

## Beiträge

Sabine Pleschberger

# Palliative Care und Dementia Care – Gemeinsamkeiten und Unterschiede zweier innovativer Versorgungskonzepte im Lichte der Entwicklung in Deutschland

Palliative Care and Dementia Care – Comparison of two innovative approaches of care with a specific focus on the development in Germany

Palliative care with its origin in the hospice idea was developed in light of terminal diseases like cancer and just recently started to pay attention to the specific needs and living conditions of older people. Namely dementia turns out to be a key area of interest in this regard. In order to improve care for people with dementia collaborations between palliative care and dementia care are recommended. Therefore a better understanding of the commonalities and differences of both fields is vital. Based on a literature analysis this paper systematically compares the concepts of palliative care and dementia care with a specific focus on its developments in Germany. Striking parallels can be found with regard to historical development, conceptual characteristics as well as innovative services involving voluntary work. A different background of these volunteers with regard to motives for involvement has to be considered in order to develop future collaboration of both fields.

### Keywords

Palliative Care, Hospice, Concepts, Germany, Development

Die Entwicklung von Palliative Care erfolgte ausgehend von Menschen mit einer unheilbaren Krebserkrankung. Seit gut zehn Jahren gibt es international systematische Bemühungen diesen Fokus aufzubrechen. Insbesondere Menschen mit Demenz stehen hier im Mittelpunkt des Interesses. In der Demenzversorgung gibt es ihrerseits eine Entwicklung, die bei näherer Betrachtung erstaunliche Parallelen zu Hospizbewegung und Palliative Care aufweist. Um diese soll es in diesem Beitrag gehen, konkret erfolgte ein systematischer Vergleich der beiden Ansätze auf Basis einer internationalen Literaturanalyse. Zu den zahlreichen Parallelen zwischen den beiden Versorgungskonzepten gehören etwa die Orientierung an Würde und Autonomie, der Fokus auf Symptomlinderung und Wohlbefinden oder der multiprofessionelle Zugang. Spezifisch für Deutschland sind das Entstehen neuer spezialisierter Versorgungsangebote mit dem Anspruch auf soziale Inklusion und der Einbindung

von freiwilligem Engagement, das sowohl im Bereich Hospizarbeit und Palliative Care als auch in der Demenzversorgung beobachtet werden kann.

### Schlüsselwörter

Palliative Care, Palliativmedizin, Hospizbewegung, Dementia Care, Deutschland, Historische Entwicklung

## Einführung

Die Entwicklung von Palliative Care erfolgte entlang einer Fokussierung auf Menschen mit einer unheilbaren Krebserkrankung, „the terminally ill“, wie die Gründerin der Hospizidee, Dame Cicely Saunders, dies ausdrückte. Dieser Fokus sei erforderlich gewesen, um die Idee und das Konzept auch durch fundierte wissenschaftliche Forschung untermauern zu können, etwa zur Schmerztherapie oder der Trauer (Saunders 1999). Diese Spezialisierung auf Krebs wurde zu einem Erfolgsrezept für die Hospizbewegung und Palliative Care (WHO 1990), und erst seit gut zehn Jahren gibt es international systematische Bemühungen diesen Fokus aufzubrechen. Die WHO legte im Jahr 2002 eine überarbeitete Definition von Palliative Care vor in der die Zielgruppe erweitert wurde, ebenso werden spezifische Publikationen wie jene zu Palliative Care im Alter erarbeitet und laufend aktualisiert (WHO 2004, 2012). Für einzelne Gruppen, allen voran Menschen mit fortgeschrittener Demenz, ist die „Palliativbedürftigkeit“ besonders offensichtlich (vgl. Kojer et al. 2009; Volicer 1997). Wie bei vielen chronischen Erkrankungen tragen die Versorgungsverläufe auch bei Menschen mit Demenz in der Spätphase oft wenig humane Züge, und sie geht mit Institutionalisierungsprozessen samt Drehtüreffekten einher (Schaeffer et al. 2013).

Keinesfalls ist es jedoch so, dass mit Palliative Care völlig neue bislang unbekannte Perspektiven in den Bereich von Dementia Care einfließen würden. Vielmehr gibt es auch auf Seiten der Demenzversorgung eine Entwicklung, die bei näherer Betrachtung erstaunliche Parallelen zur Hospizbewegung und Palliative Care aufweist. Um diese soll es im folgenden Beitrag gehen. Denn für die Realisierung einer stärkeren Zusammenarbeit wie sie in der Fachwelt gefordert wird, braucht es auch ein vertieftes Verständnis über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede, die sich in der Praxis auch als Hürde und Barrieren für eine fruchtbare Kooperation herausstellen können.

## 1. Vorgangsweise und Kontext dieser Arbeit

Erste theoretische Überlegungen und Arbeiten für diesen Beitrag entstanden im Zuge der Studie „Sterben in alternativen Wohnformen für Menschen mit Demenz“ (Reitinger et al. 2007). Nach einem qualitativen Forschungsdesign wurden die Bedingungen

---

Dank

Für vielfältigen Austausch und anregende Diskussionen zum konzeptionellen Vergleich möchte ich mich stellvertretend für das Team des Instituts für Palliative Care und Organisationsethik, IFF-Fakultät der Universität Klagenfurt, ganz besonders bei Prof. Dr. Elisabeth Reitinger bedanken, die mir auch als Kollegin in der rahmengebenden Studie zur Seite stand.

des Sterbens in vornehmlich ambulanten Wohngruppen für Menschen mit Demenz explorativ untersucht. Ergänzend wurden systematisch die Perspektiven von Expertinnen und Experten der Bereiche „Hospizarbeit und Palliative Care“, „Wohnen für Menschen mit Demenz“ sowie „Geriatric und Gerontopsychiatrie“ erhoben und verknüpft (ebd.). Teil dieses Vorhabens war auch eine internationale Literaturrecherche zu den Themengebieten „Palliative Care“ und „Dementia Care“ sowie „Housing“.

Die Literaturanalyse förderte neben erheblichen Forschungsdefiziten in Bezug auf die Versorgung in der letzten Lebensphase von Menschen mit Demenz in alternativen Wohnformen überraschende konzeptionelle Parallelen zutage: In einem Beitrag aus dem Jahr 2001 haben Jane Seymour und Elizabeth Hanson erstmals zahlreiche Gemeinsamkeiten in den Anliegen von Palliative Care sowie der Geriatrie generell herausgearbeitet (Seymour et al. 2001). Fünf Jahre später stellten Neill Small, Murna Downs und Katherine Froggatt (2006) in einem Handbuchbeitrag zur Versorgung am Lebensende von Menschen mit Demenz (Miesen et al. 2006) die Charakteristika des Konzepts Palliative Care dem personenzentrierten Ansatz von Tom Kitwood (2007) gegenüber.

Im Zuge der Arbeiten an meiner Habilitationsschrift zur *venia legendi* in Palliative Care und Pflegewissenschaft (Pleschberger 2010) habe ich diesen theoretischen Vergleich der Konzepte aufgenommen und mit Blick auf die Entwicklung in Deutschland weiter entwickelt. Die Ergebnisse aus diesen Überlegungen stellen den zentralen Gegenstand dieses Artikels dar. Zunächst möchte ich den Ausführungen jedoch kurze Erläuterungen zu den beiden Konzepten voranstellen, zur Klärung der jeweils verwendeten Termini im Sinne von Arbeitsdefinitionen.

Während es sich bei Palliative Care um ein Konzept handelt, das aus der Hospizidee hervorgegangen mittlerweile weltweite Anerkennung im Sinne der Definition der WHO gefunden hat (WHO 1990, 2002), liegt eine solche zentrale Referenz für „Dementia Care“ nicht vor. Für letztere wird der personenzentrierte Ansatz für Menschen mit Demenz zum Ausgang genommen. Dieser wurde unter Rückgriff auf das Werk von Carl Rogers von dem britischen Psychogerontologen Tom Kitwood entwickelt (Kitwood 2005; Rogers 1961). Er stellte das Erleben der Menschen mit Demenz in den Vordergrund und relativierte die klassische naturwissenschaftlich geprägte neurologische Sichtweise. Als einer der wichtigsten Grundpfeiler gilt demnach die Erhaltung des Personseins als der „Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird.“ (Kitwood 2005: 27). Wohlbefinden und gelingende Beziehung werden als Zielsetzungen verfolgt. Darauf aufbauend lassen sich generell jene Methoden des Umgangs mit Menschen mit Demenz, die ein humanistisches Menschenbild und die Würde der verwirrten Person in den Mittelpunkt stellen, als Methoden des Personenzentrierten Ansatzes bezeichnen (z. B. die Basale Stimulation oder die Validation). Im Folgenden wird der Begriff „Dementia Care“ als Sammelbegriff verwendet, für alle Maßnahmen und Interventionen, die gemäß dem personenzentrierten Ansatz für Menschen mit Demenz konzipiert und gestaltet sind. Ein Bezug auf eine bestimmte Disziplin oder Profession steht bei diesen Überlegungen

nicht im Vordergrund.

## 2. Historische Gemeinsamkeiten

*Die Konzepte Palliative Care und Dementia Care sind als Reaktion auf kritikwürdige Zustände in der herkömmlichen Versorgung entstanden.* Die Figur vom einsamen Sterben im Badezimmer einer Krankenhausstation steht symbolisch für die Notwendigkeit eines anderen Umgangs mit Sterben und Tod, wie ihn die Hospizbewegung gezeigt hat (Heller et al. 2012). Parallel dazu können die Missstände in Pflegeheimen angeführt werden, wo demenziell veränderte Menschen mit ihrem „unangepassten Verhalten“ besonders häufig an Grenzen stoßen und mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sanktioniert werden (müssen). Unheilbar kranke und sterbende Menschen passen ebenso wie demenziell veränderte Menschen nicht in das bestehende Paradigma vom medizinischen Fortschritt und den Heilsversprechungen der Wissenschaft (Small et al. 2006). Das fehlende Engagement der „Mainstream-Medizin“ und deren systematische Abwertung jener, die sich für diese Gruppen engagieren, stabilisiert in gewisser Weise die konstatierten „kritikwürdigen Zustände“. Dies scheint ein guter Nährboden zu sein für alternative Konzepte.

Für Veränderungen bedarf es immer auch engagierter Personen, die quasi „den Finger auf die Wunde legen“. Auf beiden Seiten waren es *charismatische Pionierinnen und Pioniere*, die das bestehende Wissenschafts- und Versorgungssystem hinterfragten und die solitäre Ausrichtung auf Heilung („cure“) durchbrochen haben, in dem sie Begleitung und Pflege im Sinne von „care“ eine zentrale Bedeutung in der Versorgung gaben (Small et al. 2006). Cicely Saunders, die Gründerin der Hospizbewegung, erlangte weltweiten Ruhm, Dementia Care ist untrennbar mit der Person Tom Kitwood verbunden. Beide Pioniere, bereits verstorben, kamen aus England. Auch die Hospizgeschichte im deutschsprachigen Raum rankt sich um charismatische Persönlichkeiten (Heller et al. 2012), und es lassen sich ebenso Personen ausmachen, deren Name mit dem Erfolg von regional übergreifenden Wohngruppen-Initiativen verbunden ist. Zwei Beispiele: Klaus Pawletko spielte eine zentrale Rolle bei der Gründung von Demenz-WGs in Berlin, mittlerweile gibt es in der Stadt über 350 solcher Einrichtungen (Pawletko 2004). Der Jurist und Sozialwissenschaftler Thomas Klie ist eng mit der Entwicklung des Freiburger Modells verbunden (Klie et al. 2008). Beide Konzepte weisen in diesem Sinne auch *Merkmale sozialer Bewegungen* auf (Roth et al. 2008).

