundlage der Erhebungsergebnisse wurden zuvor verschiedene Impulsfragen definiert. Nach Mehrheitsabstimmung wurden drei dieser Impulsfragen von den Expert\_innen zur Diskussion ausgewählt und interaktiv semistrukturiert in der Gruppe diskutiert. Durch dieses Vorgehen konnten gemeinsame Schlussfolgerungen erarbeitet werden.

#### 4.3.2 Auswertung

Auf Grundlage der transkribierten Expert\_innenrunde wurden zentrale Themen des Gesprächs sowie eine Beschreibung und Erklärung der verschiedenen Meinungen zu diesen Themen identifiziert. Für die Zusammenfassung und Auswertung wurde zudem das Protokoll herangezogen.

## 5. Ergebnisdarstellung

### 5.1 Ergebnisse der qualitativen Befragung (Interviews)

Im Folgenden wird die subjektive Wahrnehmung der interviewten Quartiersbewohner\_innen zum Zeitpunkt  $t_0$  in Bezug auf die Maßnahmen dargestellt.

#### 5.1.1 Charakteristika der Teilnehmenden

Es wurden insgesamt 10 Quartiersbewohner\_innen aus den Quartieren Rübenkamp (n=5) und Uhlenhorst (n=5) rekrutiert (durchschnittliche Interviewdauer: 30 min). Befragt wurden Frauen (n=6) und Männer (n=4) mit einem Durchschnittsalter von 73 Jahren. Durchschnittlich leben die Befragten seit 25.7 Jahren (SD = 23.29) in ihren Quartieren.

#### 5.1.2 Identifizierte Kategorien

Es wurden vier Hauptkategorien ‚Begegnung und Nachbarschaft‘, ‚Technik als Verbindung‘, ‚Technik als Ressource‘ und ‚Informiert sein‘ identifiziert. Nachfolgend werden die Hauptkategorien im Zusammenhang mit Zitaten der Quartiersbewohner\_innen dargestellt.

Begegnung und Nachbarschaft:

Die Kategorie bewegt sich auf einem Kontinuum zwischen „Im Kontakt sein“ und „Allein sein“. Die Quartiersbewohner\_innen empfinden generell Kontakte in der Nachbarschaft als sehr bedeutsam: *„Kontakt in der Nachbarschaft ist so wichtig“* (E40). Dabei werden den vorhandenen sozialen Kontakten Bedeutungen wie Zugehörigkeit, Sicherheit, Informationszugang und Unterstützungsmöglichkeiten im Alltag zugewiesen. Trotz der Bedeutungszuweisungen, geben einige Quartiersbewohner\_innen an, eher selten soziale Kontakte im Quartier zu pflegen. Aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters haben die Befragten häufig ihre Partner\_innen und Freunde und somit ihre sozialen Kontakte verloren. *„Ich habe am Anfang sehr viel Kontakt gehabt, da wohnten hier auch noch andere Leute. Ich habe, die leben leider nicht mehr“* (D8). Auffällig ist zudem, dass wenig Kontakt zu Jüngeren besteht, dieser aber erwünscht ist. *„Kontakt ist manchmal auch schwer [...] also auch mit jungen Leuten.“* (G42). Hierfür werden fehlende Begegnungsstätten als Barriere der Kontaktaufnahme benannt. *„Man hat keine Zusammenkünfte, keinen Raum oder sonst was“* (F8).

Technik als Verbindung:

Die Kategorie ‚Technik als Verbindung‘ bezieht sich auf die geplante digitale Nachbarschaftsvernetzung. Die Befragten sind einerseits verhalten, so haben sie beispielsweise Bedenken, was ihre eigenen Technikkompetenzen oder die Sicherheit des Internets betreffen. Andererseits sehen sie hier aber auch eine Chance mehr in (generationsübergreifenden) Kontakt mit Personen in ihrer Umgebung zu treten. *„Ich könnte Kontakt aufnehmen mehr mit den jungen Leuten zu meiner Rechten, die aber vielleicht nur mich brauchen würden, vielleicht mal als Babysitter“* (F20). Zudem erhoffen sich die Quartiersbewohner\_innen, dass die Nutzung des Angebots helfen kann, nachbarschaftliche Unterstützung zielgerichtet zu adressieren, wobei ihnen dabei die Reziprozität wichtig

zu sein scheint: *„weil ich direkten Zugriff habe auf das, was ich bräuchte oder was ich selbst investieren kann, wo ich auch vielleicht selbst was tun kann“* (F16). Die Möglichkeit schnell Informationen zu erhalten und soziale Aktivitäten organisieren zu können wird zudem als sehr positiv gesehen.

#### Technik als Ressource:

Die Kategorie ‚Technik als Ressource‘ bezieht sich auf Wohnungen mit alltagstechnischer Technologieausstattung (Ambient assisted living). Es zeigt sich, dass wenig Wissen über technische Unterstützungsmöglichkeiten im Wohnraum und gleichzeitig aber ein hohes Interesse an Möglichkeiten der Wissenserweiterung zu Selbigen besteht. Die Befragten sehen dabei u. a. die Möglichkeit der Kompensation von Mobilitätseinbußen und die Sicherheit durch Notrufsysteme als Ressource. Befürchtungen bestehen hinsichtlich möglicher Überforderung durch die komplexe Technik: *„Nein ich finde es im Prinzip schon gut, ich hab nur so ein bisschen die Befürchtung, dass ältere Leute dann durch so eine riesengroße Technikgeschichte überfordert oder denken: ich kann damit sowieso nicht umgehen“* (B16). Zudem kommt die Besorgnis, durch die AAL-Systeme die Kontrolle und Autonomie zu verlieren. Die Befragten befürchten, aufgrund der Hilfsysteme eigene Fähigkeiten zu verlernen: *„[...] Ich handhabe lieber alles selbst mit dem Kopf“* (D36). Den Befragten ist zudem wichtig, dass die empfohlenen und ggf. zukünftig genutzten technischen Lösungen an individuelle Lebenssituationen und damit verbundenen Bedürfnissen angepasst sind.

#### Informiert sein:

Der persönliche Kontakt kann nach Ansicht der Befragten nicht durch technische oder digitale Systeme ersetzt werden. *„Ja, wenn jetzt so'n Projekt hier wäre, wäre ja hier irgendwo so'n, wo man hingehen kann [...]. Da müsste schon jemand sein“* (G66).

Aus Sicht der Befragten bedarf es einer Anlaufstelle für individuelle Informationen. *„Also Informationsstelle, Vernetzungsstelle nenn ich das jetzt mal. Und ähm ja, Anlaufstelle für Fragen jeglicher Art“* (H28). Die Quartiersbewohner\_innen haben einen großen Bedarf hinsichtlich erkrankungs- und pflegespezifischen Informationen und weiterhin hinsichtlich Informationen zu verschiedenen Versorgungssystemen, Leistungen der Pflegeversicherung, technischen Assistenzsystemen, regionalen Dienstleistern, Wohnformen und Versorgungsstrukturen sowie Hilfsmitteln oder Teilhabemöglichkeiten. Auffällig ist, dass die Quartiersbewohner\_innen im Interview Angebote zu Beratungs- und Informationsmöglichkeiten benennen können, diese aber nicht ausgiebig nutzen. Als Barrieren hierfür werden fehlender Zugang, Fehlangebote und kein Bedarf identifiziert. Zudem beschreiben einige Befragte einen inneren Konflikt zwischen ihren Bedürfnissen und der Gefahr, mit ihren altersbedingten Veränderungen oder Einschränkungen in den Fokus des Versorgungsteams oder den der anderen Quartiersbewohner\_innen zu geraten. *„Aber die wollen das nicht, da sieht sonst auch einer, wenn es einem mal, wenn da was nicht mehr so geht“* (E40). Einige Befragten gehen davon aus, dass die Nutzung von Beratungsangeboten einen unmittelbaren Unterstützungsbedarf voraussetzt: *„Hm, ich hab irgendwie so das Gefühl für mich, ich, ich brauch in dem Sinne noch*

*keine Unterstützung, eben altersbedingt irgendwo. Äh, unterstützen, ja im Moment eigentlich bei, bei mir nicht, ne“ (J8). Es zeigt sich, dass sich die Befragten häufig jünger als ihr biologisches Alter fühlen. „Mit 70 muss man sich mit Wohnen und Pflege nicht, also ich nicht beschäftigen“ (E20).*

## 5.2 Ergebnisse der quantitativen Erhebung (Survey)

Nachfolgend wird der Ist-Zustand zum Zeitpunkt  $t_0$  in Bezug auf die Demografie, die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) und die soziale Teilhabe der Stichprobe dargestellt. Ebenso wird die Zielgruppenerreichbarkeit und -akzeptanz der Stichprobe hinsichtlich der Maßnahmen dargestellt.

### 5.2.1 Charakteristika der Teilnehmenden

Insgesamt haben sich  $n=428$  der 2.428 Angeschriebenen (knapp 18%) an dem Survey beteiligt. Dabei ist die Rücklaufquote der Männer (19%) höher als die der Frauen (16%).

Das mittlere Alter beträgt 73 Jahre bei einer Alterspanne von 60 bis 97, wobei ein Großteil (75%) unter 79 Jahre alt ist. 55% der Befragten sind weiblich und 45% männlich. 4% der Befragten haben einen Pflegegrad. Diese Werte liegen 8% unter den Werten für Pflegebedürftigkeit dieser Altersklasse in der Gesamtbevölkerung (Statista, 2015, Statistisches Bundesamt, 2015). Es leben mehr Frauen (70%) als Männer (30%) allein. Der höchste allgemeinbildende Schulabschluss fällt bei den Männern höher als bei den Frauen aus, insbesondere in Bezug auf eine vorhandene Hochschulreife (31% der Frauen und 42% der Männer). Auch die höchste berufliche Ausbildung und das Haushaltsnettoeinkommen fallen bei den Männern höher als bei den Frauen aus. Hilfe im Alltag erhalten die Befragten vorrangig durch ihre Ehepartner\_innen (31%), Nachbarn (30%) und Angehörigen (22%).

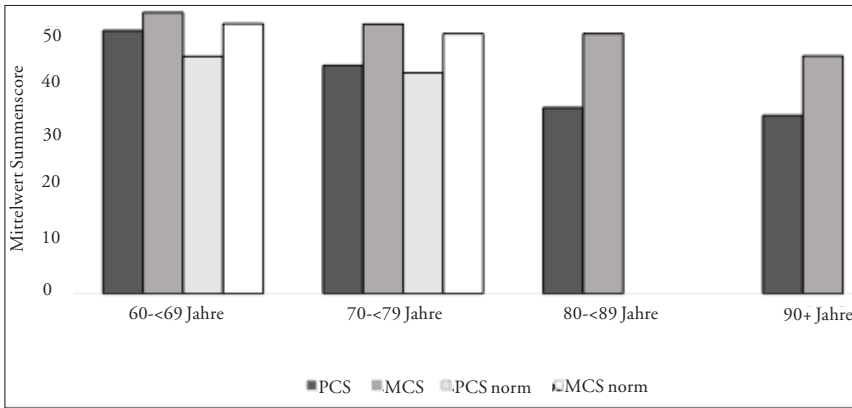
### 5.2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health Related Quality of Life, HRQoL) und soziale Teilhabe

Die altersspezifische HRQoL<sup>1</sup> wie auch die soziale Teilhabe (vgl. Abbildungen 3 und 4) wird von den Befragten sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern besser beurteilt als in der verfügbaren Altersgruppen (für die Altersgruppen „80-<89 Jahre“ und „über 90 Jahre“ keine Normwerte verfügbar) der (nord-)deutschen Normstichproben (Ellert and Kurt 2004, Deck et al. 2015).

### 5.2.3 Leben im Stadtteil: Informationszugang zu Fragen des Älterwerdens, Gesundheitsförderung und Prävention

Zeitungen und Flyer werden von 74% der Befragten und das Internet von 47% der Befragten immer, oft oder gelegentlich als Informationszugang genutzt. Somit stellen Zeitung, Flyer und das Internet die am häufigsten genutzten Informationszugänge dar. Zeitungen und Flyer werden dabei stärker von den über 80 Jährigen hinzugezogen als

<sup>1</sup> Interpretationshinweis: Der Gesamtscore für die Summenskalen (PCS und MCS) der HRQoL hat eine Spannweite von 0 bis 100, je höher der Score ausfällt, desto besser fällt die HRQoL aus.