Das Entstehen dieser sozialen Bewegungen kann auf tiefer liegende emotionale Befindlichkeiten zurück geführt werden, etwa eine *gesellschaftliche Angst als Motivation* – eine Gesellschaft und ihre Veränderungen kann auch an den sie bedrohenden Erkrankungen festgemacht werden, so die Idee von James Patterson (1987), der damit wohl an den Kulturhistoriker Egon Friedell (1878-1938) anknüpft. Demnach verändert sich auch das, was für eine Gesellschaft mit Angst und Leiden verbunden wird. Waren es am Beginn der Moderne noch Infektionskrankheiten, wie etwa Tuberkulose, so rückte in der Moderne zunehmend Krebs als gesellschaftliche Bedrohung an erste Stelle. Die

postmoderne Bedrohung liegt im Verlust der intellektuellen Kapazität, dem Verlust von Autonomie, und in der Demenz manifestiert sich dies wie in kaum einer anderen Erkrankung (Gronemeyer 2007). Dies bedeutet freilich nicht, dass Infektionskrankheiten keine Bedrohung mehr darstellen, wie etwa das Aufkommen von AIDS gezeigt hat, oder dass Krebs seinen Schrecken verloren hätte (Small et al. 2006). Das verbindende Element besteht jedenfalls darin, dass sowohl Palliative Care als auch Dementia Care die Bedrohung nicht zu eliminieren versuchen, sondern im Gegenteil auf einen menschenwürdigen Umgang mit den davon betroffenen Menschen setzen (ebd.).

### 3. Konzeptionelle Gemeinsamkeiten

Angesichts dieser gemeinsamen Wurzeln ist es nicht verwunderlich, dass es auch eine Reihe von Ähnlichkeiten in der Ausformung dieser beiden Konzepte gibt. Tabelle 1 versammelt diese Gemeinsamkeiten und bietet einen Überblick über allen Dimensionen hinweg. Im Folgenden werden diese Aspekte kurz umrissen, dabei werden in der Struktur im Wesentlichen die Kriterien der Definition von Palliative Care lt. WHO (1990) aufgenommen.

*Betroffene im Mittelpunkt – Patientenorientierung:* „Im Mittelpunkt steht der Patient

	<i>Palliative Care</i>	<i>Dementia Care</i>
Historisches	Reaktion auf kritikwürdige Zustände in Versorgung	
	Charismatische Persönlichkeiten als Pionier/innen	
Konzept - Charakteristika	Gesellschaftliche Angst als Motivation	
	Betroffene im Mittelpunkt - Patientenorientierung	
	An- und Zugehörige berücksichtigen	
	Multiprofessioneller Zugang	
	Orientierung an: Würde, relativer Autonomie, Lebensqualität	
	Symptomlinderung statt aggressiver Therapie	
Deutsche Entwicklung	Stellenwert von freiwilligem Engagement	
	Anliegen soziale Inklusion	
	Neue Versorgungsformen/-strukturen	
	Hospize, ...	Neue Wohnformen (Demenz-WG, Pflegeoase)

Tab. 1: Parallelen von Palliative Care und Dementia Care im Überblick

und dessen soziales Umfeld“, so heißt es in der WHO Definition von Palliative Care (1990). Auch bei der personenzentrierten Versorgung steht die Orientierung am einzel-

nen Individuum einen Grundpfeiler dar, *nomen est omen* (Kitwood 1997). Nicht länger sollen die Organisationsabläufe oder die Anliegen der beteiligten Professionen im Vordergrund stehen, sondern ausschließlich die betroffenen Menschen und ihre Anliegen, ob physisch, psychisch, spirituell oder in sozialer Hinsicht. Dies erfordert im Falle von Menschen mit Demenz auch besondere Fähigkeiten und Kenntnisse in der Kommunikation (Heimerl et al. 2011). Mit Blick auf das gesamte Gesundheitssystem kamen auch Jane Seymour und Elizabeth Hanson zu dem Schluss, dass die Idee der Patientenorientierung in den Feldern Palliative Care und Dementia Care wohl am besten ausgeprägt wäre (Seymour et al. 2001).

*Angehörigenorientierung:* Beide Konzepte gehen über die Patientenorientierung hinaus. PatientInnen und ihre Angehörigen stellen die „unit of care“ dar (WHO 1990). Eine Forscher/innengruppe in England hat den personenzentrierten Ansatz unter dem Terminus „relation-oriented approach“ mit Blick auf An- und Zugehörige weiter entwickelt (Nolan et al. 2004). In beiden Fällen erfordert dies Kompetenzen bei den professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im Regelfall nicht hinreichend verfügbar sind. Als Reaktionen darauf wurden einerseits spezifische Fort- und Weiterbildungsangebote in beiden Bereichen entwickelt, wo der Umgang mit Angehörigen ein fester Bestandteil ist. Zum Anderen liegt nicht zuletzt auch darin eine Begründung für die Notwendigkeit eines multiprofessionellen Teams und interdisziplinärer Zusammenarbeit (Pleschberger 2011).

*Multiprofessionalität:* Um dem Anspruch auf ganzheitliche Versorgung gerecht werden zu können, ist es Voraussetzung, dass mehrere Disziplinen und Professionen zusammen arbeiten und ihre Kompetenzen einbringen. Sowohl die Geriatrie und Gerontopsychiatrie als auch die Palliativmedizin sind Disziplinen, für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit im Vordergrund steht (Speck 2006; Frühwald 2010; Gartner et al. 2006).

*Orientierung an Würde, Autonomie und Lebensqualität:* Die Orientierung an Würde, Autonomie und Lebensqualität ist in beiden Konzepten wichtig, wenngleich hier durchaus unterschiedliche Akzente gesetzt werden. „Den Tagen Leben geben und nicht dem Leben Tage“, so ein Leitsatz der Hospizbewegung (Saunders 1984). Die Devise in Palliative Care besteht also darin, den Fokus weg von der Quantität hin auf die Qualität der verbleibenden Zeit zu richten. Charakteristisch für Dementia Care ist die Auseinandersetzung mit Aspekten von Autonomie und einem anderen Zugang zu Identität im Lichte der Krankheit – „the self is not sacrificed“ so lautet die Losung hier (Small et al. 2007). Dies impliziert eben auch, die Würde der einzelnen Person zu achten, trotz oder gerade aufgrund ihrer Veränderungen. Dies ist eine der Grundideen des anderen Verständnisses von Demenz wie sie Tom Kitwood propagierte (Kitwood 1995, s.o.).

*Symptomlinderung statt aggressiver Behandlung:* Betrachtet man die therapeutischen Interventionen, die in den Konzepten nahe gelegt werden, so fällt auf, dass es eben nicht um das Erreichen eines bestimmten Zieles „mit allen Mitteln“ bzw. „um jeden Preis“ geht. Mit Blick auf aggressive Therapien, wie sie etwa in der Onkologie üblich sind, wird in Palliative Care von lindernden Maßnahmen gesprochen (WHO 1990).

Auch im Kontext eines personenzentrierten Umgangs mit Demenz steht das Schaffen von Wohlbefinden im Vordergrund, und jene Maßnahmen die dieses unverhältnismäßig, wenn auch nur vorübergehend, beeinträchtigen würden, werden abgelehnt. Nicht zuletzt auch deshalb, weil es aufgrund der kognitiven Veränderungen für diese Person schwierig wäre, dies zu verstehen und zu tolerieren. Im Vordergrund steht somit die Begegnung mit den betroffenen Menschen, ein Da-Sein und Aufeinander Eingehen (Froggatt et al. 2007).

#### 4. Besonderheiten der deutschen Entwicklung

Wie bereits hingewiesen, zeigt die deutsche Entwicklung erstaunliche Parallelen zwischen den beiden Konzepten auf, denen in der britischen Analyse keine Bedeutung beigemessen werden: das Anliegen der sozialen Inklusion und ihre Verbindung zum freiwilligen Engagement sowie das Entstehen von neuen Versorgungsangeboten und Diensten. Das hat mit den Besonderheiten der deutschen Interpretation des Hospizkonzeptes durch die Hospizbewegung zu tun, ebenso wie mit der Entstehung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz („Demenz-WGs“), die es in dieser Form in England nicht gibt.

*Stellenwert von freiwilligem Engagement:* Im Vergleich mit der internationalen Diskussion fällt der hohe Stellenwert von freiwilligem Engagement im deutschen Diskurs auf, insbesondere im Kontext der Hospizarbeit aber auch in der Demenzversorgung. Im Ursprungsland England galt Palliative Care von Beginn an als ein professionelles Konzept. Wie in allen Bereichen des Gesundheitswesens auch, spielt nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen auch in Hospizen die Unterstützung von Freiwilligen (volunteers) eine wichtige Rolle. Traditionell engagieren sich die meisten im Bereich des Fundraising. Die Hospizbewegung kann in Deutschland in erster Linie eine „Bürgerbewegung“ verstanden werden, die sich für eine bessere Versorgung sowie stärkere Öffentlichkeit des Themas Sterben und Tod einsetzte und sich damit auch vielerorts in Abgrenzung von Professionellen definierte (Heller et al. 2012). Das Verhältnis zwischen Professionellen und Laien stellte in den letzten Jahren immer wieder auch ein Spannungsfeld dar. Dennoch, in allen Ausprägungen des Konzepts, selbst in der Interpretation als Palliativmedizin, wird der Einbindung bzw. Zusammenarbeit mit Freiwilligen Rechnung getragen (Aulbert et al. 2007). So wie die Begleitung Sterbender auch von sozialer Integration, Alltagsbezug und Lebensweltlichkeit geprägt sein soll, geht es auch in der Versorgung demenziell veränderter Menschen um diese Charakteristika. Insbesondere ambulante Wohngruppen für Menschen mit Demenz sind von freiwilligem Engagement getragen, und auch Professionelle zeichnen sich durch ein anderes Verständnis von Professionalität im Umgang mit Freiwilligen aus (Reitinger et al. 2010).

*Soziale Inklusion als Anliegen:* Ein Aspekt, der hinter dem hohen Stellenwert von ehrenamtlichem Engagement gesehen wird, ist das Anliegen der sozialen Inklusion. In Zuge der Bedrohung, welche die Krankheitsbilder Krebs und Demenz soziokulturell

darstellen, findet eine Stigmatisierung der Betroffenen statt, die auch jene miteinschließt, die mit deren Betreuung und Pflege befasst sind (Sinclair 2007). Eine soziale Marginalisierung dieser Gruppen ist die Folge, freilich in unterschiedlicher Ausprägung. Das Sterben findet in Institutionen statt, für Menschen mit Demenz ist das Institutionalierungsrisiko bekannter Weise besonders hoch (Mitchell et al. 2012). Gerade weil sie sich nicht nur auf die Versorgung der Sterbenden beschränkte, hat die Hospizarbeit in Deutschland die ganze Bandbreite des Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer in der gesellschaftlichen Wahrnehmung der letzten beiden Jahrzehnte beeinflusst (Heller et al. 2012). Damit ist eine Thematisierungsleistung gelungen, wie sie im Kontext von Menschen mit Demenz erst kürzlich in Gang kam. So wurden auch im Kontext der Demenz bundesweit Aktivitäten ins Leben gerufen, die jeweils auf lokaler Ebene Antworten auf den Umgang mit der Bedrohung Demenz suchen. Als Voraussetzung für ein Gelingen wird die Einbeziehung der Zivilgesellschaft (Wißmann et al. 2008) gesehen. Beispielfähig können hier die „Aktion Demenz e.V.“ genannt werden<sup>1</sup>, ebenso die Idee der „geteilten Verantwortung“ wie sie konzeptionell im Freiburger Modell umgesetzt wird (Klie 2006).