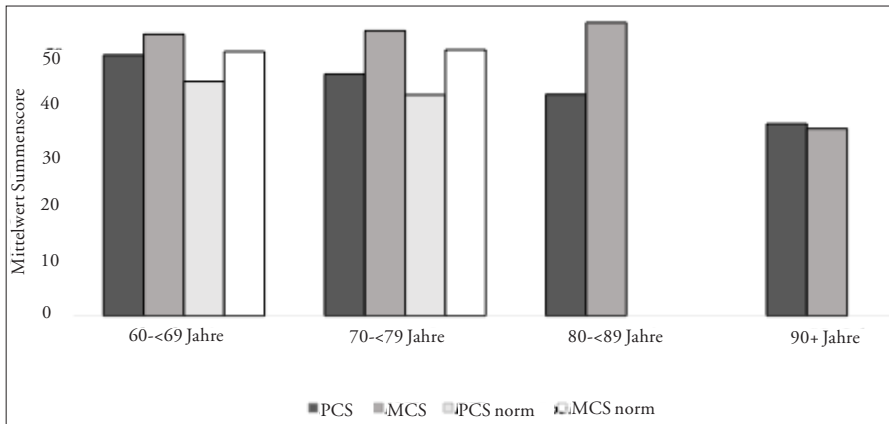
HRQoL, Frauen

PCS = physical component summary

MCS = mental component summary

norm = deutsche Normstichprobe (keine altersspezifischen Daten für die Altersgruppen 80 + Jahre)

Abb. 3: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) der Frauen, stratifiziert nach Altersgruppen



HRQoL, Männer

PCS = physical component summary

MCS = mental component summary

norm = deutsche Normstichprobe (keine altersspezifischen Daten für die Altersgruppen 80 + Jahre)

Abb. 4: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) der Männer, stratifiziert nach Altersgruppen

von den 60 -< 79 Jährigen. Bei den befragten Männern ist das Internet mit 54% hingegen häufiger vertreten als bei den befragten Frauen (42%). Ab 80 Jahren gibt der überwiegende Teil der Befragten an, das Internet nicht zu kennen, nicht zu nutzen oder hat die Frage dahingehend ausgelassen (67% der 60 -< 79 Jährigen und 80% der über 90 Jährigen). Gelegentlich, selten oder nie erhalten 62% der Befragten von Ärzt\_innen und Therapeut\_innen und 68% der Befragten von Krankenkassen Informationen zu Fragen des Älterwerdens, Gesundheitsförderung und Prävention. Das Quartiersbüro (mit 95%), lokale Beratungsstellen (mit 93%) und digitale Anzeigetafeln (mit 89%)

| Ausprägung               |       |      |              |        |      |               |                |
|--------------------------|-------|------|--------------|--------|------|---------------|----------------|
| Informationszugang       | immer | oft  | gelegentlich | selten | nie  | nicht bekannt | fehlender Wert |
| Zeitung/Flyer            | 23,1  | 20,1 | 30,4         | 9,1    | 8,9  | 4             | 4,4            |
| Internet                 | 9,8   | 18,2 | 19,4         | 9,3    | 17,8 | 9,1           | 16,4           |
| Digitale Anzeigetafeln   | 0,5   | 1,2  | 1,9          | 7,9    | 35   | 26,4          | 27,1           |
| Lokale Beratungsstellen  | 0,2   | 0,5  | 2,1          | 3,7    | 36,4 | 29,4          | 27,6           |
| Ärzte/Therapeuten        | 7,5   | 11   | 34,1         | 17,1   | 11,2 | 4,9           | 14,3           |
| eHealth-Beratungszentrum | 0,2   | 0,2  | 0,2          | 0,7    | 23,1 | 47,4          | 27,8           |
| Quartiersbüro            | 0,5   | 0,7  | 1,9          | 2,1    | 25,5 | 41,8          | 27,6           |
| Krankenkasse             | 4,9   | 6,1  | 25,2         | 20,1   | 23,1 | 4             | 16,6           |

Tab. 1: Informationszugang zu Fragen des Älterwerdens, Gesundheitsförderung und Prävention, in Prozent

sind größtenteils unbekannt, werden nie genutzt oder wurden in dem entsprechenden Fragenblock nicht angekreuzt (vgl. Tabelle 1, die geschlechts- und altersspezifischen Werte sind in dieser Tabelle aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht aufgeführt).

#### 5.2.4 Leben im Stadtteil: Zufriedenheit mit projektverknüpften Dienstleistern/Angeboten

Die Befragten stimmen am häufigsten den Aussagen zu, dass ihr Stadtteil eine gute medizinische Versorgung (79% der Befragten), ein gutes Angebot für körperliche Aktivität (60% der Befragten) sowie für soziale Kontaktmöglichkeiten (42% der Befragten) aufweist und dass ihr Stadtteil ausreichend barrierefrei ist (40% der Befragten). Am wenigsten stimmen die Befragten der Aussage zu, dass ihr Stadtteil eine gute Anlaufstelle für Behörden und Leistungen (20% der Befragten) sowie ein gutes Beratungsangebot zum Wohnraum (19% der Befragten) und zu gesundheitlichen Themen (22% der Befragten) hat.

#### 5.2.5 Umgang mit Kommunikationsmedien

71% der befragten Frauen und 80% der befragten Männer besitzen einen Internetzugang. Ein internetfähiges Gerät besitzen hingegen nur 57% der befragten Frauen und 68% der befragten Männer. Ein Smartphone besitzen dabei 55% der befragten Frauen und 61% der befragten Männer. Bei ca. 30% der Befragten liegt Unsicherheit im Umgang mit dem Computer wie auch dem Smartphone vor, hier gibt es keine erwähnenswerten Geschlechterunterschiede. Je älter die Befragten sind, desto seltener besitzen sie ein Kommunikationsmedium und desto höher fällt ihre Unsicherheit im Umgang mit den Kommunikationsmedien aus (vgl. Abbildung 5, die geschlechts- und altersspezifischen Werte sind in dieser Tabelle aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht aufgeführt).

#### 5.2.6 Leben im Stadtteil: Inanspruchnahme der projektverknüpften Angebote

Bis auf nachbarschaftliche Selbsthilfe (von 27% der Befragten in Anspruch genommen) und Gemeinschafts- und Begegnungsstätten (von 13% der Befragten in Anspruch genommen) werden die projektverknüpften Angebote größtenteils nie genutzt,

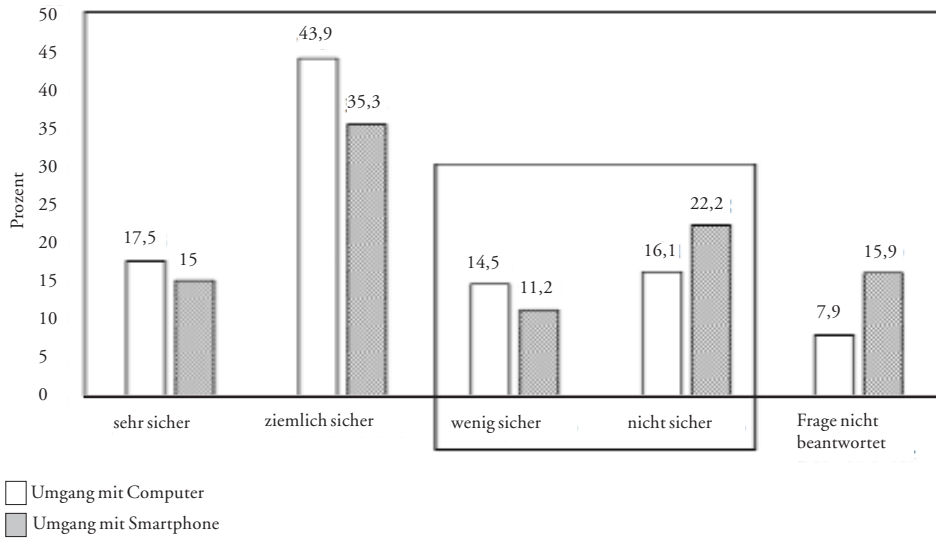


Abb. 5: Unsicherheit im Umgang mit Kommunikationsmedien, in Prozent

sind unbekannt oder wurden in dem Fragenblock nicht angekreuzt. Das Quartiersmanagement wird dabei nur von den 60 -< 79 Jährigen in Anspruch genommen. Die Gemeinschafts- und Begegnungsstätten werden häufiger von Frauen in Anspruch genommen (15% Frauen vs. 9% Männer). 80 -< 89 Jährige (20%) nutzen dieses Angebot häufiger als die anderen Altersgruppen (60-<69 Jährige: 10%, 70-<79: 13%, >90 Jahre: von niemandem genutzt).

### 5.2.7 Relevante Assoziationen mit der Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health Related Quality of Life, HRQoL) und der sozialen Teilhabe

Die multiple lineare Regression zeigt für die körperliche HRQoL<sup>2,3</sup> im für soziodemographische Variablen und den Pflegegrad adjustierten Modell (angepasstes R<sup>2</sup> = 0.351) eine signifikante negative Assoziation mit der Unsicherheit im Umgang mit dem Smartphone (je höher; beta = -0,21; p < 0,01). Weiterhin zeigt sich eine signifikante positive Assoziation der körperliche HRQoL mit dem Informationszugang zu Fragen des Älterwerdens, Gesundheitsförderung und Prävention über lokale Beratungsstellen (je häufiger genutzt; beta = 0,14; p < 0,01). Für die soziale Teilhabe<sup>4</sup> (angepasstes R<sup>2</sup> = 0.295) zeigt sich im für soziodemographische Variablen und den Pflegegrad adjustierten Modell eine signifikante negative Assoziation mit der Unsicherheit im Umgang mit Computern (je höher; beta = 0,24; p < 0,01) und der Inanspruchnahme von Gemeinschafts- und Begegnungsstätten (je häufiger genutzt, beta = 0,14; p = 0,02).

2 Interpretationshinweis: Der Gesamtscore für die Summenskalen (PCS und MCS) der HRQoL hat eine Spannweite von 0 bis 100, je höher der Score ausfällt, desto besser fällt die HRQoL aus.

3 Die Assoziationen für die psychische HRQoL werden nicht interpretiert, da hier, mit 0,09, eine zu schlechte Modellpassung vorliegt.

4 Interpretationshinweis: Der Score für die Soziale Teilhabe (Behinderungsgesamtscore) hat eine Spannweite von 0 bis 90, je niedriger der Score, desto besser fällt die soziale Teilhabe aus.

### 5.2.8 Weitere aus Sicht der Befragten für das Quartiersleben wichtige Aspekte (Freitextangaben)

Den Befragten ist die Einhaltung ihrer Privatsphäre wichtig und die Teilnahme an Quartiersangeboten soll freiwillig sein und keinen Zwängen unterstehen. Sofern von denjenigen erwünscht, (1) ist den Befragten der Einbezug von Quartiersbewohner\_innen in das Projektangebot als Betroffene und als Expert\_innen wichtig; (2) sollte Information für Freizeit- und Unterstützungsangebote adressatengerecht erfolgen. Dabei wünschen sich die Befragten, dass die vorhandenen Strukturen und ansässigen Bürgervereine mit einbezogen werden. Es wird zudem beschrieben, dass mehr Informationen über das Nachbarschaftsnetzwerk bereitgestellt werden sollten.

## 5.3 Ergebnisse der Expert\_innenrunde

An der Expert\_innenrunde haben 25 Personen teilgenommen. Darunter Quartiersbewohner\_innen sowie Wissenschaftler\_innen, Vertreter\_innen der Kooperationspartner und Quartiersentwickler\_innen, die in dem Projekt integriert sind.

Die Impulsfragen thematisierten

- die Sicherstellung des persönlichen Kontaktes im Quartier
- das Potential für Hilfe im Alltag durch Nachbarschaft und Familie
- die Bewahrung der HRQoL/Sozialen Teilhabe
- Geschlechtersensibilität der Angebote im Quartier
- mögliche stärkere Differenziertheit der Angebote
- die Unsicherheit im Umgang mit Kommunikationsmedien
- die Stärkung des Gefühls von Wirksamkeit in der Gemeinschaft
- Sicherstellung von Vertrauen
- nachhaltige Sicherung des Projektes.