*Neue Versorgungsformen/-strukturen:* Cicely Saunders prägte den viel zitierten Satz, dass die Verwirklichung des neuen Denkens und Ansatzes nur außerhalb des staatlichen Gesundheitssystems möglich werden konnte (Pleschberger 2001). Ähnlich argumentiert, wurden auch neue, alternative Wohnformen für Menschen mit Demenz entwickelt, weil sie eine Versorgung ermöglichen sollten, die an den besonderen Bedürfnissen dieser Menschen orientiert ist und nicht vorrangig an der Organisation (Klie 2002). Beide Konzeptionen haben somit im deutschsprachigen Raum Prototypen „idealtypischer Versorgungseinrichtungen“ hervorgebracht: Paradigmatisch für die Hospizbewegung sind die stationären Hospize, ebenso wie ambulante Hospizgruppen oder Palliativstationen. Für Dementia Care können alternative Wohnformen für Menschen mit Demenz genannt werden, allen voran die „ambulant betreuten Demenz WG“ oder auch die Pflegeoasen. Mit diesen Einrichtungen wurden in der Regel die im Gesundheitssystem gängigen Trennungen von ambulant und stationär durchbrochen. Es wurden Nischen gesucht und ausverhandelt, sodass diese Angebote auch ökonomisch realisiert werden konnten (Klie et al. 2005). Und schließlich sind in beiden Bereichen in den letzten Jahren zunehmend Anstrengungen zu beobachten, einen wissenschaftlichen Nachweis für die konstatierte Qualität der Versorgung zu erbringen, was auch einige forschungsmethodische Herausforderungen mit sich bringt (exempl. Brandenburg 2013).

---

<sup>1</sup> Die Aktion Demenz e.V. ist eine deutschlandweite bürgerschaftliche Initiative, die sich als Netzwerk versteht, gefördert von der Robert Bosch Stiftung. Das Ziel ist es, Mitbürgerinnen und Mitbürger dafür zu gewinnen, sich für Wohlergehen und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihrer Begleiter zu engagieren. Beispielfähig sind die Projekte „demenzfreundliche Kommune“ ([www.aktion-demenz.de](http://www.aktion-demenz.de)). Nach diesem Vorbild gibt es auch in Vorarlberg eine „Aktion Demenz“ ([www.aktion-demenz.at](http://www.aktion-demenz.at)).



## 5. Fachliche Kernexpertisen und unterschiedlich motivierte Bewegungen?

Nach diesen Ausführungen kann festgehalten werden, dass die Entwicklungen für eine bessere Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen erstaunliche Parallelen aufweist mit jenen für Menschen mit dementiellen Veränderungen. Dies, obwohl sich diese beiden Stränge historisch unabhängig voneinander entwickelt haben. Erst in der jüngeren Vergangenheit hat ein Diskurs eingesetzt, in dem ein stärkeres Zueinander der beiden Felder gefordert wird (Kojer /Heimerl 2009). So schlüssig die Forderung auch ist, in der Umsetzung sind auch die Bemühungen um Abgrenzung zweier relativ junger medizinischer Disziplinen zu berücksichtigen – der Palliativmedizin sowie der Geriatrie bzw. Gerontopsychiatrie dort (Förstl 2013). Die Situation ist überdies komplex, da die jeweils beteiligten anderen Professionen und Berufsgruppen in der Versorgung eine bedeutende Rolle spielen, allen voran die Pflege, ihr Profil in den einzelnen Feldern aber ebenfalls noch nicht hinreichend geschärft oder akademisch etabliert ist.

Der systematische Vergleich der beiden Felder brachte eine Differenz zutage, die als soziokulturelle in der bisherigen Diskussion noch kaum erörtert wurde. Die spirituelle Dimension in der Hospizarbeit war von Anfang an ein wichtiger Aspekt und die Pionierin der Hospizbewegung Cicely Saunders, selbst gläubige Anglikanerin, hat die Bedeutung eines spirituellen Bezugsrahmens stets hervorgehoben, freilich ohne dies auf eine bestimmte Religion einzuschränken (Saunders 1999). Auch für die deutsche Hospizgeschichte spielten Pionierinnen und Pioniere, die einer Ordensgemeinschaft angehörten oder aber auch Seelsorger/innen waren, eine wichtige Rolle (Heller et al. 2012), wengleich das Spektrum an Anliegen und Motiven hier sehr vielfältig ist. Dennoch, die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod bedingt zweifelsohne eine Konfrontation mit existenziellen Fragen, und die Hospizbewegung in Deutschland verstand sich auch als eine Anti-Euthanasiebewegung (Heller et al. 2012). Auf Seiten der Wohngruppenbewegung findet sich der für die Hospizidee und -bewegung charakteristische christliche Bezugsrahmen (Heller et al. 2005; Sinclair 2007) allerdings nicht wieder. Dort ist die „Szene“ vielleicht eher durch eine basisdemokratische Haltung geprägt, einem Gestaltungs- und Partizipationswillen gegen etablierte Strukturen. Die Sozialarbeit ist eine maßgebliche Berufsgruppe welche die Wohngruppenbewegung geprägt hat, insbesondere in den kommunal entwickelten Wohngruppen ist der Einfluss von kirchlichen Organisationen gering.

Würde man einen Vergleich zwischen Hospizarbeit/Palliative Care und Dementia Care in Hinblick auf das Kriterium der soziokulturellen Einbettung wagen, könnte man zugespitzt formulieren, dass eine christliche Bewegung einer politischen Bewegung gegenüber steht. Vorsicht ist hier jedoch angebracht, denn beide Bewegungen sind wohl weniger homogen als dies hier zum Ausdruck kommt. Eine fundierte Auseinandersetzung mit diesen Aspekten erscheint dennoch lohnenswert, denn sie vermag zu erklären, wo Barrieren bzw. Berührungspunkte zwischen den beiden Bereichen bestehen könnten.

## 6. Fazit

Die Auseinandersetzung mit den beiden Konzepten hat eine Reihe von Parallelen und erstaunlichen Überlappungen hervorgebracht. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es sich um idente Felder handelt. Zweifelsohne wurde in beiden Bereichen auch eine jeweils spezifische Expertise entwickelt, mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen.

Wichtiges Potenzial auf Seiten von Hospizarbeit und Palliative Care stellen die umfassenden Erfahrungen im Bereich der Trauer von Angehörigen sowie Belastung der Teams im Umgang mit unheilbaren Erkrankungen, Sterben und Tod dar. Letzteres wird im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz noch immer vernachlässigt.

Um das Wissen in Palliative Care zu Schmerz- und Symptommanagement weiter zu entwickeln, bedarf es jedoch eines gezielten Austausches mit der gerontopsychiatrischen Expertise. Schon alleine die Kommunikation mit Menschen mit Demenz kann sich als Hürde entpuppen für eine gute Schmerztherapie. Im Konzept Palliative Geriatrie werden durchaus viele dieser Aspekte bereits aufgenommen und produktiv genutzt (Fuchs et al. 2012, Kojer und Schmiedl 2012). Dass diese bereits systematisch Eingang in Lehre und Weiterbildung gefunden haben, muss aufgrund der Juvenilität dieser Entwicklung in Frage gestellt werden.

Des Weiteren zeigen die aktuellen Debatten um aktive Sterbehilfe, dass der Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einer ethische Auseinandersetzung bedarf, zu der sowohl Hospizarbeit und Palliative Care, als auch Dementia Care wichtige Beiträge liefern können. Anerkennung und Respekt vor den Ähnlichkeiten und den Gemeinsamkeiten in der Entwicklungsgeschichte scheint ein wichtige Voraussetzung für einen gelingenden Transfer - bzw. Zusammenarbeit der Professionen und Disziplinen der beiden Felder. Diese muss jedenfalls auch als eine Kulturarbeit verstanden werden, deren Charakteristika Gegenstand zukünftiger Forschung sein sollten.

## Literatur

- Aulbert, E./Nauck, F./Radbruch, L. (Hrsg.) (2007): Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. überarb. Aufl., Stuttgart: Schattauer
- Brandenburg, H. (2013): Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz in Pflegeoasen. Empirische Ergebnisse und methodische Implikationen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46: 417-424
- Förstl, H. (2013): Alzheimer-Demenz – eine palliativmedizinische Herausforderung? Interview. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 14, 41-42
- Froggatt, K./Payne, S. (2006): A survey of end-of-life care in care homes: issues of definition and practice. In: *Health and Social Care in the Community* 14 (4), 341-348
- Frühwald, T. (2010): Von der Akutgeriatrie zur Palliativen Geriatrie – Das Spektrum der Geriatrie. In: Heller, A./Kittelberger, F. (Hrsg.): *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung.* Freiburg: Lambertus, 132-144
- Fuchs, C./Gabriel, H./Raischl, S./Steil, H./Wohlleben, U. (Hrsg.) (2012): *Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer
- Gronemeyer, R. (2007): *Sterben in Deutschland.* Frankfurt a. Main: Fischer

- Heimerl, K./Reitinger, E./Eggenberger, E. (2011): Frauen und Männer mit Demenz. Handlungsempfehlungen zur person-zentrierten und gendersensiblen Kommunikation für Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- Heller, A./Pleschberger, S. (2005): Zur Geschichte der Hospizbewegung. In: Bernatzky, G./Sittl, R./Likar, R. (Hrsg): Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin. 2. überarb. Aufl. Wien, New York: Springer, 10-15
- Heller, A./Pleschberger, S./Fink, M./Gronemeyer, R. (2012): Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. Ludwigsburg: Der hospiz verlag
- Kitwood, T. (1997): *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press
- Kitwood, T. (2005): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 4. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag
- Klie, T. (2002): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover: Vincentz Verlag
- Klie, T./Pfundstein, T./Eitenbichler, L./Szymczak, M./Strauch, M. (2005): Konzeptionelle und rechtliche Varianten der Versorgung von Menschen mit Demenz zwischen ambulant und stationär. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38, 122-127
- Klie, T. (2006): Pflege in geteilter Verantwortung. In: Die Ersatzkasse (4), 140-143
- Klie, T./Schumacher, B. (2008): Demenzbetreuung im Freiberger Modell. Teilhabe sicher – Verantwortung teilen. In: *Altenheim* 47
- Kojer, M./Heimerl, K. (2009): Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen – ein erweiterter Blick auf die WHO-Definition von Palliative Care. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 10: 154-161
- Kojer, M./Schmidl, M. (2011): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien, New York: Springer
- Miesen, B./Jones, G. (Eds) (2006): *Care Giving in Dementia*. Vol.4. London: Routledge
- Mitchell, S.L./Black, B.S./Ersek, E./Hanson, L.C./Miller, S.C./Sachs, G.A./Teno, J.M./Morrison, R.S. (2012): Advanced Dementia: State-of-the-Art and Priorities for the Next Decade. In: *Ann Intern Med*. 156:45-51
- Nolan, M.R./Davies, S./Brown, J./Keady, J./Nolan, J. (2004): Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. In: *Journal of Clinical Nursing* 13, Supplement 1(9), 45-53
- Patterson, J.T. (1987): *The Dread Disease: Cancer and Modern American Culture*. Cambridge Mass.: Harvard University Press
- Pawletko, K.W. (2004): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg). Berlin
- Pleschberger, S. (2001): Palliative Care – Ein Versorgungskonzept für sterbende Menschen. P01-113. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld: IPW
- Pleschberger, S. (2010): Palliative Care, Hospizarbeit und Pflege. Eine Auseinandersetzung mit Forschung und Praxis, der Versorgung am Lebensende. Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia Legendi in Palliative Care und Pflegewissenschaft. Interdisziplinäre Fakultät für Forschung und Fortbildung der Universität Klagenfurt
- Pleschberger, S. (2011): Interdisciplinary Perspectives. Chapter 25. In: Gott, M./Ingleton, C. (Eds.): *Living with Ageing & Dying: Palliative and End of Life Care for Older People*. Oxford: Oxford University Press, 289-291
- Reitinger, E./Pleschberger, S./Schumann, F. (2007): Leben und Sterben in Wohngemeinschaften demenziell veränderter Menschen. Eine explorative qualitative Studie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43, 285-90
- Reitinger, E./Pleschberger, S./Schumann, F. (2010): Leben und Sterben in Wohngemeinschaften demenziell veränderter Menschen. Eine explorative qualitative Studie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43, 285-90
- Rogers, C.R. (1961): *On Becoming a Person*. Boston, MA: Houghton Mifflin
- Roth, R./Rucht, D. (2008): *Die soziale Bewegungen in Deutschland seit 1945. Ein Handbuch*, Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag

- Saunders, C. (1984): The philosophy of terminal care. In: Saunders, C. (Ed): The management of terminal malignant disease. London: Arnold, 232-241
- Saunders, C. (1999): Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht. Herausgegeben von Christoph Hörl. Freiburg: Herder
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2013): Versorgung am Lebensende in Gesellschaften des langen Lebens. In: Pflege & Gesellschaft 18, 153-168
- Seymour, J./Hanson, E. (2001): Palliative care and older people. In: Nolan, M./Davies, S./Grant, G. (Eds.): Working with older people and their families. Maidenhead; Philadelphia: Pen University Press: 99-119
- Sinclair, P. (2007): Rethinking Palliative Care. A Social Role Valorization Approach. Oxford: Oxford University Press
- Small, N./Downs, M./Froggatt, K. (2006): Improving end-of-life care for people with dementia - the benefits of combining UK approaches to palliative care and dementia care. In: Miesen, B./Jones, G. (Eds.): Care Giving in Dementia. Vol.4. London: Routledge, 365-392
- Small, N./Froggatt, K./Downs, M. (2007): Living and Dying with Dementia. Dialogues about Palliative Care. Oxford: Oxford University Press
- Speck, P. (2006): Teamwork in palliative care. Fulfilling or frustrating? Oxford: Oxford University Press
- Volicer, L. (1997): Hospice care for dementia patients [Editorial]. Journal of the American Geriatrics Society, 45(9), 1147-1149
- Wißmann, P./Gronemeyer, R. (2008): Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- World Health Organization (WHO) (1990): Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (WHO) (2002): National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines, Geneva: World Health Organization
- World Health Organisation (WHO) (2004): Better Palliative Care for Older People. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen
- World Health Organisation (WHO) (2012): Palliative Care for Older People. Better Practices. Genf

*Univ. Prof. Dr. Sabine Pleschberger, MPH*

Institut für Pflege- und Versorgungsforschung, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), Studienzentrale Wien, Faulmannsgasse 4, 1040 Wien, Österreich,  
Sabine.pleschberger@umit.at

Christiane Pinkert, Bernhard Holle

# Der Prozess der Entwicklung und Umsetzung von demenzspezifischen Konzepten in Krankenhäusern – eine qualitative Untersuchung

The process of development and implementation of dementia care models in hospitals – a qualitative study

The demographic trend also poses a challenge for employees in hospitals who have to adjust themselves to caring for old and partly cognitively impaired patients. In German hospitals the development of dementia-specific care models does not seem to be given the highest priority; the testing and implementation of those models is carried out somewhat unsystematically. Examples of these models have been investigated in detail in a qualitative study. This paper discusses mainly the development and implementation strategies that have been used in hospitals. The results of the study indicate that hospitals break new grounds with the development of dementia-specific care models because they cannot just transfer approaches that have been tested in other settings, nor they can build on years of experience and knowledge of employees in dealing with people with cognitive decline.

## Keywords

dementia, hospitals, care, concept development

Die demografische Entwicklung stellt auch die Beschäftigten in Krankenhäusern vor die Herausforderung, sich auf die Behandlung und Pflege von alten und zum Teil kognitiv eingeschränkten Patienten einzustellen. In deutschen Krankenhäusern scheint die Entwicklung von demenzspezifischen Konzepten nicht mit höchster Priorität vorangetrieben zu werden; die Erprobung und Umsetzung erfolgt noch wenig systematisch. In einer qualitativen Studie sind Beispiele dieser entwickelten Konzepte näher untersucht worden. Der Beitrag beleuchtet vor allem die Entwicklungs- und Umsetzungsstrategien, die in den Kliniken genutzt worden sind. Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass Krankenhäuser mit der Entwicklung demenzspezifischer Konzepte Neuland betreten, weil sie weder in anderen Settings erprobte Ansätze einfach übernehmen können, noch auf langjährige Erfahrung und Wissen der Mitarbeiter im Umgang mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen aufbauen können.

## Schlüsselwörter

Demenz, Krankenhaus, Versorgung, Konzeptentwicklung

## 1. Hintergrund

---

eingereicht 20.11.2013  
akzeptiert 14.03.2014

Die demografische Entwicklung in Deutschland hat Auswirkungen auf den Krankenhaussektor. Der Anteil der Älteren unter den Krankenhauspatienten nimmt stetig zu, bis zum Jahr 2030 werden die 60- bis unter 80-jährigen knapp 42% der Krankenhauspatienten ausmachen, die über 80-jährigen ungefähr 21% (Statistisches Bundesamt 2010). Von diesen Krankenhauspatienten wird ein nicht unerheblicher Anteil auch an Demenz erkrankt sein, da das Erkrankungsrisiko mit zunehmenden Alter steigt. Zuverlässige Zahlen bezüglich der Prävalenz von kognitiven Einschränkungen bei Krankenhauspatienten liegen derzeit nicht vor. In internationalen Studien ermittelte Angaben zu Prävalenzraten weisen eine große Streubreite auf, die von 3,4% bis 43,3% reicht (Pinkert et al. 2012). Allerdings tritt die Demenz bei einer Krankenhausbehandlung fast ausschließlich als Nebendiagnose auf. Menschen mit kognitiven Einschränkungen werden vor allem wegen sturzbedingter Frakturen, Infektionen, ernährungsbedingter Störungen oder Exsikkose im Krankenhaus behandelt und nicht wegen der Demenz selbst (Pinkert et al. 2012).

Für Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Demenz kann eine Krankenhausbehandlung mit Risiken und negativen Folgen verbunden sein. Dazu zählen unter anderem höhere Mortalitätsraten, eine längere Verweildauer und damit einhergehende höhere Behandlungskosten als für vergleichbare Patienten, die nicht an Demenz erkrankt sind (Guijarro et al. 2010, Laditka et al. 2005, Lang et al. 2006, Lyketsos et al. 2000, Marengoni et al. 2010). Außerdem haben diese Patienten ein hohes Risiko für die Entwicklung eines Delirs (Margiotta et al. 2006), sowie die Verschlechterung ihrer physisch-funktionalen Fähigkeiten (Zekry et al. 2008). Patienten mit kognitiven Einschränkungen und ihre Angehörigen fühlen sich im Krankenhaus nicht immer ausreichend wahrgenommen, wertgeschätzt, einbezogen und informiert (Cowdell 2010, Edwardsson et al. 2008, Jurgens et al. 2012, Walther Nufer et al. 2011).

Für die Behandelnden im Krankenhaus bedeutet die Versorgung von Menschen mit Demenz eine ungewohnte Behandlungssituation. Denn Aufgaben, die für die Betreuung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus wichtig erscheinen, wie etwa Tagesstrukturierung, Angehörigenarbeit, biografieorientierte Pflege usw. gehören bisher nicht unbedingt zum professionellen Repertoire in der klinischen Akutversorgung. Auch strukturelle Faktoren, wie die räumliche Gestaltung des Krankenhauses, Personaleinsatz und -qualifikation, Aufgabenzuschnitte u. v. m. sind nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit verminderten kognitiven Fähigkeiten abgestimmt. Diese Situation kann nicht nur für die erkrankten Menschen, sondern auch für die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu stressreichen und problematischen Situationen führen (Kleina et al. 2007).

Kirchen-Peters (2012) konnte in einer deutschlandweiten Befragung von Leitungskräften aus Krankenhäusern eine Vielzahl von individuellen, institutionellen und übergeordneten Barrieren für die Umsetzung von demenzsensiblen Versorgungskonzepten ausmachen. Dazu zählen u. a. ein geringer Stellenwert psychischer Begleiterkrankungen, die Unkenntnis demenzsensibler Konzepte wie zum Beispiel pflegerisch-therapeutische Umgangskonzepte, die schwierige Identifizierung von Patienten mit

Demenz, eine zunehmende Spezialisierung und Ablauforientierung in der Versorgung, befürchtete Mehrkosten und fehlender Raum für Austausch und Kreativität für die an der Versorgung beteiligten Mitarbeiter.

Dennoch haben mittlerweile Kliniken in Deutschland begonnen, Konzepte für eine bessere Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Akutversorgung zu entwickeln und umzusetzen. Einen Überblick über bundesdeutsche Modellvorhaben bietet eine Broschüre, die das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) in Zusammenarbeit mit dem Diözesancharitasverband für das Erzbistum Köln zusammengestellt hat (Kraus et al. 2012). Allerdings verweist diese Arbeit darauf, dass nur wenige Krankenhäuser öffentlich zugängliche Informationen über ihre Konzepte zur Verfügung stellen. In den wenigen wissenschaftlich begleiteten Projekten wurden vor allem die erreichten Ergebnisse der Konzepte untersucht, sodass kaum Erkenntnisse über die Entscheidungskriterien und Umsetzungsstrategien vorliegen.

Am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Witten wurde in der Zeit von Juli 2011 bis Januar 2012 eine Studie durchgeführt, die zum Ziel hatte, in einer explorativen Erhebung die Entwicklung, Ausgestaltung und Umsetzung bereits vorhandener, spezifischer Ansätze zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu erheben und differenziert zu beschreiben.

Im Folgenden werden Teilergebnisse der Studie dargestellt, die den Prozess der Entwicklung und Umsetzung dieser Konzepte fokussieren.

## 2. Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Die Studie lässt sich einordnen in die organisationsbezogene Versorgungsforschung, die unter anderem das Ziel verfolgt, personelle, soziale, materielle und versorgungsbezogene Strukturen und Prozesse zu beschreiben und zu erklären, sowie Konzepte zur Optimierung der Gesundheitsorganisation empirie- und theorieorientiert zu entwickeln (Pfaff et al. 2010). Für die Studie wurde ein qualitatives Design gewählt, weil es zu den spezifischen Rahmenbedingungen der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus bisher wenige Erkenntnisse gibt. Außerdem wurde durch eine offene Befragung die Möglichkeit gegeben, einen vertieften Einblick in die Beweggründe und Entscheidungsprozesse hinsichtlich der Umsetzung eines Konzeptes zu gewinnen, die aus der Perspektive der Untersuchungsteilnehmer relevant erschienen. Es wurden Kliniken kontaktiert, von denen durch ihre Öffentlichkeitsarbeit oder durch personenbezogene Kontakte bekannt war, dass sie seit längerem Projekte zur Entwicklung und Umsetzung von demenzspezifischen Konzepten durchführen. Ausgeschlossen wurden solche Kliniken, die sich im Prozess der Entwicklung, Implementierung oder wissenschaftlichen Evaluation ihres Konzeptes befanden.

Die für die hier dargestellte Teilstudie leitenden Forschungsfragen lauten: Welche Gründe lassen sich für die Entwicklung spezifischer Konzepte erschließen? Unter welchen Rahmenbedingungen werden demenzspezifische Konzepte entwickelt? Welche

Strategien werden bei der Entwicklung und Umsetzung der Versorgungskonzepte genutzt?

## **2.1 Methoden der Datenerhebung und -analyse**

Auf der Ebene der Krankenhaus-Projektleitung bzw. auf der Führungsebene der Krankenhäuser wurden Experteninterviews durchgeführt. Als Experten wurden die Personen betrachtet, die in ihrer Rolle als Projektinitiatoren oder Projektbeteiligte über spezifisches Kontext- und Betriebswissen (Meuser et al. 1997) verfügten. Die Interviews wurden durch einen Leitfadensystem strukturiert, der auf der Grundlage einer vorangegangenen Literaturlanalyse entwickelt wurde. Die Gespräche wurden digital aufgenommen und später wortwörtlich transkribiert. Die Analyse der Interviews erfolgte inhaltsanalytisch in Anlehnung an Mayring (2010). Bei der inhaltlich strukturierenden Analyse wurden aus dem Textmaterial thematische Kategorien gebildet, die sich in einem ersten Codierschritt an den Themenkomplexen des Interviewleitfadens orientierten und in einer weiteren Codierphase am Material selbst entwickelt wurden (Kuckartz 2012). Im Rahmen der Interviewanalyse ist die Software Maxqda 11 verwendet worden.