Die Teilnehmenden entschieden sich über die Sicherstellung des persönlichen Kontaktes im Quartier, das Potential für Hilfe im Alltag durch Nachbarschaft und Familie sowie die nachhaltige Sicherung des Projektes zu diskutieren. Die Impulsfragen hierzu gaben Anreiz zur Diskussion, letztendlich sind die diskutierten Inhalte jedoch verstärkt von den gewählten Themen abgewichen, stattdessen wurde wiederkehrend das Thema Unsicherheit im Umgang mit Kommunikationsmedien aufgegriffen.

Wesentlichstes Diskussionsergebnis der Expert\_innenrunde ist, dass die Expert\_innen es als wichtig erachten, vorhandenen Barrieren hinsichtlich der Nutzung von digitalen Angeboten entgegenzuwirken und gleichzeitig einen persönlichen Kontakt im Quartier langfristig sicherzustellen. Als Lösungsansatz wurden Schulungen zum Umgang mit digitalen Geräten sowie zu den Angeboten im Quartier diskutiert. Diese können gleichzeitig als generationsübergreifende Begegnungsmöglichkeit fungieren. Zudem sehen die Expert\_innen eine Verbesserung der digitalen und analogen Zugangsmöglichkeiten sowie Informationen zu bestehenden Angeboten im Quartier als Voraussetzung, um die angestrebte nachbarschaftliche Alltagsunterstützung nutzbar



zu machen. Diese Erkenntnisse und weitere Ergebnisse der Expert\_innenrunde wurden in Form von Handlungsempfehlungen an das Gesamtprojekt zurückgegeben.

## 7. Diskussion und Handlungsempfehlungen

In diesem Kapitel werden auf Grundlage der Ergebnisse sichtbar gewordene Problemstellungen bei der Umsetzung der Maßnahmen sowie der Zielgruppenerreichbarkeit und -akzeptanz aufgezeigt. Außerdem werden Handlungsempfehlungen zur Anpassung der Maßnahmen sowie der Zielgruppenerreichbarkeit und -akzeptanz hergeleitet, um den Nutzen der Maßnahmen zeitnah zu verbessern und die vorhandenen Ressourcen zu optimieren.

Zu den aus der qualitativen Erhebung generierten Ergebnissen bleibt Folgendes festzuhalten: Die Schilderungen der Quartiersbewohner\_innen zeigen auf, wie wichtig Kontakte in der Nachbarschaft für die/den Einzelne/n ist. Die Gefahr der Einsamkeit scheint mit wachsendem Lebensalter einen höheren Stellenwert für die Befragten zu bekommen. Angebote sollten hier protektiv ansetzen. Es ist davon auszugehen, dass dies nicht allein durch ICT-Angebote erreicht werden kann, da, wie auch Chipps et al. (2017: 817ff.) zeigen, widersprüchliche und schwache Darlegungen für deren Verwendung zur Verringerung sozialer Isolation bei Personen höheren Lebensalters vorliegen. Die Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände und der Abbau von Hindernissen wie z. B. die Schaffung neuer Aktivitätsangebote, könnte als Anreiz dienen, vermehrt am Quartierleben teilzunehmen und dadurch den Kreis der drohenden sozialen Isolation zu durchbrechen. Bei der Implementierung der geplanten Angebote ist die scheinbare Beziehungslosigkeit zwischen den Generationen zu berücksichtigen und gleichzeitig der Gefahr von Aus- und Abgrenzung entgegenzuwirken. Hierfür scheint bei Implementierung und Umsetzung der Maßnahmen in den Quartieren, der Einbezug sowie die Beteiligung der verschiedenen Altersgruppen unabdingbar. Zu Technik und digitalen Systemen liegt eine generell positive Grundeinstellung vor. Zudem besteht diesbezüglich ein hohes Interesse an einer Wissenserweiterung. Werden diese beiden Erkenntnisse mit denen der aktuellen Fachliteratur kombiniert, zeigt sich, dass der Technikbezug des Projektes AGQua grundsätzlich eine nutzbare Ressource darstellt. Es ist insbesondere die durch rein internetbezogene Unterstützung erreichte Verbesserung der Balance, der Koordination und des deklarativen Gedächtnis (Gallant and Nicolson 2017: 5f.) wie auch die Wirksamkeit von ICT-Interventionen u. a. hinsichtlich Prävention von Krankheiten zu nennen (Pedrozo Campos Antunes et al. 2019: 418f.). Auch wenn es nach Tsai et al. (2017: 14f.) und Wen et al. (2017: 819ff.) Hinweise dafür gibt, dass bestimmte Merkmale grundsätzlich positiv mit der Nutzerakzeptanz bzw. -freundlichkeit assoziiert sind, scheint die Akzeptanz und das Interesse sich an einem digitalen Nachbarschaftsnetz zu beteiligen bei den Befragten auch in entscheidender Abhängigkeit von biografischen Erfahrungen, Technikkompetenzen und darstellbaren Sicherheiten für die Quartiersbewohner\_innen zu stehen. Eine Gestaltung des digitalen Nachbarschaftsnetzwerkes sollte von den Bedürfnissen sowie Fähigkeiten der Nutzer\_innen ausgehen und dabei altersbedingte Veränderungen berücksichtigen. Für die

Sinnhaftigkeit der Nutzung von AAL („Technik als Ressource“) im Kontext des Projektzieles liegen bisher keine einschlägigen Studien vor (Wahl et al. 2018: 1). Den Ergebnissen der hier vorliegenden Forschungsarbeit nach sollten, als Voraussetzung für die AAL-Nutzung, Ängste abgebaut und Informationen zugänglich gemacht werden. Es empfiehlt sich die Quartiersbewohner\_innen dabei über die Unterstützungsmöglichkeiten durch technische Angebote transparent aufzuklären, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Grenzen dieser Angebote zu legen ist. Die im AGQua-Gesamtkonzept im Fokus stehende Kombination sozialer und technischer Komponenten trifft bei den Befragten insgesamt auf Zustimmung. Dabei ist ihnen eine Gleichstellung beider Komponenten wichtig, was, wie oben schon beschrieben, auch durch die vorliegende Fachliteratur bestätigt wird. Vor der Entwicklung und Implementierung der geplanten Quartiersangebote ist daher zu berücksichtigen, dass der persönliche Kontakt nicht durch technische oder digitale Systeme ersetzt werden kann. Die Wichtigkeit und Daseinsberechtigung des Quartiersmanagements werden dadurch bestärkt. Damit die Quartiersbewohner\_innen Angebote zur Beratung nutzen und Barrieren abgebaut werden, ist die Sicherstellung fachlicher und methodischer Kompetenzen der professionellen Beratungskräfte empfehlenswert. Zudem könnten Schulungsangebote für Dienstleistende des Quartiers zu den Bedarfen der Quartiersbewohner\_innen sinnvoll sein. Dabei ist zu beachten, dass die Befragten sich häufig jünger als ihr biologisches Alter fühlen. Es ist wichtig, dass sich alle geplanten Angebote an den individuellen Bedürfnissen der Quartiersbewohner\_innen orientieren, denn diese sind über ihre Bedürfnisse und nicht über ihr Alter zu erreichen.

Hinsichtlich der Ergebnisse des Surveys lässt sich Folgendes festhalten:

Die Rücklaufquoten zeigen, dass Männer sich am ehesten an der Umfrage beteiligt haben. Es beteiligen sich an den Angeboten vor Ort zum Zeitpunkt  $t_0$  jedoch überwiegend Frauen. Dies deutet darauf hin, dass die Daten nicht ausschließlich die Ansichten derjenigen widerspiegeln, die sich bereits aktiv im AGQua Projekt engagieren, sondern im Wesentlichen auch die der sich nicht beteiligenden Quartiersbewohner\_innen. Auch wenn der Grundgedanke des AGQua Projektes bereits die Unterstützung des nachbarschaftlichen Netzwerkes beinhaltet, sollte das große Potenzial für Hilfe im Alltag durch Nachbarschaft und Familie nutzbar gemacht werden. Dies wird durch die vorliegende Fachliteratur bestärkt, welche ausschließlich positive Assoziationen zwischen dem SWB und dem sozialen/nachbarschaftlichen Zusammenhalt, der sozialen Zusammengehörigkeit und der stadtteilbezogenen Identität (Gao et al. 2017: 518f., Cramm and Nieboer 2015: 5f., Toma et al. 2015: 48f., Oswald and Konopik 2015: 405) im höheren Lebensalter verdeutlicht. Die projektverknüpften Angebote werden unterschiedlich hinsichtlich Altersgruppe, Geschlecht und Quartier genutzt. So ist die Altersgruppe der über 80 Jährige in erster Linie über Zeitungen, Flyer und die Gemeinschafts- und Begegnungsstätten erreichbar. Die 60 - 79 Jährigen hingegen sind vorrangig über das Internet sowie das Quartierbüro/-management zu erreichen. Zugang zu den Frauen ist besonders gut über die nachbarschaftliche Selbsthilfe, die Gemeinschafts- und Begegnungsstätten und etwas häufiger auch über Zeitungen und Flyer zu finden. Die Männer wiederum zeigen eine stärkere Erreichbarkeit über das Internet.

Wie auch schon aus den Interviewergebnissen abgeleitet, ist daher die individuelle Anpassung der Angebote an die Quartiersbewohner\_innen von großer Wichtigkeit. Weiterhin geht aus der Analyse der quantitativen Daten hervor, dass Unsicherheit im Umgang mit Kommunikationsmedien im multivariablen Model negativ mit der sozialen Teilhabe und der körperlichen HRQoL assoziiert ist. Ein gezielterer Abbau der Unsicherheit im Umgang mit Kommunikationsmedien erscheint daher als sinnvoll, wie es oben auch bereits aus den Interviewergebnissen gefolgert und mit der aktuellen Fachliteratur in Beziehung gesetzt wurde. Die in der Expert\_innenrunde geforderten Schulungsangebote sollten daher eine besonders wichtige Rolle spielen. Weiterhin zeigt sich im multivariablen Model, dass Gemeinschafts- und Begegnungsstätten besonders bedeutend für die Befragten sind, welche eine vergleichsweise geringe soziale Teilhabe aufweisen. Es besteht also ein großes Potenzial diese Gruppe dort gut zu erreichen. Zudem sind die lokalen Beratungsstellen positiv mit der körperliche HRQoL assoziiert. Daher sollten die Gemeinschafts- und Begegnungsstätten sowie die lokalen Beratungsstellen besonders gestärkt werden und noch mehr in den Mittelpunkt der bestehenden Projektarbeit gestellt werden. Diese Handlungsempfehlung wird durch die Studienergebnisse von Lum et al. (2016) gestärkt. Diese besagen, dass die Präferenz dafür „zu Hause älter zu werden“, höher ausfällt, wenn sich medizinische Einrichtungen und die sog. ‚elderly center‘ in der Nachbarschaft befinden.

Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass es kontinuierlicher Information bedarf, bis die Anreize und Angebote an Bekanntheit erlangen. Unter Anbetracht der in diesem Beitrag beschriebenen vielen positiven Entwicklungen im Projekt, gewinnt die nachhaltige Sicherung des Projektes an Bedeutung.

## 8. Limitationen

Für Repräsentativität ist eine Stichprobenziehung nach dem Zufallsprinzip oder eine Totalerhebung notwendig, beides ist nicht gegeben. Daher ist die Übertragbarkeit der vorgestellten Ergebnisse auf alle der Zielgruppe angehörigen Bewohner\_innen der beiden Quartiere möglicherweise eingeschränkt. Weiterhin handelt es sich bei der Fragebogenerhebung um eine Querschnittserhebung. Daher können keine Aussagen über Entwicklungen im Längsschnitt und ebenso keine Aussagen über Kausalzusammenhänge getätigt werden. Zudem könnte Selektionsbias vorliegen: Zum einen zeigte sich sowohl für die soziale Teilhabe als auch für die HRQoL, dass die Stichprobe im Vergleich zu den verfügbaren Normdaten „gesünder“ zu sein scheint. Auch nicht erhobene potenzielle Störgrößen oder intermediär wirkende Faktoren könnten die Ergebnisse verzerrt haben (Khalaila/Vitman-Schorr 2018: 479f.). Des Weiteren ist zu erwähnen, dass für die projektbezogenen Variablen keine standardisierten Instrumente verwendet werden konnten, da solche zum Zeitpunkt nicht vorlagen. Es hätte den Rahmen der Evaluation gesprengt, das entsprechende standardisierte Instrument zu entwickeln.