## **2.2 Ethische Überlegungen**

Die Interviewpartner haben nach ausführlicher Information über die Studie und der Zusicherung der Vertraulichkeit ihrer Daten schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme gegeben. Die Studie erhielt ein ethisches Clearing von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP).

## **3. Ergebnisse**

In der Ergebnisdarstellung erfolgt die Beschreibung der Kategorien Entscheidungsmotive, Einflussfaktoren und Strategien der Entwicklung und Umsetzung. Zur Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und Darstellung konkreter Beispiele sind bei der Ergebnisdarstellung wörtliche Zitate der Interviewten eingefügt worden.

### **3.1 Stichprobe**

Die Gelegenheitsstichprobe bestand aus 15 Experten aus insgesamt sieben Kliniken in vier Bundesländern. Zwölf Interviewte kamen aus der Berufsgruppe der Pflegenden (Leitungsebene, Innerbetriebliche Fortbildung, Qualitätsmanagement) und drei aus der Berufsgruppe der Mediziner (Chefarzt, Oberarzt, Stationsarzt). Das Sample bestand aus zehn Frauen und fünf Männern, der Altersdurchschnitt lag bei 47 Jahren (27 - 64). Die Interviews fanden jeweils an einem von den Interviewten selbst gewählten Ort innerhalb der Klinik statt und dauerten durchschnittlich 40 Minuten.

### **3.2 Entscheidungsmotive**



Die Interviewten haben sich bei der Entscheidung für einen Ansatz von zwei Fragen leiten lassen:

1. Welche Angebote und Hilfeleistungen benötigen die Patienten?
2. Welche Veränderungen sind unter den gegebenen Bedingungen möglich?

Ausgehend von einer eher fachlich begründeten Konzeptentwicklung standen vor allem therapeutische Zielsetzungen (z. B. Erhalt oder Verbesserung der physisch-funktionalen Fähigkeiten) und die damit verbundene Notwendigkeit der Spezialisierung von Professionellen sowie Sicherheitsaspekte (z. B. Reduzierung von Stürzen oder Verminderung von Orientierungslosigkeit) im Vordergrund. Dort, wo vor allem die zum Teil beschränkenden Rahmenbedingungen ausschlaggebend waren, wurde die Konzeptentwicklung durch fehlende Interdisziplinarität und den Mangel an qualifiziertem Personal mitbestimmt.

### Therapeutische Ziele

In einigen Kliniken werden mit der Entwicklung von speziellen Konzepten für Menschen mit kognitiven Einschränkungen vor allem therapeutische Ziele verfolgt. Im Vordergrund stehen rehabilitative Maßnahmen, wie zum Beispiel die Verbesserung der Alltagskompetenzen, der Orientierung oder Mobilität. Der Erhalt oder die Förderung noch vorhandener Ressourcen erscheint auf Spezialstationen für kognitiv eingeschränkte Patienten eher realisierbar zu sein, als bei dezentralen Konzepten, die auf der punktuellen Unterstützung durch Multiplikatoren oder Beratungsteams beruhen.

Mit der therapeutischen Ausrichtung auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz geht notwendigerweise auch eine Spezialisierung des Personals oder einer ganzen Fachabteilung einher. Spezialstationen benötigen in der Regel fachkompetente Mitarbeiter in sämtlichen Berufsgruppen. Die Behandlung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen auf dafür spezialisierten Stationen oder Abteilungen folgt zum Teil auch bewusst einem aktuellen Trend in der Altersmedizin.

*Das ist keine Station, wo – die Leute hinkommen, die unruhig sind und die dann so gemacht wird, dass man seine Ruhe hat und in Ruhe (...) seiner Tätigkeit nachkommen kann, im Gegenteil, es ist ein ganz, (...) es ist eine sehr spannende, interessante Medizin, die einem sehr viel Freude geben kann, die aber auch sehr viel Fachwissen voraussetzt, die auch sehr viel Engagement voraussetzt, weil es ein ganz anderer Ablauf ist, nicht. RL 1, 44*

Eine Spezialisierung oder rehabilitative Ausrichtung kann unter Umständen auch dazu führen, dass Patienten, bei denen rehabilitative Maßnahmen nicht mehr sinnvoll erscheinen, von diesen Konzepten ausgeschlossen sind. Dies könnte zum Beispiel für Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Demenz gelten.

*Also es ist ein bisschen so, dass da, ja, das Pflegepersonal von anderen Stationen – das ist oft ein bisschen schwierig zu handeln, ne, und zu sagen, also wir möchten jetzt nicht diese Patienten haben, die nur Pflegefälle sind, also, die gar nicht mehr aus dem Bett raus kommen, wo man also die Sachen, die wir haben, die Möglichkeiten, das, was wir anbieten, mit den*

*Patienten gar nicht mehr handeln kann.* KI6, 69

Aus fachlicher Sicht ist auch das Schaffen eines besonderen Settings erforderlich. Wahrnehmungsbeeinträchtigte und unruhige Patienten erscheinen durch äußere Reize leicht irritierbar zu sein und benötigen daher eine Umgebung, die Ruhe und Orientierung ermöglicht. Die Etablierung einer separaten Station ausschließlich für diese Patienten entspricht diesem Ziel am besten, aber auch die wohnliche Einrichtung einzelner Patientenzimmer oder Aufenthaltsräume auf allgemeinen Stationen wird zu diesem Zweck umgesetzt.

### Patientensicherheit

Die Interviewten berichten, dass häufig auch Sicherheitsaspekte ausschlaggebend für die Entwicklung von Versorgungskonzepten gewesen sind. Orientierungsbeeinträchtigte Patienten, die sich leicht verirren, oder solche, die einen hohen Bewegungsdrang haben, können das Krankenhaus unbemerkt verlassen und erzeugen dadurch sowohl bei den Professionellen, aber auch bei den Angehörigen Stress und Unbehagen.

Für eine möglichst sichere und uneingeschränkte Bewegungsfreiheit wurden zum Teil besonders geschützte Stationsbereiche oder Patientenzimmer eingerichtet. Auch der Einsatz von technischen Hilfsmitteln wie GPS-Systeme oder Sensormatten stellten Voraussetzungen für eine möglichst sichere Umgebung dar.

Das Einrichten spezieller Bereiche für Menschen mit Demenz geschieht zum Teil auch mit der Absicht, den übrigen Krankenhausbetrieb zu entlasten und kognitiv nicht eingeschränkte Patienten vor den als agitiert und verwirrt wahrgenommenen Patienten mit Demenz zu schützen. Hier stellt also auch die Sicherheit der kognitiv unbeeinträchtigten Patienten einen Beweggrund für die Veränderung der Versorgungsorganisation dar.

### Fehlende Interdisziplinarität

Die Initiative für die Entwicklung von demenzgerechten Versorgungskonzepten kam häufig aus der Berufsgruppe der Pflegenden. Da eine breite Beteiligung aller Berufsgruppen unrealistisch erschien, wurden Konzepte entwickelt, die auch allein von Pflegenden getragen werden können. Die Beschränkungen, die diese Konzepte vor allem auch in fachlicher Hinsicht mit sich bringen, sind damit in Kauf genommen worden.

*Da habe ich jemand aus [Großstadt in Niedersachsen] getroffen, die sagte mir: Ja, wir hatten da auch mal so eine Station – für verwirrte Patienten. Und da wurde dann alles abgeladen, was geht, ja. Die waren froh, dass sie die los waren und da ist dann auch kein Arzt mehr aufgetaucht. So. Und das ist natürlich die Gefahr bei so einem – segregativen Konzept. (...) Wir haben leider keine geriatrische Abteilung hier im Haus. Wenn wir das hätten, wäre das was anderes. Dann ist sozusagen der Geriater der Keyholder, der sich darum kümmert, dass der Patient auch von der ärztlichen Seite gut versorgt ist und holt sich die anderen Fachge-*

*sellschaften als Konsiliardienst dazu. Das ist hier leider nicht so.* GJ11, 52

Vor allem die fehlende Beteiligung der Mediziner begrenzt die Möglichkeiten von demenzspezifischen Konzepten. Denn erstens steht die medizinische Behandlung im Krankenhaus im Vordergrund und muss dementsprechend auch in den zu entwickelnden Konzepten Berücksichtigung finden. Zudem fließen in einige neu entwickelte Konzepte auch ein veränderter Umgang mit Psychopharmaka oder der Einsatz diagnostischer Assessments, wie z. B. der Minimal State Test ein. Für diese Ansätze sind die Akzeptanz und die Mitarbeit von Medizinern erforderlich.

### Mangel an qualifizierten Mitarbeitern

Für eine breite, flächendeckende Umsetzung von demenzgerechten Versorgungskonzepten werden auf allen Stationen und in allen Bereichen Mitarbeiter benötigt, die für den speziellen Umgang mit Menschen mit Demenz qualifiziert sind. Da aber offensichtlich die Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern, zumindest im Bereich der Pflege, stetig abnimmt, können nur einige wenige Experten ausgebildet werden.

*(...) das, was ich heute noch als dreijährig Ausgebildete als Stammpersonal auf den Stationen habe, werde ich möglicherweise in den nächsten Jahren gar nicht so halten können. Und dann ist es nochmal wichtiger, zu sagen, wir haben da eine Spezialmannschaft, ja, die man zu solchen Problemen aber dann auch rufen kann.* GJ10, 21

Es wird darauf gesetzt, dass diese Experten nicht nur für die Begleitung und Betreuung der demenzkranken Patienten zuständig sind, sondern dass sie darüber hinaus auch ihre eigenen Berufskollegen beraten und auf diese Weise zumindest für eine Sensibilisierung für das Thema Demenz sorgen. Die geringe Ausstattung mit (zusätzlichem) qualifiziertem Personal ermöglicht in der Regel auch keine eigenständige Station für Patienten mit kognitiven Einschränkungen. Lediglich in einer Klinik wurde wegen der Allgegenwärtigkeit der Patienten mit Demenz auf allen Stationen eine Schulung sämtlicher Mitarbeiter (in der Pflege) in Erwägung gezogen.

### 3.3 Einflussfaktoren

In der Entwicklung und Umsetzung der Konzepte haben sich einige Faktoren als beeinflussend oder begrenzend erwiesen. Dazu zählen einerseits die finanziellen und baulichen Rahmenbedingungen von Krankenhäusern, aber auch die Haltung und Einstellung der Professionellen zu älteren Patienten.

### Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung der Krankenhausbehandlung über die DRG sieht vor allem die Behandlung eines Organleidens vor und hält für die besonders aufwendige Pflege von kognitiv beeinträchtigten oder multimorbiden Patienten keine zusätzlichen finanziel-

len Ressourcen bereit. Insbesondere für die personelle Ausgestaltung von demenzspezifischen Ansätzen ist die begrenzte Aussicht auf Refinanzierung daher oft der wichtigste Einflussfaktor, der die Entscheidung auf Konzepte lenkt, die mit möglichst geringem Personalaufwand umgesetzt werden können.

Ein weiterer Faktor, der auch in Zusammenhang mit der Finanzierung der Krankenhausbehandlung steht, ist die kurze Verweildauer der Patienten in Krankenhäusern. Was aus ökonomischer Sicht für die Krankenhäuser sinnvoll erscheint, ist für die auf eine möglichst vertrauensvolle und konstante Interaktionen zwischen Pflegenden oder Behandelnden und Patienten basierenden demenzspezifischen Versorgungskonzepte nachteilig. Deshalb ist die bloße Übertragung von Konzepten aus der Altenpflege gelegentlich auch daran gescheitert, dass zum Beispiel für ein Biografieassessment und eine darauf Bezug nehmende Versorgung die Zeit im Krankenhaus nicht ausreicht.

*Von daher auch so Sachen, Biographiearbeit oder so, das, die sind zweieinhalb Wochen bei uns. Das ist, im Einzelfall versuchen wir das mal, wenn eine ganz komische Charaktereigenschaft sehr akzentuiert zutage tritt, gelingt es manchmal dann durch Gespräche mit den Kindern irgendwie rauszuhören (...) aber – so richtig rausarbeiten können wir das (...) nicht wirklich. HK1, 39*

Die fehlende adäquate Finanzierung von demenzspezifischen Versorgungsangeboten stellt die Kliniken vor die Herausforderung, mit den bestehenden Ressourcen kreativ umzugehen.

### Möglichkeiten der baulichen Umgestaltung

Die baulichen Gegebenheiten der Kliniken hatten zum Teil auch einen Einfluss im Hinblick auf die Entscheidung zwischen der Etablierung einer eigenen Station für die Patienten mit Demenz oder dem Aufbau von dezentralen Beratungsstrukturen. Dezentrale Beratungsstrukturen funktionieren in der Regel auch ohne bauliche Anpassungen. Spezielle Stationen lassen sich jedoch auch nur dann realisieren, wenn die bauliche Substanz dafür geeignet erscheint.

Insgesamt stellen aus der Sicht der befragten Experten die zum Teil notwendigen baulichen Veränderungen aber eine geringere Hürde dar, als zum Beispiel die Sensibilisierung der Mitarbeiter oder die interdisziplinäre Ausrichtung der entwickelten Konzepte.

### Haltung und Einstellung der Mitarbeiter

Ein wesentlicher Faktor ist auch die Haltung und Einstellung der Mitarbeiter gegenüber älteren Patienten. Nicht alle Pflegekräfte oder Ärzte im Krankenhaus wollen gerne mit alten, verwirrten Patienten arbeiten. Diejenigen, die sich für den Arbeitsplatz Krankenhaus entscheiden, haben die akutmedizinische oder akutpflegerische Versorgung im Blick. Die Pflege und Behandlung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen wird durchweg als anspruchsvoll und vor allem belastend beschrieben. Alle

Projektinitiatoren sind sich darin einig, dass für die Umsetzung der entwickelten Ansätze nur engagierte Mitarbeiter in Frage kommen, die eine positive Einstellung gegenüber alten Menschen haben.

*Man muss Pflegekräfte haben, die sich damit identifizieren, die – Spaß an so was haben. Es gehört ja schon auch eine gewisse – Frustrationstoleranz dazu, mit so einem Menschen umzugehen. Wenn man jeden Tag immer wieder das Gleiche wiederholt, das ist nicht jedermanns Sache, auf so alte Menschen dann auch einzugehen. Und, und, also jetzt so im persönlichen Umgang mit den Patienten. GJ11, 79*

Alle Konzepte zielen im Grunde darauf ab, dass einige engagierte Mitarbeiter, die sich trotz Belastung und Stress für diese Arbeit entscheiden, alle anderen Professionellen entlasten. Die Gewinnung von Personal, das die entwickelten Konzepte dann auf der alltagspraktischen Ebene auch engagiert umsetzt, war in einigen Kliniken mühevoll. So konnten in einer Klinik zum Beispiel nicht alle pflegerischen Stellen für ein Beratungsteam besetzt werden, weil es nicht genug Interessierte dafür gab. Nicht überall ist jedoch die Suche nach engagiertem Personal erfolglos geblieben. Denn einige Pflegenden sahen in der Versorgung von Patienten mit Demenz auch eine Chance, ihr pflegerisches Wissen und Können einzusetzen und zu erweitern.

### 3.4 Strategien der Entwicklung und Umsetzung

Die entwickelten Konzepte bestehen in allen untersuchten Kliniken aus vielen verschiedenen Bausteinen. Die einzelnen Aspekte lassen sich zwar bestehenden, bekannten Interventionen zuordnen, doch in der praktischen Umsetzung sind überall Modifikationen vorgenommen worden, die überwiegend den beschränkenden Rahmenbedingungen, aber zum Teil auch der geringen Praktikabilität geschuldet sind. Diese Heterogenität in der inhaltlichen Ausgestaltung der Konzepte geht einher mit unterschiedlichen Strategien der Entwicklung und Umsetzung der Konzepte.

#### Ausprobieren

In vielen Kliniken waren zunächst kaum Wissen und Erfahrung zu Versorgungskonzepten für Menschen mit Demenz vorhanden. Nach dem anfänglichen Sammeln von Ideen oder dem theoretischen Erarbeiten eines Konzeptes folgte daher häufig eine Phase des Ausprobierens, in der zum Beispiel mit Schulungsmaßnahmen oder baulichen Anpassungen begonnen wurde.

*(...) wir hatten ja überhaupt keine Erfahrung, (lachend) das muss ich ja auch dazu sagen, ne, sondern wir sind eingestiegen und haben gesagt, ja, wie ich anfangs eben schon erwähnt habe, wo haben wir unsere Punkte gesehen, die wir eigentlich verändern und verbessern wollen. GJ5, 47*

Auch dort, wo Konzepte wie zum Beispiel Milieuthérapie oder Validation bekannt wa-

ren, hat selten die komplette Übernahme des Konzeptes stattgefunden, sondern es wurden lediglich die Elemente genutzt, die sinnvoll erschienen. Denn einige Ideen haben sich erst in der alltäglichen Umsetzung als nicht hilfreich erwiesen. In einer Klinik zeigte sich zum Beispiel, dass die ständige Anwesenheit von Betreuungspersonen und ein vertrauensvoller Umgang mit den Patienten einen besseren biografischen Zugang zu den Patienten ermöglichten, als die anfänglich für diesen Zweck angeschafften Materialien. Auch die Verteilung von Aufgaben auf unterschiedlich qualifizierte Mitarbeiter ist erprobt und gegebenenfalls angepasst worden. Viele Experten sahen das Ausprobieren von Verbesserungsansätzen grundsätzlich auch als eine andauernde Entwicklungsaufgabe an, die kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst werden muss. Da es an krankenhausspezifischen Konzepten für die Versorgung von Menschen mit Demenz mangelt, war das Ausprobieren für die Experten unumgänglich, um für die Rahmenbedingungen der eigenen Klinik angepasste und praktikable Ansätze zu entwickeln.

### Problemanalyse

Nur in zwei Kliniken wurde vor der Entwicklung von Versorgungskonzepten zunächst eine Problemanalyse durchgeführt. In diesen Analysen sind kritische Ereignisse, wie zum Beispiel Fixierungen oder Stürze, die Häufigkeit der Nebendiagnose Demenz oder das Wissen der Professionellen über die Erkrankung Demenz erfasst worden.

Die Problemanalyse ist häufig auch genutzt worden, um die Führungsverantwortlichen von der Notwendigkeit einer Veränderung zu überzeugen. Nicht immer ist allerdings gezielt ein Konzept ausgesucht worden, das eine direkte Antwort auf die analysierten Probleme gewesen wäre. Außerdem wurden diese Ausgangserhebungen später nicht mehr dazu verwendet, um nach der Einführung von Veränderungen deren Wirksamkeit zu überprüfen.

### Beratung und Erfahrungsaustausch nutzen

Vor der Entwicklung und Umsetzung von Veränderungen haben alle interviewten Experten auch die Unterstützung von Mitarbeitern anderer Berufsgruppen, von externen Einrichtungen oder Selbsthilfegruppen in Anspruch genommen. Ebenso wichtig erschien das Lesen von Fachliteratur oder die Recherche im Internet zu Modellstationen oder einzelnen Konzepten. In einer Klinik wurde die Einführung von Veränderungen auch durch eine externe Beraterin begleitet.

Zusätzlich haben viele Mitarbeiter auch die Gelegenheit genutzt, in Pflegeeinrichtungen oder auf gerontopsychiatrischen Stationen zu hospitieren oder sich Modellstationen anzusehen, um von den Erfahrungen der dort Tätigen zu lernen. Die häufige Nutzung von Beratung und Erfahrungsaustausch macht deutlich, auf wie wenig Wissen und eigene Erfahrung die Professionellen im Krankenhaus bei der Entwicklung

von demenzspezifischen Konzepten zurückgreifen können.

#### 4. Diskussion

Krankenhäuser, die ihre Versorgungsangebote und -strukturen auf die Bedürfnisse von Patienten mit Demenz ausrichten wollen, betreten mit der Entwicklung und Implementierung entsprechender Konzepte Neuland. Denn sie können dabei weder in anderen Settings erprobte Ansätze einfach übernehmen, noch auf den Erfahrungen und dem Wissen ihrer Mitarbeiter aufbauen. Die Analyse des Prozesses der Entwicklung und Implementierung solcher Versorgungskonzepte macht darüber hinaus auf vier Aspekte aufmerksam.

Erstens sind für die Umsetzung von Konzepten maßgeblich die jeweiligen Rahmenbedingungen der Kliniken entscheidend. Und diese sind, wie gezeigt werden konnte, oftmals beschränkend und begrenzend. Es ist in den Kliniken nicht immer das umgesetzt worden, was aus fachlicher Sicht sinnvoll erschien, sondern was unter den gegebenen Umständen machbar war. In einer Studie von Borbasi et al. (2006) wurden ähnliche Faktoren identifiziert, die die bestmögliche Versorgung von Patienten mit Demenz behindert haben. Dazu zählen eine ungeeignete bauliche Ausstattung des Krankenhauses, ein überlastetes und mit ungenügenden Ressourcen ausgestattetes Versorgungssystem, sowie begrenztes Wissen und Verständnis der Professionellen.

Ein zweiter Aspekt sind die mit den Konzepten verfolgten Zielsetzungen. Einerseits werden therapeutische Ziele in den Vordergrund gestellt. Die Patienten sollen während des Krankenhausaufenthaltes möglichst ihre kognitiven und physischen Fähigkeiten nicht einbüßen. Aus diesem Grund werden in der Geriatrie Spezialstationen, auf denen ein multiprofessionelles Team arbeitet, präferiert (Hofmann 2012). Ohne geriatrische Expertise ist die Etablierung einer Spezialstation für Patienten mit kognitiven Einschränkungen erheblich erschwert. Auf der anderen Seite stehen Konzepte, die vor allem die Sicherheit der Patienten mit Demenz und Aspekte wie Beschäftigung oder Begleitung in den Blick nehmen. Diese Konzepte lasten in der Regel allein auf den Schultern der Pflegenden und stoßen damit zwangsläufig an Grenzen. Denn die komplexe Versorgungssituation von Patienten mit Demenz kann nicht alleine von einer Berufsgruppe getragen werden, wenn das Ziel der Versorgung nicht nur in der Behandlung der akuten Erkrankung, sondern auch in der Vermeidung von Komplikationen und dem Erhalt oder der Förderung der Ressourcen und des Wohlbefindens der Patienten besteht, sowie eine Entlassung in das gewohnte Versorgungssetting erreicht werden soll. Für eine solche ressourcenorientierte Versorgung von älteren Patienten durch ein multidisziplinäres Team existieren im internationalen Kontext bereits erprobte Ansätze, die diesen Herausforderungen erfolgreich begegnen, wie zum Beispiel das ACE Modell (Acute Care for the Elderly) (Benedict et al. 2006, Krall et al. 2012, Lehman et al. 2006). Auf diesen speziellen Stationen werden ein personenzentrierter Ansatz verfolgt und Interventionen zum Erhalt der physischen und kognitiven Fähigkeiten im Rahmen einer multiprofessionellen Versorgung umgesetzt. Bei der steigenden Anzahl von

Patienten mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus sind Lösungen notwendig, die nicht nur punktuell ansetzen, sondern überall dort zum Tragen kommen, wo Patienten einen besonderen Unterstützungsbedarf haben.