Die Triangulation der qualitativen und quantitativen Methoden wirkt den genannten Limitation möglicherweise entgegen: Die Ergebnisse der jeweiligen Methode wur-

den durch die Triangulation mit den Ergebnissen, die über die jeweils andere Forschungsmethode ermittelt wurden, verglichen.

## 9. Zusammenfassung und Ausblick

Im Sinne einer strukturierten Prozessbegleitung ermöglicht die pflegewissenschaftliche Evaluation des AGQua-Projektes eine bedarfsorientierte Quartiersentwicklung unter Einbezug pflegerelevanter Erkenntnisse. Zudem wird der Prozess zur Technikentwicklung und Technikeinführung von Angeboten und Anreize zur Förderung von körperlichen und sozialen Aktivitäten in zwei Hamburger Quartieren begleitet.

Die vorgestellten Basiserhebungen zeigen leichte Hinweise dafür auf, dass die strukturelle Veränderungen durch die im AGQua Projekt verankerten Angebote und Anreize durchaus das Potenzial bieten, dass die Menschen im höheren Lebensalter dadurch länger in der von ihnen gewählten häuslichen Umgebung verbleiben und dass bei Hilfebedürftigkeit die Nachbarschaft eine Ressource zur Unterstützung darstellt. Aufgrund der Abbildung von veränderlichen gesundheitlichen Kompetenzen der Quartiersbewohner\_innen können Pflegende neue pflegerische Konzepte und Rollenfunktionen für die ambulante Versorgung entwickeln.

### Literatur

- Berg-Beckhoff, G./Nielsen, G./Ladekjaer Larsen, E. (2018): Use of information communication technology and stress, burnout, and mental health in older, middle-aged, and younger workers - results from a systematic review. In: *Int J Occup Environ Health*, 20, 1-12
- Bullinger, M./Kirchberger, I. (1998): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung, Göttingen: Hogrefe
- BZgA. (2017): Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung. 07- Partizipation. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/07-partizipation/> [Stand: 2019-03-11]
- Chippis, J./Jarvis, M. A./Ramlall, S. (2017): The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. In: *J Telemed Telecare*, 23, 817-827
- Cramm, J. M./Nieboer, A. P. (2015): Social cohesion and belonging predict the well-being of community-dwelling older people. In: *BMC Geriatr*, 15, 015-0027
- Deck, R./Muche-Borowski, C./Mittag, O. (2008): IMET. Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe. In: Bengel J./Wirtz, M./Zwingmann C. (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation*. Göttingen u.a.: Hogrefe
- Deck, R./Walther, A. L./Staupendahl, A./Katalinic, A. (2015): Einschränkung der Teilhabe in der Bevölkerung - Normdaten für den IMET auf Basis eines Bevölkerungssuveys in Norddeutschland. In: *Rehabilitation (Stuttg)*, 54: 402-8
- Deutsche Gesellschaft für Evaluation (2008): Standards für Evaluation. URL: [www.degeval.de/publikationen/standards-fuer-evaluation/](http://www.degeval.de/publikationen/standards-fuer-evaluation/) [Stand: 2017-02-20]
- Ellert, U./Kurt, B. M. (2004): Methodische Betrachtungen zu den Summenscores des SF-36 anhand der erwachsenen bundesdeutschen Bevölkerung. In: *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 47: 1027- 32
- Field, A. (2013): *DISCOVERING STATISTICS USING IBM SPSS STATISTICS*, London: Sage

- Flick, U. (2015): Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, U./v. Kardoff, E./Steinke, I. (Hrsg.) (2015): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl. Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag, 252-264
- Forsman, A. K./Nordmyr, J./Matosevic, T./Park, A. L./Wahlbeck, K./Mc Daid, D. (2017): Promoting mental wellbeing among older people: technology-based interventions. In: *Health Promot Int*, 30
- Gaidys, U./Begerow, A. (2016): Evaluationskonzept AGQua Aktive und Gesunde Quartiere Uhlenhorst und Rübenkamp. Hamburg: internes Dokument der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Department Pflege und Management (unveröffentlicht)
- Gale, C. R./Dennison, E. M./Cooper, C./Sayer, A. A. (2011): Neighbourhood environment and positive mental health in older people: the Hertfordshire Cohort Study. In: *Health Place*, 17, 867-74
- Gallant, Z./Nicolson, R. I. (2017): „Cerebellar Challenge“ for Older Adults: Evaluation of a Home-Based Internet Intervention. In: *Front Aging Neurosci*, 9
- Gao, J./Weaver, S. R./Fu, H./Jia, Y./Li, J. (2017): Relationships between neighborhood attributes and subjective well-being among the Chinese elderly: Data from Shanghai. In: *Biosci Trends*, 11, 516-523
- Keller, D. (2016): Multiple Lineare Regression mit SPSS/IBM. URL: <https://statistik-und-beratung.de/wp-content/uploads/2016/01/E-Book-Multiple-Lineare-Regressin-mit-SPSSIBM.pdf> [Stand: 2017-12-05]
- Kreienbrock, L./Pigeot, I./Ahrens, W. (2012): *Epidemiologische Methoden*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Khalaila, R./Vitman-Schorr, A. (2018): Internet use, social networks, loneliness, and quality of life among adults aged 50 and older: mediating and moderating effects. In: *Qual Life Res*, 27, 479-489
- Kleibel, V./Mayer, H. (2011): *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandel AG
- Lincoln, Y. S./Guba, E. G. (1985): *Naturalistic Inquiry*. London: Sage
- Lum, T. Y. S./Lou, V. W. Q./Chen, Y./Wong, G. H. Y./Luo, H./Tong, T. L. W. (2016): Neighborhood Support and Aging-in-Place Preference Among Low-Income Elderly Chinese City-Dwellers. In: *The Journals of Gerontology: Series B*, 71, 98-105
- Marquet, O./Miralles-Guasch, C. (2015): Neighbourhood vitality and physical activity among the elderly: The role of walkable environments on active ageing in Barcelona, Spain. In: *Social Science & Medicine*, 135, 24-30
- Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*, Weinheim: Beltz Verlag, 83-85
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse- Grundlagen und Techniken*. 12., aktualisierte und überarb. Aufl., Weinheim: Beltz Verlag
- Murayama, H./Nofuji, Y./Matsuo, E./Nishi, M./Taniguchi, Y./Fujiwara, Y./Shinkai, S. (2015): Are neighborhood bonding and bridging social capital protective against depressive mood in old age? A multilevel analysis in Japan. In: *Soc Sci Med*, 124, 171-9
- Oswald, F./Konopik, N. (2015): Impact of out-of-home activities, neighborhood and urban-related identity on well-being in old age. In: *Z Gerontol Geriatr*, 48, 401-7
- Pedrozo Campos Antunes, T./Souza Bulle de Oliveira, A./Hudec, R./Brusque Crocetta, T./Ferreira De Lima Antao, J. Y./De Almeida Barbosa, R. T./Guarnieri, R./Massetti, T./Garner, D. M./De Abreu, L. C. (2019): Assistive technology for communication of older adults: a systematic review. In: *Aging Ment Health*, VOL. 23, NO. 4, 417-427
- Ramsenthaler, C. (2013): *Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse“*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Statista. (2015): Das Statistikportal. Einwohnerzahlen. URL: <https://de.statista.com> [Stand: 2017-11-01]
- Statistisches Bundesamt (2015): Destatis. Pflegestufen. URL: [www.destatis.de](http://www.destatis.de) [Stand: 2017-11-01]
- Statistisches Bundesamt (2017): Pressemitteilung. Knapp 2,9 Millionen Pflegebedürftige im Dezember 2015. URL: [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17\\_017\\_224.html;jsessionid=4DF0A2A84B42CD748882C4DF5B23BDD9.cae3](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_017_224.html;jsessionid=4DF0A2A84B42CD748882C4DF5B23BDD9.cae3) [Stand: 2017-03-05]
- Toma, A./Hamer, M./Shankar, A. (2015): Associations between neighborhood perceptions and mental well-being among older adults. In: *Health Place*, 34, 46-53

- Tsai, T. H./Chang, H. T./Chen, Y. J./Chang, Y. S. (2017): Determinants of user acceptance of a specific social platform for older adults: An empirical examination of user interface characteristics and behavioral intention. In: PLoS One, 12
- v. Mandelsloh, F./Begerow, A./Morciniec, D./Gaidys, U. (2018): Basiserhebungen zur Prozessevaluation des Projektes „Aktive und Gesunde Quartiere Uhlenhorst und Rübenkamp-AGQua“. Kongress f. Pflegeforschung (Forschungswelten), St. Gallen, URL: [www.forschungswelten.info/programm2018.pdf](http://www.forschungswelten.info/programm2018.pdf) (Stand: 2020-08-20)
- v. Mandelsloh, F./Begerow, A./Morciniec, D./Gaidys, U. (2018): Baseline inquiries for the Nursing Science Evaluation of the AGQua Project. 1th International Conference of German Society of Nursing Science: Berlin
- v. Mandelsloh, F./Begerow, A./Morciniec, D./Gaidys, U. (2018): Erste Ergebnisse zur Prozessevaluation des Projektes AGQua. CCG Forschungstag. Department Pflege und Mangement. HAW Hamburg.
- Wahl, H. W./Kricheldorf, C./Hedtke-Becker, A. (2018): Technology for vulnerable older adults and their relatives : Possibilities and limits, In: Z Gerontol Geriatr. 2018 Jan;51(1):1-2. doi: 10.1007/s00391-017-1362-8
- Wen, T. N./Cheng, P. L./Chang, P. L. (2017): Evaluate the Usability of the Mobile Instant Messaging Software in the Elderly. In: Stud Health Technol Inform, 245, 818-822
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22, URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>. [Stand: 2019-07-15]
- Wittkamp, N./Böhmman, T. (2016): Antrag auf Förderung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz für das Projekt AGQua Aktive und Gesunde Quartiere Uhlenhorst und Rübenkamp. Hamburg: internes Dokument der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Department Pflege und Management (unveröffentlicht)

*Franziska von Mandelsloh<sup>1</sup> M.Sc. Epidemiologie, B.Sc. Gesundheitswissenschaften*

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg), Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg  
Franziska.vonMandelsloh@haw-hamburg.de (Korrespondenz)

*Anke Begerow<sup>1</sup> M.Sc. APN, RN*

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg), Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg  
Anke.Begerow@haw-hamburg.de

*Prof. Dr. phil. Uta Gaidys, RN*

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg), Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg  
Uta.Gaidys@haw-hamburg.de

---

<sup>1</sup> gleichermaßen als Erstautorinnen beteiligt

Maren Wittek , Anna Kiefer, Birgit Kramer, Stefanie Wiloth

# Implementierung kommunaler Unterstützungsangebote –

## Determinanten der Implementierung von Maßnahmen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz

Implementation of communal support services – Determinants of the implementation of measures for caring relatives of people with dementia

Mostly, long-term implementation of support services for caring relatives (CR) of persons with dementia (PWD) fails to come true in communities. With the help of a literature review, this article aims to identify determinants regarding the continuation of support services for CR and their relatives with dementia and present them using the CFIR. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) of Damschroder et al. (2009) serves, among other things, the systematization of implementation processes. The systematic review of eight publications dealing with barriers and facilitators of measure implementation for pA of PWD in the community showed different determinants of a successful implementation, such as communication, motivation and assumption of responsibility. The identified barriers and facilitators could each be assigned to one of the five levels of the CFIR (Individuals involved, internal context, external context, innovation to be introduced, implementation process) or rather to one of their subcategories. The present article thus provides communal institutions a systematic overview of determinants and enables them to implement and reflect support services more efficiently.

### Keywords

Implementation, community, caring relatives, dementia, support

In Kommunen fehlt häufig eine langfristige Implementierung von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige (pA) von Menschen mit Demenz (MmD). Ziel dieser Arbeit ist es mit Hilfe einer Literaturübersicht, Determinanten einer Verstetigung von Unterstützungsangeboten für pA und ihre Angehörigen mit Demenz in der Kommune zu identifizieren und mit Hilfe des CFIR darzustellen. Das Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) von Damschroder et al. (2009) dient u.a. der Systematisierung von Implementierungsprozessen. Die systematische Aufbereitung von acht Publikationen, die sich mit Barrieren und Förderfaktoren der Maßnahmenimplementierung für pA von MmD in der Kommune beschäftigen, zeigte unterschiedliche Determinanten einer erfolgreichen Implementierung wie bspw. Kommunikation, Motivation und Verantwortungsübernahme. Die identifizierten Barrieren und Förderfaktoren konnten jeweils einer der fünf Ebenen des CFIR (Involvierte Individuen, interner Kontext, externer Kontext, einzu-führende Neuerung, Implementierungsprozess) bzw. deren Subkategorien zugeordnet werden.. Der vorliegende Beitrag ermöglicht kommunalen Institutionen somit eine systematische Übersicht von Determinanten und hilft Unterstützungsangebote effizienter zu implementieren sowie zu reflektieren.

eingereicht 29.01.2021  
akzeptiert 19.07.2021

## Schlüsselwörter

Implementierung, Kommune, pflegende Angehörige, Demenz, Unterstützung

## 1. Einleitung

In Deutschland leben derzeit ca. 1,7 Mio. MmD. Jährlich kommen mehr als 300.000 Neuerkrankungen dazu (DALzG 2018). Ca. zwei Drittel der Menschen mit Demenz werden zu Hause von einem Familienmitglied versorgt (Statistisches Bundesamt 2018). Damit sind pA eine tragende Säule im deutschen Pflegesystem. Hierdurch wird die Relevanz ihrer Unterstützung deutlich (Blome et al. 2018). Die Versorgung eines MmD in der Häuslichkeit kann wegen den mit der Krankheit einhergehenden Symptomen für die betreuenden Familienmitglieder als besonders belastend erlebt werden (Frewer-Graumann 2020). Dies wirkt sich häufig negativ auf die Gesundheit sowie auf den Alltag pA aus (Kruse 2017; Rothgang et al. 2018).

Zahlreiche Studien zeigen, dass durch entsprechende Unterstützung das Wohlbefinden und die Lebensqualität von pA und MmD verbessert werden kann (Cooper et al. 2012 ; Safavi et al. 2019). Mit der Schaffung von Möglichkeitsräumen zur Entwicklung sowie Implementierung professioneller, aber auch zivilgesellschaftlicher Unterstützungs- und Versorgungsformen für pA werden im Rahmen des siebten Altenberichts des deutschen Bundestages die Kommunen beauftragt (Blome et al. 2018; Deutscher Bundestag 2016). Derzeit werden in vielen Kommunen Studien und Projekte durchgeführt, um vor allem die Lebensqualität pA zu stärken und sie in der Betreuung ihrer Angehörigen zu unterstützen (Forschungsverbund Zunkunftswerkstatt Demenz 2016; Holroyd-Leduc et al. 2017; Jensen et al. 2015). Obgleich dieser Forschungsbereich als sinnvoll angesehen wird, bleibt eine langfristige Implementierung dieser Angebote aus unterschiedlichen Gründen, wie etwa limitierte Projektförderungen, häufig aus (von Lützu-Hohlbein 2017). Für die Umsetzung der im siebten Altenbericht geforderten Maßnahmen ist deshalb unter anderem eine Übersicht über die Rolle der beteiligten Akteure und der den Implementierungsprozess beeinflussenden Determinanten notwendig (Deutscher Bundestag 2016).

Für die erfolgreiche Einführung einer (evidenzbasierten) Intervention in die „Regelversorgung“, bedarf es adäquater Vorgehensweisen im Implementierungsprozess (Greenhalgh et al. 2005; Hoben 2015b). Es gibt unterschiedliche Strategien und Theorien, um den Implementierungsprozess zu gestalten und zu steuern (Damschroder et al. 2009; Grol et al. 2013; Hoben et al. 2015). Der vorliegende Beitrag greift auf das „Consolidated Framework for Implementation Research“ (CFIR) von Damschroder et al. (2009) zurück. Es wird dabei insbesondere Bezug auf die Adaptation und Operationalisierung des CFIR an Implementierungsprozesse der Pflege und Gerontologie von Hoben (2015) Bezug genommen (s. Tabelle 1) (Hoben 2015a).

Das CFIR dient der Darstellung und Synthese von Ergebnissen sowie Einflussfaktoren des Implementierungserfolges, also der Wirksamkeit einer Intervention unter Einbezug einzelner Implementierungsfaktoren wie bspw. Akzeptanz, Nachhaltigkeit o. Ä.



| <i>Ebene</i>                       | <i>Subkategorie</i>   |
|------------------------------------|---|
| Involvierte Individuen             | Praxisakteure: Wissen und Überzeugungen bzgl. der zu implementierenden Innovation |
|                                    | Praxisakteure: Selbstwirksamkeitsüberzeugungen                                    |
|                                    | Praxisakteure: Veränderungsphase, in der sich das Individuum befindet             |
|                                    | Praxisakteure: Individuelle Identifikation mit der Organisation                   |
|                                    | Praxisakteure: Verschiedene weitere Persönlichkeitsmerkmale                       |
|                                    | Forschende: Wert legen auf Relevanz   |
|                                    | Forschende: Vielfalt involvierter Disziplinen                                     |
|                                    | Forschende: Anzahl der Mitglieder   |
| Interner Kontext                   | Strukturelle Merkmale   |
|                                    | Netzwerke und Kommunikation   |
|                                    | Organisationskultur   |
|                                    | Bereitschaft und Fähigkeit zur Implementierung                                    |
| Externer Kontext                   | Bedürfnisse der Bewohner, Patienten oder Klienten                                 |
|                                    | Kosmopolitismus (Vernetzung)  |
|                                    | Gruppendruck  |
|                                    | Externe Regulationen und Anreizbedingungen  |
| Die zu implementierende Innovation | Relativer Nutzen  |
|                                    | Kompatibilität  |
|                                    | Komplexität   |
|                                    | Testbarkeit   |
|                                    | Beobachtbarkeit der Auswirkungen  |
|                                    | Herkunft/Quelle der Innovation  |
|                                    | Güte und Stärke der Evidenz   |
|                                    | Qualität des Designs und des Gesamtpakets   |
|                                    | Kosten  |
| Adaptierbarkeit                    |   |
| Der Implementierungsprozess        | Planung   |
|                                    | Motivation und Einbindung   |
|                                    | Planmäßige Durchführung   |
|                                    | Reflexion und Evaluation  |

Tab. 1: Ebenen & Subkategorien des CFIR (Damschroder et al. 2009; Hoben 2015a)

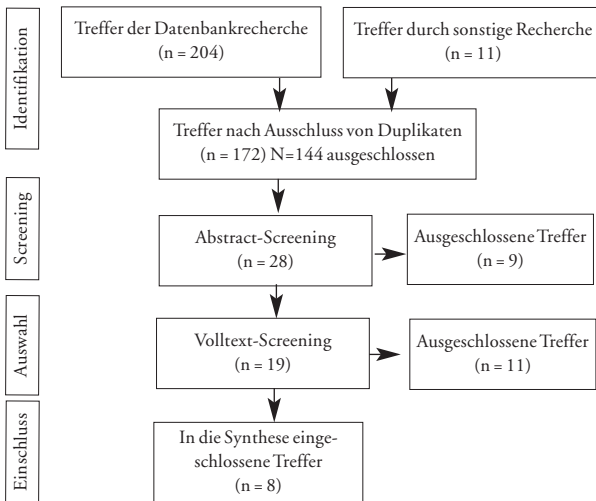
(Proctor et al. 2011) auf unterschiedlichen Ebenen. Deshalb eignet sich das CFIR besonders gut für die Strukturierung von Determinanten der Implementierung von Unterstützungsangeboten für pA von MmD in der Kommune (Damschroder et al. 2009). Christie et al. (2018) wendeten das CFIR bspw. für die Implementierung von eHealth Interventionen an. Das Framework beschreibt fünf Ebenen (s. Tabelle 1), denen förderliche und hinderliche Faktoren des Implementierungsprozesses zugeordnet werden können (Damschroder et al. 2009).

Ziel des vorliegenden Beitrags ist, die aktuelle Forschungsliteratur hinsichtlich der Determinanten der Implementierung von Unterstützungsangeboten für pA von MmD in der Kommune unter Anwendung des CFIR systematisch darzustellen. Fokussiert werden hierbei Determinanten aus der Perspektive der beteiligten Akteure aus der Kommune. Die vorliegende Arbeit möchte damit die Umsetzung wissenschaft-

licher Erkenntnisse für die Praxis des Implementierungsprozesses in den Kommunen fördern und Akteure aus der Kommune in ihrer Arbeit unterstützen.

## 2. Methodik

Zunächst wurde eine systematisierte Literaturrecherche (s. Abbildung 1) mit Fokus auf (systematischen) Übersichtsarbeiten, Fallstudien, Implementierungsstudien und RCTs in deutscher und englischer Sprache der letzten 15 Jahre durchgeführt, die sich mit der Analyse der Implementierungsprozesse kommunaler Maßnahmen für pA von MmD beschäftigen (Moher et al. 2009). Die Recherche in den Datenbanken Pubmed, CINAHL, PsychINFO und google scholar sowie die Sichtung von Universitätskatalogen



Eigene Darstellung in Anlehnung an Moher et al. (2009)

Abb. 1: Flowchart des Vorgehens bei der Literaturrecherche

erbrachten hierbei nationale sowie internationale Suchergebnisse (s. Tabelle 2). Für die elektronische Datenbanksuche wurden vorab die folgenden Stichworte nach Absprache im Autorinnenteam definiert:

- implementation, Alzheimers, Dementia, caregivers, family members, relatives, informal caregivers, community, barriers, obstacles, challenges, enablers, factors, facilitators.

- Implementierung, Alzheimer, Demenz, pflegende Angehörige, Familienmitglied, Verwandte, informell Pflegende, Kommune, Barrieren, Hindernisse, Herausforderungen, Förderfaktoren, Faktoren.

Die identifizierten Publikationen wurden im Autorinnenteam hinsichtlich der folgenden, im Voraus festgelegten, Ein- und Ausschlusskriterien diskutiert:

(systematische) Übersichtsarbeiten, Fallstudien, Implementierungsstudien und RCTs

- in deutscher oder englischer Sprache
- der letzten 15 Jahre
- Thematisierung/Evaluation der Implementierung einer Maßnahme für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in der Kommune (nicht ausschließlich des ländlichen Bereichs und nicht ausschließlich personalisierte/ individuelle Interventionen)
- Ausschluss von Publikationen, die sich ausschließlich mit Maßnahmen der professionellen Pflege oder stationären Pflege beschäftigen

|   | <i>Autor_innen</i>          | <i>Land</i>                      | <i>Studiendesign/<br/>Methode</i>  | <i>Thematik</i>  | <i>Ziel*</i>   |
|---|-----------------------------|----------------------------------|--|--|--|
| 1 | Bayly et al. (2018)         | Australien                       | Longitudinale, multiple Fallstudie   | Anstellung eines „knowledge broker“ zur Implementierung von „Integrated knowledge translation (iKT)“ in der Versorgung von MmD                   | Ermittlung von Faktoren, die die Entwicklung und Implementierung von iKT-Strategien in der Versorgung von MmD fördern/behindern.   |
| 2 | Callahan et al. (2014)      | USA                              | Review   | Modelle zur Unterstützung von MmD/ pA & Implementierungsprozesse   | Zusammenfassung von Barrieren bei der Implementierung von Versorgungsmodellen für MmD.   |
| 3 | Holroyd-Leduc et al. (2017) | Kanada                           | Integrierter Wissenstransfer   | Meetings, in denen Publikationen über Maßnahmen zur Unterstützungssituation pA diskutiert werden   | Bündelung von Lücken, Barrieren und Förderfaktoren für die Implementierung von Unterstützungsangeboten für pA u.a. von MmD.  |
| 4 | Khanassov et al. (2014)     | Kanada                           | Systematisches „Mixed Studies“ Review  | Case Manager für MmD   | Identifikation der Beziehungen zwischen den Outcomes des Case Managements für MmD und den Barrieren dessen Implementierung.  |
| 5 | Mangiaracina et al. (2017)  | Niederlande (UK/ Italien/ Polen) | Implementierungsprozess, Mix aus qualitativen Methoden und multiplen Fallstudien   | „Meeting Centres Support Programme“ für MmD und ihre pA im internationalen Vergleich   | Untersuchung von Faktoren, die die Implementierung und die Wirksamkeit des Implementierungsprozesses von sog. Meeting Centern für MmD und pA beeinflussen.                       |
| 6 | Reichert et al. (2016)      | Deutschland                      | Evaluation, Mix aus quantitativen & qualitativen Methoden  | Mobile Demenzberatung  | Untersuchung von Konzeption und Implementierung der mobilen Demenzberatung hinsichtlich den Bedarfen der Zielgruppen sowie einer langfristigen Umsetzung in die Regelversorgung. |
| 7 | Renehan et al. (2017)       | Australien                       | Bildung von Experten_innen- und Referenzgruppen & systematische Literaturübersicht & qualitative Evaluation von bestehenden Modellen | Frameworks für Hauptverantwortliche in der Unterstützung von pA/ MmD/ Pflegenden in der Kommune  | Entwicklung und Beschreibung eines Frameworks für Hauptverantwortliche in der Unterstützung von pA/ MmD/ Pflegenden in der Kommune.  |
| 8 | Stevens et al. (2009)       | USA                              | Vorstellung der Implementierung eines Modells für pA von MmD „Support Teams for Caregivers“  | Verbindung der Intervention REACH II mit dem Support Team Network (Netzwerk Ehrenamtlicher) zu einem sog. „Support Team for Caregivers“ von MmD. | Vorstellung eines Implementierungsmodells sowie des Programms „Support Teams for Caregivers“ für pA von MmD und Präsentation einer Fallstudie.                                   |

\*Anmerkung: In dieser Spalte wird das Ziel der jeweiligen Publikation genannt, das im (engsten) Zusammenhang mit der Implementierung von Unterstützungsangeboten für pA von MmD in der Kommune steht.