Die Analysen zeigen drittens, dass bei der Entwicklung und Umsetzung von Versorgungsangeboten ausschließlich das Setting Krankenhaus in den Blick genommen wurde. Zwar stellt ein Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Demenz nur eine kurze Episode im Krankheitsverlauf dar, er kann dennoch weitreichende Konsequenzen für die weitere Gestaltung der Versorgung haben. Mehrere Studien zeigen, dass z. B. eine Verschlechterung der physischen und kognitiven Fähigkeiten von Patienten während des Krankenhausaufenthaltes nicht selten dazu führt, dass diese nach der Entlassung nicht wieder in ihre gewohnte häusliche Umgebung zurückkehren können, sondern vorübergehend oder dauerhaft in eine stationäre Pflegeeinrichtung übersiedeln müssen (Mukadam & Sampson 2010). Um Diskontinuitäten in der Versorgung durch eine Krankenhausbehandlung möglichst zu begrenzen oder zu vermeiden, sind Versorgungskonzepte erforderlich, die Setting übergreifend wirksam werden. Internationale Studien weisen darauf hin, dass gerade chronisch kranke ältere Menschen durch Versorgungslücken gefährdet sind (Coleman et al. 2006; Naylor 2009) und deshalb einen großen Bedarf an Versorgungsangeboten haben, die die Übergänge von einem Setting in ein anderes gestalten (transitional care) (Naylor 2009). Denn Versorgungslücken führen häufig zu unerwünschten Ereignissen, geringer Zufriedenheit und zu hohen Rehospitalisierungsraten. Ursachen dafür werden unter anderem in schlechter Kommunikation an Schnittstellen, eingeschränktem Zugang zu einzelnen Versorgungsangeboten und dem Fehlen von Kontinuität im Versorgungsmanagement gesehen (Naylor 2009). Demenzspezifische Transitional Care oder Case Management Modelle sind in Deutschland bisher nicht etabliert. Der Zusammenschluss und die Kooperation von unterschiedlichen Akteuren der Gesundheitsversorgung in regionalen Demenznetzen stellen einen Ansatz dar, um die strukturellen Voraussetzungen für eine kontinuierliche Begleitung und Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen zu schaffen.

Schließlich geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass nicht nur die Entwicklung, sondern auch die Implementierung von demenzspezifischen Konzepten, vor allem wegen der beschränkenden Rahmenbedingungen, eine große Herausforderung darstellt. Diesem Umstand tragen Unterstützungsprogramme Rechnung, die in diesem Jahr durch die Landesministerien von NRW und Rheinland-Pfalz initiiert und finanziert wurden, um Krankenhäuser im Prozess der Entwicklung und Implementierung von demenzspezifischen Versorgungskonzepten zu beraten und begleiten. Auch die Robert-Bosch-Stiftung hat 2012 ein Förderprogramm gestartet, um ausgewählten Krankenhäusern durch die Finanzierung von Konzeptentwicklung und Studienreisen zu Modelleinrichtungen, sowie durch Vernetzung und Beratung die Umsetzung von Konzepten zu ermöglichen. Von diesen Projekten, die für eine Laufzeit von bis zu drei Jahren gefördert werden, dürfen wertvolle Erkenntnisse erwartet werden, die einen Beitrag dazu leisten, den Herausforderungen einer demenzgerechten Krankenhausver-



sorgung adäquat zu begegnen.

Aus den Ergebnissen lassen sich für die Entwicklung von Konzepten zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus folgende Anforderungen ableiten:

- Für die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus werden personelle und materielle Ressourcen benötigt, die die Krankenhäuser nur bei entsprechender Re-finanzierung zur Verfügung stellen können. Eine Abbildung des spezifischen medizinischen Aufwands über die DRG als auch des Pflegeaufwands über den PKMS ist derzeit nicht möglich. Diese beiden Finanzierungssysteme müssen für die speziellen Anforderungen von Menschen mit Demenz weiterentwickelt werden.
- Wenn das Ziel der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus die Aufrechterhaltung oder Verbesserung ihrer kognitiven und physisch-funktionalen Fähigkeiten ist, dann sind dazu multiprofessionelle Konzepte erforderlich, die genau darauf abzielen.
- Die Entwicklung und Implementierung von Case Management oder Transitional Care Modellen sollte vorangetrieben werden, um Kontinuität in der Versorgung über den gesamten Krankheitsverlauf für Menschen mit Demenz und ihre Familien zu gewährleisten.
- Für die nachhaltige Implementierung von Veränderungen sollten auch Erkenntnisse der Implementierungsforschung genutzt werden.

## 5. Grenzen der Studie

Die Aussagefähigkeit der Studie wird vor allem durch die relativ kleine Stichprobe begrenzt. Eine Übertragbarkeit oder Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Kliniken ist damit nicht gegeben. Dennoch tragen die dargelegten Erkenntnisse zu einem besseren Verständnis der Herausforderungen bei, denen Krankenhäuser sich bei der Etablierung demenzfreundlicher Strukturen stellen müssen.

## Literatur

- Bayrisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (2011): Betreuung von demenzkranken Menschen im Krankenhaus. München
- Benedict, L., Robinson, K., Holder, C. (2006): Clinical nurse specialist practice within the Acute Care for Elders interdisciplinary team model. *Clin Nurse Spec* 20(5), 248-251
- Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., Emden, C. (2006): Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice. *Geriatr Nurs* 27(5), 300-308
- Coleman, E.A., Parry, C., Chalmers, S., Min, S-J. (2006): The Care Transition Intervention. *Arch Int Med* 166(25), 1822-1828
- Cowdell, F. (2010): Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nurs Stand* 24(23), 42-48
- Edvardsson, D., Nordvall, K. (2008): Lost in the present but confident of the past: experiences of being in a

- psycho-geriatric unit as narrated by persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing* 17(4), 491-498
- Guijarro, R., San Roman, C.M., Gomez-Huelgas, R., Villalobos, A., Martin, M., Guil, M., Martinez-Gonzalez, M.A., Toledo, J.B. (2010): Impact of dementia on hospitalization. *Neuroepidemiology* 35(2), 101-108
- Heath, H., Sturdy, D., Wilcock, G. (2010): Improving quality of care for people with dementia in general hospitals. Harrow, Middlesex, RCN Publishing Company
- Hofmann, W. (2012): Krankenhäuser: Auf Demenz einstellen. *Die BKK*(12), 531
- Isfort, M., Gehlen, D., Kraus, S. (2012): Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Eine Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln. Köln: 116
- Jurgens, F. J., Clissett, P., Gladman, J.R., Harwood, R.H. (2012): Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study. *BMC Geriatr* 12, 57
- Kirchen-Peters, S. (2012): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Endbericht mit Handlungsempfehlungen. Saarbrücken, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.: 92
- Kleina, T., Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
- Krall, E., Close, J., Parker, J., Sudak, M., Lampert, S., Colonnelli, K. (2012): Innovation Pilot Study: Acute Care for Elderly (ACE) Unit - Promoting Patient-Centric Care. *Health Environments Research & Design Journal* 5(3), 90-98
- Kraus, S., Isfort, M. (2012): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine Übersicht und vergleichenden Analyse bundesdeutscher Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgungssituation akut erkrankter Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. und Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
- Kuckartz, U. (2012) *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* Weinheim/Basel. Beltz Juventa
- Laditka, J. N., Laditka, S.B., Cornman, C.B. (2005): Evaluating hospital care for individuals with Alzheimer's disease using inpatient quality indicators. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 20(27), 27-36
- Lang, P.-O., Heitz, D., Hédelin, G., Dramé, M., Jovenin, N., Ankri, J., Somme, D., Novella, J-L., Gauthier, J.B., Couturier, P., Voisin, T., De Wazière, B., Gonthier, R., Jeandel, C., Jolly, D., Saint-Jean, O., Blanchard, F. (2006): Early Markers of Prolonged Hospital Stays in Older People: A Prospective, Multicenter Study of 908 Inpatients in French Acute Hospitals. *Journal of the American Geriatrics Society* 54(7), 1031-1039
- Lehman, C. A., Tyler, S., Amador, L.F. (2006): Care of Patient with dementia in the acute setting. The role of the ACE unit. *Improving Hospital Care for Persons with Dementia.* N. M. Silverstein and K. Maslow. New York, Springer Publishing Company
- Lyketsos, C. G., Sheppard, J.M., Rabins, P.V. (2000): Dementia in elderly persons in a general hospital. *Am J Psychiatry* 157(5), 704-707
- Marengoni, A., Corrao, S., Nobili, A., Tettamanti, M., Pasina, L., Salerno, F., Iorio, A., Marcucci, M., Bonometti, F., Mannucci, P.M. (2010): In-hospital death according to dementia diagnosis in acutely ill elderly patients: the REPOSI study. *Int J Geriatr Psychiatry*
- Margiotta, A., Bianchetti, A., Ranieri, P., Trabucchi, M. (2006): Clinical characteristics and risk factors of delirium in demented and not demented elderly medical inpatients. *J Nutr Health Aging* 10(6), 535-539
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* Weinheim, Deutscher Studienverlag
- Meuser, M., Nagel, U. (1997): Das ExpertInneninterview. Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (pp. 481-491). Weinheim/München: Juventa
- Moon, A., Schneider, K., Morgan, C. (2012): Dementia Care in Hospital: Building on strength. A compendium of positive practice
- Moyle, W., Olorenshaw, R., Wallis, M., Borbasi, S. (2008): Best practice for the management of older pe-

- ople with dementia in the acute care setting: a review of the literature. *Int J Older People Nurs* 3(2), 121-130
- Mukadam, N., Sampson, E. L. (2011): A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. *International Psychogeriatrics* 23(3), 344-355
- Naylor, M. (2008): Transitional Care: Moving Patients from one care setting to another. *Am J Nurs* 108 (9 Suppl), 58-63
- Pfaff, H., Neugebauer, E.A.M., Glaeske, G., Schrappe, M. (2010): *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung*. Stuttgart, Schattauer GmbH
- Pinkert, C., Holle, B. (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45(8), 728-734
- Statistisches Bundesamt (2010). *Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden, Statistische Ämter des Bundes und der Länder: 44.
- Walther Nufer, T., Spichiger, E. (2011): Wie Angehörige von Patientinnen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben: Eine qualitative Studie. *Pflege* 24(4), 229-237
- Zekry, D., Herrmann, F.R., Grandjean, R., Meynet, M.P., Michel, J.P., Gold, G., Krause, K.H (2008): Demented versus non-demented very old inpatients: the same comorbidities but poorer functional and nutritional status. *Age Ageing* 37(1), 83-89

*Christiane Pinkert, MScN*  
*Dr. Bernhard Holle, MScN*

Christiane Pinkert,  
 Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Witten  
 Stockumer Straße 12, 58453 Witten, christiane.pinkert@dzne.de

Katja Makowsky, Sabine Roebbers

## Entlastung und Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern durch Patenschaften: Ein Handlungsfeld auch für die psychiatrische Pflege?

Relief and support for children of mentally ill parents through mentoring: A field of action for psychiatric nursing?

Growing up with mentally ill parents and taking on caring responsibilities for the impaired parents might have a negative impact on the development and health of minor children. The requirements and needs of these children are largely overlooked in psychiatric care system. Mentoring for children of mentally ill parents is aimed at providing everyday support and re-

eingereicht 26.02.2014  
 akzeptiert 17.04.2014

lief for these adolescents. So far, the possible role of psychiatric nursing in mentoring programs has received little attention. This article demonstrates the results of the formative qualitative evaluation of a mentoring program for children of mentally ill parents in the region of Osnabrueck. The focus is on the program's benefits for the mentored children, their families and the volunteer mentors. Using qualitative semi-structured interviews the perspectives of users and informal providers were documented. The significance of professional nursing care for reaching the target group is discussed.

### Keywords

mentoring; children of mentally ill parents; psychiatric nursing

Minderjährige Kinder, die mit chronisch psychisch kranken Elternteilen aufwachsen und in deren Versorgung Verantwortung übernehmen, können in ihrer Entwicklung und Gesundheit beeinträchtigt werden. Die Bedarfe und Bedürfnisse dieser Kinder werden im psychiatrischen Versorgungssystem häufig übersehen. Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern zielen auf die alltagsnahe Unterstützung und Entlastung der Heranwachsenden ab. Bislang wird die mögliche Rolle der psychiatrischen Pflege in diesen Angeboten noch wenig beachtet. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der formativen qualitativen Evaluation eines Patenschaftsangebots für Kinder psychisch kranker Eltern in der Region Osnabrück aufgezeigt. Im Zentrum steht der subjektive Nutzen des Angebots für die begleiteten Kinder, deren Familien und die ehrenamtlichen Patenpersonen. Mittels qualitativer Leitfadenterviews wurden die Perspektiven der NutzerInnen und informellen AnbieterInnen erfasst. Die Bedeutung der professionellen Pflege für die Erreichung der Zielgruppe wird diskutiert.