**Tab. 2: Eingeschlossene Publikationen**

- Ausschluss von Publikationen, die eine Maßnahme evaluieren und nicht die Implementierung der Maßnahme

Im Anschluss an die Literaturrecherche und die Durchsicht von Titeln, Abstracts und Volltexten wurden die Implementierungsdeterminanten von Interventionen der relevanten Publikationen vom Autorinnenteam extrahiert und nach Absprache und Diskussion den fünf Ebenen des CFIRs sowie den jeweiligen Subkategorien (s. Tabelle 1) zugeordnet (Damschroder et al. 2009; Hoben 2015a). Für die Extraktion und Zuordnung hat eine in Anlehnung an den nominalen Gruppenprozess Konsensfindung stattgefunden (IQWiG n. a.). Es wurden die folgenden Daten extrahiert: Autor\_innen, Jahr, Land, Ziel, Studiendesign, Thematik (s. Tabelle 2).

### 3. Ergebnisse

Der Rechercheprozess ergab acht Publikationen, welche sich mit Implementierungsdeterminanten von kommunalen Unterstützungsangeboten für pA von MmD auseinandersetzen.

Tabelle 3 beschreibt die Zuordnung der jeweiligen Determinanten der Implementierung einer Intervention für pA von MmD in der Kommune zu den Ebenen und Subkategorien des CFIRs. In den folgenden Abschnitten wird die Zuordnung der Determinanten zu den einzelnen Ebenen sowie Subkategorien erläutert.

#### 3.1 Ebene 1: Merkmale involvierter Individuen

Im Bereich des *Wissens und der Überzeugungen*<sup>1</sup> von Praxisakteuren bzgl. der zu implementierenden Innovation werden regelmäßige Schulungen der Beteiligten als förderlich bzw. mangelhafte Schulungen und Ausbildungen im Bereich Pflege und Demenz als hinderlich von den Autor\_innen angesehen (Khanassov et al. 2014; Reichert et al. 2016; Renehan et al. 2017; Stevens et al. 2009).

Den Studien zur Folge ist Enthusiasmus ein Merkmal, das sich positiv auf eine Implementierung auswirkt, da man bspw. das Ziel verfolgt, die Lebensqualität des MmD und der pA zu verbessern (Mangiaracina et al. 2017). Dieser Punkt kann der Kategorie *verschiedene weitere Persönlichkeitsmerkmale* der Ebene 1 zugeordnet werden.

#### 3.2 Ebene 2: Merkmale des internen Kontextes

Der interne Kontext beinhaltet unter anderem die Subkategorie der strukturellen Merkmale. Hierunter ist die Struktur der Organisation/Institution zu verstehen, in der die Implementierung stattfindet (Hoben 2015a). „Struktur“ meint sowohl Anzahl und Verantwortungsbereiche der in der Organisation tätigen Individuen und Gruppen, als auch die Stabilität des Personalgefüges (Hoben 2015a). Hierbei erweist es sich laut einiger Studienergebnisse als förderlich, wenn sich unter den in die Implementierung involvierten Personen eine hauptverantwortliche als Ansprechpartner\_in bspw. für mögliche Unklarheiten im Prozessablauf fungierende Person befindet (Bayly et al. 2018; Mangiaracina et al. 2017; Reichert et al. 2016). Diese Person kann bspw. ein\_e Projektmanager\_in sein, die den gesamten Implementierungsprozess überblickt oder auch ein\_e Hauptverantwortliche\_r für die Steuerung und Durchführung der jeweiligen Intervention (Mangiaracina et al. 2017; Reichert et al. 2016). Weiter sollten zusätzlich zu hauptamtlich Tätigen freiwillig Engagierte, Vertreter\_innen der Zielgruppe, also pA und MmD sowie allgemein interdisziplinäre Akteure in die Durchführung der Intervention eingebunden werden (Bayly et al. 2018; Reichert et al. 2016; Stevens et al. 2009). Freiwillig Engagierte können Hauptamtliche bspw. in ihrer Tätigkeit bei Bera-

<sup>1</sup> In der folgenden Ergebnisdarstellung werden die Bezeichnungen der jeweiligen Subkategorien der fünf Ebenen des CFIRs kursiv geschrieben, um sie kenntlich zu machen.

| Ebene                              | Subkategorie  | Zugeordnete Determinante – Förderfaktoren   | Zugeordnete Determinante – Barrieren   |
|------------------------------------|---|---|--|
| Involvierte Individuen             | Praxisakteure: Wissen und Überzeugungen bzgl. der zu implementierenden Innovation | regelmäßigen Schulungen der Beteiligten (6-8)   | Eine mangelhafte Ausbildung und Schulung im Bereich Pflege und Demenz (4,6)  |
|                                    | Praxisakteure: Verschiedene weitere Persönlichkeitsmerkmale                       | Enthusiasmus (5)  | X  |
| Interner Kontext                   | Strukturelle Merkmale   | hauptverantwortliche, als Ansprechpartner_in fungierende Person (1,5,6)<br>freiwillig Engagierte (6,8)<br>Interdisziplinäre Akteure (1,2)<br>Einbezug der Zielgruppe (8)  | Vielfalt an Akteuren mit jeweils individuellen finanziellen, kulturellen oder auch technischen Gegebenheiten (2)<br>undefinierte Zuständigkeiten (4)<br>häufiger Personalwechsel (4) |
|                                    | Netzwerke und Kommunikation   | vertrauensvolle & partnerschaftliche Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure (8)<br>intensive Zusammenarbeit (1,7)<br>reguler Austausch (1,7)<br>Entstehung & Pflege von Netzwerken (1,4,6,7)<br>Angemessene Sprache (8) | digitale Kommunikation (1)<br>Mangel- bzw. lückenhafte Kommunikation (4)   |
|                                    | Organisationskultur   | vertrauensvolle & partnerschaftliche Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure (8)<br>Übereinstimmung von Werten und Kultur unterschiedlicher beteiligter Institutionen (1)  | X  |
| Externer Kontext                   | Bedürfnisse der Bewohner, Patienten oder Klienten                                 | barrierefreie Nutzung (3)   | Individualität der Bedürfnisse der pA und der MmD (1)  |
|                                    | Kosmopolitismus (Vernetzung)  | Netzwerkarbeit (7)<br>Kooperationen (7)   | (örtliche) Trennung der Beteiligten (4)<br>Wettbewerb (5)  |
|                                    | Externe Regulationen und Anreizbedingungen  | Transparenz (6)   | Ressourcenlimitationen (z.B. Zeit/ Geld) (1, 4-6,8)<br>mangelnde Integration der Intervention in das Gesundheitssystem/-versorgung (4,5)   |
| Die zu implementierende Innovation | Relativer Nutzen  | kostenfreie Nutzung (6)   | X  |
|                                    | Komplexität   | barrierefreie Nutzung (3)   | X  |
|                                    | Testbarkeit   | Nachweis von Alltagstauglichkeit (6-8)<br>Nachweis von Wirksamkeit (5,7)  | X  |
|                                    | Herkunft/Quelle der Innovation  | von Expert_innen entwickelt (5)   | X  |
|                                    | Güte und Stärke der Evidenz   | Regelmäßige Überprüfung & Evaluation (1, 6-8)   | Regelmäßige Überprüfung & Evaluation (6)   |
|                                    | Adaptierbarkeit   | Anpassung der Intervention an Bedürfnisse der pA von MmD (3,5,6)<br>Adaptation an Strukturen der Kommune (6,8)  | X  |
| Der Implementierungsprozess        | Planung   | (langfristige) Planung (5)  | X  |
|                                    | Motivation und Einbindung   | hauptverantwortliche, als Ansprechpartner_in fungierende Person (1,5,6)<br>freiwillig Engagierte (6,8)<br>Einbezug der Zielgruppe (8)   | X  |
|                                    | Planmäßige Durchführung   | Klarer stufenförmiger Prozess (5)<br>regelmäßige Schulungen der Beteiligten (6-8)<br>Verwendung eines Frameworks/Modells (7)  | X  |
|                                    | Reflexion und Evaluation  | Evaluation (8)  | X  |

- Die recherchierten Publikationen enthalten keine Determinanten aus dem CIFR, die den folgenden Subkategorien zugeordnet werden können: Involvierte Individuen – Selbstwirksamkeitsüberzeugung/Veränderungsphase, in der sich das Individuum befindet/ Individuelle Identifikation mit der Organisation/Wert legen auf Relevanz/Vielfalt involvierter Disziplinen/Anzahl der Mitglieder; Externer Kontext – Gruppendruck; Die zu implementierende Innovation – Kompatibilität/Beobachtbarkeit der Auswirkungen/Qualität des Designs und des Gesamtpakets/Kosten. Zur verbesserten Übersichtlichkeit werden diese Subkategorien nicht in der Tabelle aufgeführt.

- 1. Bayly et al. (2018); 2. Callahan et al. 2014; 3. Holroyd-Leduc et al. (2017); 4. Khanassov et al. (2014); 5. Mangiaracina et al. (2017); 6. Reichert et al. 2016; 7. Renehan et al. (2017); 8. Stevens et al. (2009)

**Tab. 3: Zuordnung der Determinanten zu Ebenen & Subkategorien des CIFR**

tungseinsätzen unterstützen, pA und MmD wie auch Akteure unterschiedlichster Disziplinen können u. a. in die Entwicklung von Interventionen einbezogen werden, um persönliche Erfahrungen, Bedarfe etc. in die Entwicklung von Unterstützungsmaßnahmen einbeziehen zu können (Reichert et al. 2016; Stevens et al. 2009). Dagegen kann die Vielfalt an Akteuren mit jeweils individuellem kulturellem Hintergrund und unterschiedlichen finanziellen Ressourcen oder auch technischen Gegebenheiten, ungeklärte Zuständigkeiten sowie häufiger Personalwechsel die Implementierung von Unterstützungsangeboten in der Kommune erschweren (Callahan et al. 2014); Khanassov et al. 2014).

*Netzwerke und Kommunikation* ist eine weitere Kategorie der Ebene zwei des CFIRs. Eine vertrauensvolle, partnerschaftliche und intensive Zusammenarbeit, reger Austausch, eine angemessene Sprache sowie die Entstehung und Pflege von Netzwerken zählen die meisten der eingeschlossenen Studien zu den Förderfaktoren (Bayly et al. 2018; Khanassov et al. 2014; Mangiaracina et al. 2017; Reichert et al. 2016; Renehan et al. 2017; Stevens et al. 2009). Eine mangel- bzw. lückenhafte Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren bspw. zwischen dem\_r Hausarzt\_in und der Leitung einer Demenzgruppe kann, laut Khanassov et al. (2014) dazu führen, dass Ziele zur Optimierung der Versorgung pA und MmD nicht in der vorgesehenen Zeit bzw. gar nicht erreicht werden können (Khanassov et al. 2014). Bayly et al. (2018) äußerten diesbezüglich Kritik an digitalen Kommunikationsmöglichkeiten, da es hierbei des Öfteren zu Missverständnissen kommt oder Inhalte nicht wahrgenommen werden bspw. im Fall ungelesener E-Mails.

In Bezug auf die *Organisationskultur* wirken sich eine vertrauensvolle und partnerschaftliche Zusammenarbeit der unterschiedlichen involvierten Akteure positiv auf die Implementierung von Interventionen aus, wie bspw. auf die Implementierung der „Support Team for Caregivers“-Intervention von Stevens et al. (2009). Ebenso wird die Relevanz der Übereinstimmung von Werten und Kultur unterschiedlicher beteiligter Institutionen als Förderfaktor genannt (Bayly et al. 2018).

### 3.3 Ebene 3: Merkmale des externen Kontextes

Für die Ebene des externen Kontextes konnten zu den Subkategorien *Bedürfnisse der Bewohner, Patienten oder Klienten*, *Kosmopolitismus* (Vernetzung) und *Externe Regulationen und Anreizbedingungen* Determinanten aus der recherchierten Literatur zugeordnet werden. Bei den Bedürfnissen der Zielgruppe wirken sich eine barrierefreie Nutzung positiv auf die Implementierung aus (Holroyd-Leduc et al. 2017). Die Individualität der Bedürfnisse von pA und MmD erschwert den Implementierungsprozess, da sie ebenso eine Individualität in der Versorgung bedingt (Bayly et al. 2018).

In Bezug auf die *Vernetzung* werden eine umfangreiche Netzwerkarbeit sowie Kooperationen der beteiligten Akteure als Förderfaktor von Renehan et al. (2017) genannt. Eine (örtliche) Trennung der Beteiligten wird dagegen von einigen Autor\_innen als hinderlich angesehen (Khanassov et al. 2014). Ebenso kann ein Wettbewerb

zwischen unterschiedlichen Institutionen wie zwischen einem Pflegedienst und einer Tagespflege im Gegensatz zu einer Kooperation die Implementierung behindern (Mangiaracina et al. 2017).

Eine mangelnde Integration der Intervention in das Gesundheitssystem und die Versorgung spielen in der Subkategorie *Externe Regulationen und Anreizbedingungen* des CFIR eine bedeutsame Rolle und stellen eine Barriere für einen erfolgreichen Implementierungsprozess dar (Khanassov et al. 2014; Mangiaracina et al. 2017). Nahezu jede der eingeschlossenen Publikationen nennt Ressourcenlimitationen als Barriere bei der Implementierung einer Intervention (Bayly et al. 2018; Khanassov et al. 2014; Mangiaracina et al. 2017; Reichert et al. 2016; Stevens et al. 2009). Hierzu zählen personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen (Bayly et al. 2018; Khanassov et al. 2014; Mangiaracina et al. 2017; Reichert et al. 2016; Stevens et al. 2009). Dagegen ist die Transparenz nach außen in Bezug auf Trägerschaften, Kooperationen, gesteckte Ziele uvm. ein wichtiger Erfolgsfaktor (Reichert et al. 2016).

### 3.4 Ebene 4: Merkmale der einzuführenden Neuerung

Eine kostenfreie Nutzung der Angebote für pA von MmD werden als Förderfaktoren genannt und können der Subkategorie *Relativer Nutzen* zugeordnet werden (Reichert et al. 2016).

Dem Bereich der *Komplexität* der einzuführenden Neuerung kann die von Holroyd-Leduc et al. (2017) genannte barrierefreie Nutzung als förderlicher Faktor zugeordnet werden.

Für die *Testbarkeit* der einzuführenden Neuerung ist es laut einiger Autor\_innen von Vorteil, wenn eine Alltagstauglichkeit sowie eine Wirksamkeit nachgewiesen werden kann (Bayly et al. 2018; Mangiaracina et al. 2017; Reichert et al. 2016; Renehan et al. 2017; Stevens et al. 2009).

Ebenso ist es bzgl. der *Herkunft/Quelle der Innovation* förderlich, wenn die Intervention von Expert\_innen entwickelt wurde (Mangiaracina et al. 2017).

Einige Auor\_innen bezeichnen es als Vorteil, Reichert et al. u. a. auch als Nachteil, die zu implementierende Intervention regelmäßig zu überprüfen und zu evaluieren (Bayly et al. 2018; Reichert et al. 2016; Renehan et al. 2017; Stevens et al. 2009). Der Nachteil bestünde im Aufwand, der im Zusammenhang mit der Evaluation entsteht (Reichert et al. 2016). Der Vorteil in der Möglichkeit der Optimierung der Intervention (Bayly et al. 2018; Reichert et al. 2016; Renehan et al. 2017; Stevens et al. 2009). Die Evaluation ist der Subkategorie *Güte und Stärke der Evidenz* zuzuordnen (s.o.).

Im Rahmen der *Adaptierbarkeit* des zu implementierenden Unterstützungsangebots spielt die Anpassung der Intervention an die Bedürfnisse der pA von MmD sowie an die Strukturen der Kommune eine große Rolle (Holroyd-Leduc et al. 2017; Mangiaracina et al. 2017; Reichert et al. 2016; Stevens et al. 2009).

### 3.5 Ebene 5: Merkmale des Implementierungsprozesses

Die Notwendigkeit langfristiger *Planung* kann der gleichnamigen Subkategorie Planung zugeordnet werden (Mangiaracina et al. 2017).

Die folgenden zwei Aspekte sind der Subkategorie *Motivation & Einbindung* zuzuordnen. Die Ergebnisse mehrerer eingeschlossener Studien benennen es als vorteilhaft für den Implementierungsprozess, wenn sich (1) unter den in die Implementierung involvierten Personen eine hauptverantwortliche, als Ansprechpartner\_in fungierende Person befindet (Bayly et al. 2018; Callahan et al. 2014; Mangiaracina et al. 2017; Reichert et al. 2016). Dieser Aspekt wurde bereits dem internen Kontext zugeordnet und entspricht somit beiden Ebenen. Weiter sollten (2) zusätzlich zu hauptamtlich Tätigen freiwillig Engagierte sowie Vertreter\_innen der Zielgruppe in die Durchführung der Intervention eingebunden werden (Stevens et al. 2009).

Der Subkategorie *planmäßige Durchführung* kann die von einigen Autor\_innen empfohlene Verwendung eines Frameworks/Modells und eines stufenförmigen Prozesses für die Implementierung zugeordnet werden (Mangiaracina et al. 2017; Reichert et al. 2016; Renehan et al. 2017; Stevens et al. 2009). Des Weiteren sollten regelmäßige Schulungen der Beteiligten durchgeführt werden (Reichert et al. 2016; Renehan et al. 2017; Stevens et al. 2009).

Im Bereich der *Reflexion und Evaluation* gilt laut einiger der eingeschlossenen Studien die Notwendigkeit der Durchführung von Evaluationen als förderlich (Stevens et al. 2009).

## 4. Handlungsempfehlungen und Diskussion

Für die hier mit Hilfe des CFIR systematisch aufbereiteten Determinanten gilt, dass förderliche Faktoren, wenn möglich beibehalten bzw. übernommen und hinderliche Faktoren angegangen bzw. eliminiert werden müssen. Demnach sollten in der Praxis für hinderliche Faktoren zunächst Lösungswege entwickelt werden, um den Kommunen die Implementierung von Unterstützungsangeboten zu erleichtern. Schönemann-Gieck und Weber (2016) bestätigen im Rahmen des Versorgungskonzeptes „GeRe-Net.Wi“ diese Vorgehensweise. Um einen Implementierungserfolg zu gewährleisten, wurden „potentielle Umsetzungsbarrieren [wurden] von vorneherein in die Maßnahmenentwicklung mit einbezogen [...]“ (Schönemann-Gieck et al. 2016, S. 337). Auch Berendonk et al. (2016) empfehlen die Entwicklung eines Implementierungskonzeptes für den Transfer von Interventionen in die Praxis. Ein solches Konzept setzt u. a. die Analyse von Einflussfaktoren auf die Implementierung voraus (Berendonk et al. 2016, S. 320). Für eine funktionierende Netzwerkarbeit empfehlen Reichert et al. (2016) bspw. eine intensive Kommunikation und Zusammenarbeit verschiedener Institutionen. Einen signifikanten Zusammenhang zwischen institutioneller Kommunikation und der Implementierung von patientenzentrierter Versorgung zeigte auch die Studie von Hower et al. (2020). Des Weiteren sollte zur Prävention eines Kommunikationsde-



fizits auf die Fachsprachen der Beteiligten geachtet werden, sodass alle, ob Ärzt\_innen, Wissenschaftler\_innen, Sozialarbeiter\_innen etc., ein gemeinsames Verständnis haben (Stevens et al. 2009). Damit Maßnahmen an die Versorgungsrealität pA von MmD optimal angepasst werden können, müssen diese möglichst früh in den Prozess einbezogen werden (Reichert et al. 2016). Das National Institute for Health Research (NIHR) hat diesbezüglich sog. „Briefing notes“ veröffentlicht, in denen auf die Relevanz des Einbezugs der Zielgruppe hingewiesen wird, um möglichst praxisnahe sowie bedürfnisorientierte Forschung zu betreiben (NIHR 2021). Im Rahmen der in dieser Arbeit betrachteten Publikationen wurde mehrfach die Notwendigkeit einer hauptverantwortlichen Person genannt. Bayly et al. (2018) haben hierzu einen sogenannten „Knowledge Broker“ für ihre Intervention eingesetzt. Auch in der Implementierungswissenschaft ist hinlänglich bekannt, dass die Führung und Leitung einer Implementierung ein essentieller Bestandteil des Gesamtprozesses ist (Damschroder et al. 2009). Das Verhalten der jeweiligen Führungsperson kann dementsprechend einen großen Einfluss auf den Implementierungserfolg haben (Greenhalgh et al. 2004). Die in diesem Beitrag dargestellten Ergebnisse sind vergleichbar mit den Ergebnissen der systematischen Übersichtsarbeiten von Lau et al. (2016) (Komplexe Interventionen der Primärversorgung) und Ross et al. (2016) (E-health), die sich ebenfalls mit Determinanten der Implementierung beschäftigen und diese mit Hilfe des CFIR darstellen. Auch hier werden Ressourcen, Schlüsselpersonen, das Wissen der Beteiligten sowie die Übereinkunft von gegebenen Strukturen und der Innovation als wichtige Implementierungsdeterminante beschrieben (Lau et al. 2016; Ross et al. 2016). Somit scheinen besonders diese Determinanten für die Implementierung unterschiedlicher Interventionen in unterschiedlichen Bereichen relevant und bedeutsam zu sein.

Damschroder et al. (2009) entwickelten das CFIR u. a. zur Erleichterung der Synthese von Forschungsergebnissen. Bei Betrachtung des Modells wird deutlich, dass diese Synthese gelingt, es jedoch schwierig werden wird mit dem CFIR einzelne Determinanten umfassend zu analysieren, wie bspw. die „Individualität der Zielgruppe“. Während unter anderem die Determinante „Finanzierung“ bzw. „Netzwerk“ bereits umfassend in der vom BMG 2012 geförderten DemNet-D-Studie bzgl. Demenznetzwerken erforscht wurde, gilt es in einem nächsten Schritt auch die anderen in diesem Beitrag thematisierten Determinanten umfangreich zu analysieren (Michalowsky et al. 2017). Des Weiteren wird in dem vorliegenden Beitrag deutlich, dass einzelne Subkategorien des CFIR bisher noch nicht in der Literatur betrachtet wurden. Hierzu zählen bspw. auf Forschende bezogene Subkategorien, einige der auf Praxisakteure bezogene Subkategorien, Bereitschaft und Fähigkeit zur Implementierung, Gruppendruck, Kompatibilität, Herkunft/Quelle der Innovation, Qualität des Designs und des Gesamtpakets, Kosten (vgl. Tabelle 1 und 3). Diese könnten somit Schwerpunkte für zukünftige Forschung darstellen. In dem Systematic Review über die Implementierung von E-Health beeinflussende Faktoren wurden 44 Studien eingeschlossen und ebenfalls das CFIR zur Strukturierung hinzugezogen, wobei bis auf Gruppendruck und Planmäßige Durchführung alle Subkategorien mit Hilfe der Literatur betrachtet wer-

den konnten (Ross et al. 2016). Diese Thematik scheint somit bereits intensiver beforscht.

Der vorliegende Beitrag liefert eine umfassende Darstellung von Determinanten der Implementierung von Unterstützungsangeboten in der Kommune für pA von MmD. Dennoch limitieren die Diversität sowie Internationalität der Interventionen, der kommunalen Arbeit sowie der Gesundheitssysteme die Aussagekraft der Ergebnisse. Die Struktur des jeweiligen Gesundheitswesens beeinflusst maßgeblich die Integration von Maßnahmen in den Gesundheitsmarkt oder auch die Kooperation und Ressourcenbereitstellung (Wendt 2006). Auch das Angebot von Online-Maßnahmen ist erheblich mit dem Internetausbau und dem Stadt-Land-Gefälle der jeweiligen Region verbunden (Tenzer 2020). Zwar wird dadurch die Vergleichbarkeit und Verallgemeinerung der hier dargestellten Barrieren und Förderfaktoren der Implementierung von Unterstützungsangeboten in der Kommune für pA von MmD erschwert, dennoch gelingt es in diesem Beitrag einen ersten Überblick über die bestehenden Determinanten zu geben und diese mit Hilfe eines Frameworks systematisch darzustellen. Für die Übertragung der Ergebnisse in den deutschen Raum sollten die Ressourcen und Umstände des jeweiligen Landes in den Blick genommen werden, aus dem die Erkenntnis kommt. Nur so können Bedingungen verglichen und bei Bedarf angepasst werden.

## 5. Schlussfolgerungen

Die aktuelle Forschungslage zeigt, dass sich bereits einige Studien mit den Determinanten einer erfolgreichen Implementierung von Unterstützungsangeboten für pA von MmD auseinandersetzen. In dem vorliegenden Beitrag wurden erstmals die vorliegenden Ergebnisse mit Hilfe des CFIRs systematisiert und zusammengefasst. Wenn Unterstützungsangebote in einer Kommune implementiert werden sollen, ist die Berücksichtigung aller genannter Ebenen relevant. Die folgenden Aspekte spielen, als Exzerpt der analysierten Literatur, eine bedeutsame Rolle: die Kommunikation der Beteiligten, die frühzeitige Partizipation der Adressaten der Maßnahme, eine Führungsperson, die die Verantwortung übernimmt. Daher ist es sinnvoll diesen Aspekten eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

In einem nächsten Schritt gilt es, Maßnahmen zu entwickeln, die Kommunen den Zugang zu den hier recherchierten und vergleichbaren Ergebnissen ermöglichen, um eine Nutzbarkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis sicherzustellen. Der vorliegende Beitrag hilft kommunalen Institutionen und Entscheidungsträgern herausfinden, welche Determinanten innerhalb der einzelnen Ebenen relevant sein können, um diese im eigenen Implementierungsprozess entsprechend zu berücksichtigen.

## Literatur

- Bayly, M./Blake, C./Peacock, S./Morgan, D./Forbes, D. (2018): Development and implementation of dementia-related integrated knowledge translation strategies in rural home care. In: *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 18(2), 29-64
- Berendonk, C./Bär, M./Hoben, M./Kruse, A. (2016): Von der Intervention zum implementierbaren Konzept: Entwicklungsschritte des DEMIAN-Konzepts. In: Hoben, M./Bär, M./Wahl, H.W. (Hrsg.): *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch*. Stuttgart: W. Kohlhammer, 308-322
- Blome, J./Benighaus, S./Klaucke, V. (2018): Kommunen im Fokus - Pflegende unterstützen und entlasten. In: *ProAlter* 50(3), 38-41
- Callahan, C./Sachs, G.A./Lamantia, M.A./Unroe, K.T./Arling, G./Boustani, M.A. (2014): Redesigning systems of care for older adults with Alzheimer's disease. In: *Health Aff (Millwood)* 33(4), 626-632
- Cooper, C./Mukadam, N./Katona, C./Lyketsos, C.G./Ames, D./Rabins, P./Engedal, K./de Mendonca Lima, C./Blazer, D./Teri, L./Brodaty, H./Livingston, G./World Federation of Biological Psychiatry - Old Age Taskforce (2012): Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. In: *International psychogeriatrics*, 24(6), 856-870
- DAlzG. (2018). Neues Informationsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft: Alle 100 Sekunden erkrankt in Deutschland ein Mensch an Demenz. <https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/presse/artikelansicht/artikel/neues-informationsblatt-der-deutschen-alzheimer-gesellschaft-alle-100-sekunden-erkrankt-in-deutsch.html> [Stand 2021-01-27]
- Damschroder, L./Aron, D.C./Keith, R.E./Kirsh, S.R./Alexander, J.A./Lowery, J.C. (2009): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. In: *Implement Sci* 4(1), 1-15
- Deutscher Bundestag. (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukünftiger Gemeinschaften. Berlin
- Forschungsverbund Zukunftswerkstatt Demenz. (2016). Multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (DemNet-D). Berlin: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt\\_Demenz/A3\\_1\\_1a\\_2\\_3\\_Abschlussbericht\\_DZNE-Greifswald\\_\\_Witten\\_Berlin\\_IfaS.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt_Demenz/A3_1_1a_2_3_Abschlussbericht_DZNE-Greifswald__Witten_Berlin_IfaS.pdf) [Stand 2021-01-27]
- Frewer-Graumann, S. (2020): „Everything changes“ - Everyday Life with dementia from the caregivers' perspective. In: *Z Gerontol Geriatr* 53(1), 3-9
- Greenhalgh, T./Glenn, R./Bate, P./Macfarlane, F./Kyriakidou, O. (2005): Diffusion of innovations in health service organisations: a systematic literature review. Massachusetts: Blackwell
- Greenhalgh, T./Robert, G./Macfarlane, F./Bate, P./Kyriakidou, O. (2004): Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly* 82(4), 581-629
- Grol, R./Wensing, M./Bosch, M./Hulscher, M./Eccles, M. (2013): Theories on implementation of change in healthcare. In: Grol, R./Wensing, M./Eccles, M./Davis D. (Hrsg.): *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Chinchester: Wiley-Blackwell, 18-39
- Hoben, M. (2015a): Einflussfaktoren in Implementierungsprozessen. In: Hoben, M./Bär, M./Wahl, H.W. (Hrsg.): *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer, 150-164
- Hoben, M. (2015b): Implementierungswissenschaftliche Theorien im Kontext der Pflege und Gerontologie. In: Hoben, M./Bär, M./Wahl, H.W. (Hrsg.): *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer, 81-111
- Hoben, M./Bär, M./Wahl, H.W. (2015): *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer

- Holroyd-Leduc, J./McMillan, J./Jette, N./Bremault-Phillips, S.C./Duggleby, W./Hanson, H.M./Parmar, J. (2017): Stakeholder Meeting: Integrated Knowledge Translation Approach to Address the Caregiver Support Gap. In: *Can J Aging* 36(1), 108-119
- IQWiG. (n.a.). Nominaler Gruppenprozess. <https://www.iqwig.de/sonstiges/glossar/nominaler-gruppenprozess.html> [Stand 2021-07-15]
- Jensen, M./Agbata, I.N./Canavan, M./McCarthy, G. (2015): Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. In: *Int J Geriatr Psychiatry* 30(2), 130-143
- Khanassov, V./Vedel, I./Pluye, P. (2014): Barriers to implementation of case management for patients with dementia: a systematic mixed studies review. In: *Annals of family medicine* 12(5), 456-465
- Kruse, A. (2017): *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Berlin: Springer
- Lau, R./Stevenson, F./Ong, B.N./Dziedzic, K./Tweek, S./Eldridge, S./Everitt, H./Kennedy, A./Qureshi, N./Rogers, A./Peacock, R./Murray, E. (2016): Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. In: *Implementation science* 11(40)
- Mangiaracina, F./Chattat, R./Farina, E./Saibene, F.L./Gamberini, G./Brooker, D./Evans, S.C./Szczesniak, D./Urbanska, K./Rymaszewska, J./Hendriks, I./Dröes, R.M./Meiland, F.J.M. (2017): Not re-inventing the wheel: the adaptive implementation of the meeting centres support programme in four European countries. In: *Aging & Mental Health* 21(1), 40-48
- Michalowsky, B./Wubbeler, M./Thyrian, J.R./Holle, B./Graske, J./Schafer-Walkmann, S./Flessa, S./Hoffmann W. (2017): Financing Regional Dementia Networks in Germany: Determinants of Sustainable Healthcare Networks. In: *Gesundheitswesen* 79(12), 1031-1035
- Moher, D./Liberati, A./Tetzlaff, J./Altman, D.G./The PRISMA Group. (2009): Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. In: *PLoS Med* 6(7), e1000097
- NIHR - National Institute for Health Research. (2021). INVOLVE: Briefing notes for researchers: involving the public in NHS, public health and social care research. [https://www.nihr.ac.uk/documents/briefing-notes-for-researchers-public-involvement-in-nhs-health-and-social-care-research/27371?pr=\[Stand 2021-04-05\]](https://www.nihr.ac.uk/documents/briefing-notes-for-researchers-public-involvement-in-nhs-health-and-social-care-research/27371?pr=[Stand 2021-04-05])
- Proctor, E./Silmere, H./Raghavan, R./Hovmand, P./Aarons, G./Bunger, A./Griffey, R./Hensley, M. (2011): Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. In: *Adm Policy Ment Health* 38(2), 65-76
- Reichert, M./Hampel, S./Reuter, V. (2016): Mobile dementia counseling as low-threshold assistance for caregiving relatives. In: *Z Gerontol Geriatr* 49(3), 181-186
- Renehan, E./Goeman, D./Koch, S. (2017): Development of an optimised key worker framework for people with dementia, their family and caring unit living in the community. In: *BMC Health Services Research* 17(1)
- Ross, J./Stevenson, F./Lau, R./Murray, E. (2016): Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). In: *Implementation science* 11(1), 146-146
- Rothgang, H./Müller, R. (2018): *Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*. Berlin: BARMER
- Safavi, R./Wearden, A./Berry, K. (2019): Critical comments mediate the association between carer distress and psychological symptoms in persons recently diagnosed with dementia. In: *Fam Syst Health* 37(3), 249-254
- Schönemann-Gieck, P./Weber, J. (2016): Die Bedeutung der Kooperation zwischen Wissenschaft und Kommune für die Implementierung nachhaltiger Versorgungskonzepte am Beispiel des „Wiesbader Netzwerks für geriatrische Rehabilitation - GeReNet.Wi“. In: Hoben, M./Bär, M./Wahl H.W. (Hrsg.), *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer, 323-341
- Statistisches Bundesamt. (2018): *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse 2017*. Wiesbaden: Destatis
- Stevens, A./Lancer, K./Smith, E.R./Allen, L./McGhee, R. (2009): Engaging Communities in Evidence-based Interventions for Dementia Caregivers. In: *Fam Community Health* 32(1S), S83-S92

- Tenzer, F. (2020). Anteil von Glasfaseranschlüssen an den Breitbandanschlüssen in Ländern der OECD 2019 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/415799/umfrage/anteil-von-glasfaseranschluesen-an-allen-breitbandanschluesen-in-oecd-staaten/> [Stand 2021-01-27]
- von Lützu-Hohlbein, H. (2017): Selbsthilfeorganisationen brauchen kommunale Unterstützung. In: ProAlter Sonderausgabe, 21-23
- Wendt, C. (2006): International comparison of health care systems: Overview of state of research. In: Gesundheitswesen 68(10), 593-599

*Maren Wittek*

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
Bergheimer Straße 20, 69115 Heidelberg  
Maren.Wittek@gero.uni-heidelberg.de (Korrespondenz)

*Anna Kiefer*

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
Bergheimer Straße 20, 69115 Heidelberg  
Anna.Kiefer@gero.uni-heidelberg.de

*Dr. Birgit Kramer*

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
Bergheimer Straße 20, 69115 Heidelberg  
Birgit.Kramer@gero.uni-heidelberg.de

*Dr. Stefanie Wiloth*

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
Bergheimer Straße 20, 69115 Heidelberg  
Stefanie.Wiloth@gero.uni-heidelberg.de