### Schlüsselwörter

Patenschaften; Kinder psychisch kranker Eltern; psychiatrische Pflege

## 1. Einführung und Problemstellung

Psychische Erkrankungen betreffen immer das gesamte Familiensystem und stellen erhebliche Belastungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen dar. Im Kontext der Pflege und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden Kinder als (pflegende) Angehörige lange Zeit vergessen (vgl. Schone et al. 2006). Dabei fokussiert pflegewissenschaftliche Forschung mittlerweile zunehmend auch die Situation pflegender Angehöriger und integriert in diese Perspektive seit einigen Jahren auch die Kinder (z. B. Metzinger 2007). Die Erfassung der Sichtweise der Angehörigen ist eine wichtige Voraussetzung, um den Unterstützungsbedarf und die Unterstützungsbedürfnisse der Zielgruppen zu identifizieren und die Versorgung nutzerorientiert zu gestalten. Gerade die Kinder chronisch (psychisch) kranker Eltern werden mit zahlreichen Belastungen durch ihre Lebenssituation konfrontiert. Metzinger (2007: 17) verweist darauf, dass in vielen Familien minderjährige Kinder in die Pflege und Betreuung von chronisch körperlich oder psychisch kranken Angehörigen eingebunden sind und hier Verantwortung übernehmen. Insbesondere in Einelternefamilien, in denen der alleinerziehende Elternteil an einer dauerhaften Gesundheitsbeeinträchtigung leidet, werden die minderjährigen Kinder häufig zu deren primären Bezugspersonen (Met-

zing et al. 2007: 327). Kinder psychisch kranker Eltern haben ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten im Lebenslauf zu entwickeln (Ravens-Sieberer et al. 2007: 874). Neben einer genetisch bedingten Vulnerabilität für das Auftreten psychischer Störungen im weiteren Lebensverlauf (Lenz 2005: 13), sind die Heranwachsenden vielfach mit multiplen psychosozialen Risikofaktoren konfrontiert, die sich negativ auf ihre Gesundheit und Entwicklung auswirken können (Ihle et al. 2001: 1927-1929). Hierzu zählen u. a. sozioökonomische Schwierigkeiten, Isolation der Familie, Mangel an sozialer Unterstützung, gesellschaftliche Ausgrenzung sowie Beziehungskonflikte der Eltern mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für Trennung und Scheidung. In der Regel müssen die Kinder die Belastungen, die durch die elterliche psychische Störung entstehen, alleine bewältigen, weil im sozialen Umfeld keine verlässliche Bezugsperson verfügbar ist (Lenz 2005: 128).

Die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendhilfe sind gemeinsam in der Verantwortung, Konzepte zur Entlastung und alltagsnahen Unterstützung zur Verfügung zu stellen, die die komplexen Bedarfe und Bedürfnisse der betroffenen Elternteile und ihrer Kinder gleichermaßen berücksichtigen. Aufgrund der vielfach noch stark verankerten strikten sektoralen Trennung zwischen dem Gesundheitswesen (hier: Psychiatrie) und dem Sozialsystem (hier: Kinder- und Jugendhilfe) setzen Angebote zur Krankheitsbewältigung und Entlastung entweder hauptsächlich an der Unterstützung der psychisch kranken Elternteile an oder fokussieren ausschließlich die kindlichen Bedürfnisse (Reinisch et al. 2011: 64; Wagenblaus 2003: 211). Damit werden die Potenziale bestehender Angebote für die jeweils andere Nutzergruppe nur unzureichend berücksichtigt.

## 2. Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern

Ein innovatives Angebot zur alltagsnahen Unterstützung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sind Patenschaften für die Kinder. Diese Angebote basieren auf der Grundidee, Kindern psychisch kranker Elternteile ein kontinuierliches Beziehungsangebot außerhalb der Herkunftsfamilie zu schaffen. Hierfür wird dem Kind eine emotional stabile, ehrenamtliche Person an die Seite gestellt, die im sozialen Nahraum für das Kind verfügbar ist (Schreier et al. 2013: 16). Die Aufgaben dieser Patenperson bestehen darin, dem Kind verlässlichen Schutz und Entlastung in schwierigen Lebenssituationen anzubieten, wenn die Eltern keine ausreichende Stütze sein können (Trepte 2008: 83). Je nach Vereinbarung verbringen die Kinder regelmäßig, z. B. einmal in der Woche, Zeit zusammen mit ihrer außerfamiliären Bezugsperson. Menschen außerhalb des familiären Netzwerkes können Rückhalt in krankheitsbedingten Krisenzeiten der Elternteile geben und unmittelbar zur Problemreduzierung beitragen. Zudem fungieren diese Personen als Rollenvorbilder für aktives und konstruktives Bewältigungshandeln (Lenz et al. 2011: 281-282; Scales et al. 2006: 402, 410). Patenschaften ersetzen dabei nicht die Herkunftsfamilie, sondern erweitern die sozialen Beziehungen des Kindes. Gleichzeitig können die psychisch kranken Elternteile zeitweilig von ihrer Verantwortung dem Kind gegenüber entlastet werden und in ihrem

Lebensumfeld Unterstützung erfahren (Schreier et al. 2013: 16). Das erste bekannte Patenschaftsprogramm für die Zielgruppe der Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland wurde im Jahr 2000 in Hamburg, als Angebot des Pflegekindervereins PFIFF e. V., gegründet (Beckmann 2011: 18). Mittlerweile sind viele Programme dieser Art entstanden, die in ihrer regionalen Ausgestaltung (z. B. Art der Finanzierung, Frequenz der Kontakte zwischen Patenperson und Kind) z. T. erheblich variieren können (Görres et al. 2011: 56-60).

Patenschaftsangebote für Kinder und Jugendliche in belasteten Lebenslagen werden international in verschiedenen Kontexten (z. B. Bildung, Jugendarbeit, Public Health) eingesetzt und mit unterschiedlicher Zielsetzung evaluiert (Foster 2001; DuBois et al. 2011; DuBois et al. 2002; Rhodes 2008). Es konnten positive Effekte auf die Heranwachsenden nachgewiesen werden, wie geringere Raten an Schulabbrüchen sowie reduziertes Risikoverhalten. Der Fokus dieser Evaluationsstudien lag zumeist auf der Erfassung quantitativer Wirkungen des Angebots auf die Gesundheit bzw. das Verhalten der begleiteten Kinder. In Deutschland sind Patenschaftsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern zumeist in der Praxis entstanden und wurden nur in Ausnahmefällen wissenschaftlich begleitet und evaluiert (Schreier et al. 2013). Im Rahmen der qualitativen Evaluation des Bremer Patenschaftsmodells (PiB) wurden die Perspektiven der unterschiedlichen Beteiligten (Patenpersonen, psychisch kranke Elternteile sowie professionelle Leistungserbringer) einbezogen, um das Modell hinsichtlich seiner beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen beurteilen zu können. Es zeigte sich, dass Patenschaften von den Befragten als wichtiges Hilfs- und Entlastungsangebot für Kinder und ihre Eltern wahrgenommen werden (Schreier et al. 2013: 17-18, 37).

Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive stellt sich in diesem Kontext zum einen die Frage, inwieweit Patenschaftsangebote generell einen Beitrag zur Gesundheitsförderung der pflegenden Kinder und deren Familien leisten können, andererseits gilt es zu erfassen, welchen Beitrag professionell Pflegende z. B. im Rahmen der stationären psychiatrischen Pflege leisten oder leisten könnten, um das Zustandekommen einer Patenschaft zu fördern.

### 3. Hintergrund der Studie und Fragestellung

Der deutsche Kinderschutzbund Osnabrück bietet seit 2008 Einzelberatungen und Gruppenberatungen für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern an. Im Jahr 2012 wurden diese Angebote durch ein Patenschaftsangebot ergänzt. Die Ziele des Patenschaftsangebots bestehen dabei darin, die Kinder von den Herausforderungen im Alltag zu entlasten und die kindliche Gesundheit präventiv zu unterstützen, indem den Kindern eine verlässliche Bezugsperson für einen begrenzten Zeitraum an die Seite gestellt wird. Die ehrenamtlichen Patenpersonen verbringen an mindestens einem Nachmittage in der Woche Zeit mit den Kindern. Interessierte und geeignete Personen werden von den Mitarbeiterinnen des Kinderschutzbundes fachlich geschult und begleitet. Für das Patenschaftsangebot des Kinderschutzbundes liegt derzeit eine 2-jährige

Projektfinanzierung durch die Aktion Mensch (Laufzeit 2012-2014) vor. Nach Ablauf der Projektfinanzierung ist eine Übernahme des Programms in das Regelangebot mit einer Finanzierung durch die öffentliche Hand angestrebt.

Die Evaluation des Angebots erfolgte extern finanziert aus Mitteln der Fachhochschule Bielefeld, angegliedert an das Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG) der Fachhochschule Bielefeld. Somit bestand hinsichtlich der Finanzierung, Trägerschaft und der handelnden Akteure eine Trennung zwischen dem Praxisprojekt und der Evaluationsstudie. Letztere fand im Zeitraum April 2012 bis Dezember 2013 statt. Um Aufschluss über die Perspektiven der NutzerInnen, der ehrenamtlichen Patenpersonen sowie der involvierten LeistungsanbieterInnen zu erhalten, erfolgte eine qualitative, formative Evaluation. Forschungsleitend war folgende Fragestellung: Welche Einstellungen und Erwartungen sowie Erfahrungen sind mit der Teilnahme am Patenschaftsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern aus der Nutzer- und AnbieterInnenperspektive verbunden?

Als NutzerInnen wurden die Elternteile, die an einer psychischen Erkrankung leiden und deren Kinder durch das Patenschaftsangebot unterstützt werden sollen, einbezogen. Ursprünglich war beabsichtigt, auch die Sichtweise der Kinder, die in das Patenschaftsangebot involviert waren, zu erheben. Da sich die Elternteile der Kinder selbst jedoch sehr zurückhaltend an der Evaluationsstudie beteiligten und Vorbehalte gegen die Befragung ihrer Kinder äußerten, musste auf diese Perspektive verzichtet werden. Auf AnbieterInnenseite wurden die Koordinatorinnen des Patenschaftsangebots, als professionelle Dienstleister, sowie die ehrenamtlichen Patenpersonen, als informelle Leistungserbringer, in die Evaluation involviert. Die Darstellung der Ergebnisse bezieht sich auf die Perspektive der ehrenamtlichen Patenpersonen und der befragten Mütter.

#### 4. Methodik

Die qualitative Evaluationsforschung basiert auf qualitativen bzw. rekonstruktiven Verfahren, zeichnet sich durch ihre Gegenstandsangemessenheit aus und berücksichtigt die Perspektiven der Beteiligten (Flick 2012: 26-28). Der Fokus der Evaluation lag auf den individuellen Erfahrungen der einzelnen Beteiligten, so dass sich qualitative Vorgehensweisen eigneten. Durch das Literaturstudium in den Datenbanken Pubmed und CINAHL konnte bereits auf Vorwissen über den Untersuchungsgegenstand zurückgegriffen werden, so dass die Bildung eines Interviewleitfadens möglich war. Zur Datenerhebung wurden zwischen Juni und September 2013 mit 10 ehrenamtlichen Patinnen und 4 psychisch erkrankten Müttern problemzentrierte Interviews geführt (Kurz et al. 2007; Witzel 1982). Der Zugang zu den Teilnehmerinnen erfolgte über die Mitarbeiterinnen des Deutschen Kinderschutzbundes in Osnabrück. Nach informierter Zustimmung und unter Wahrung von Anonymität und Vertraulichkeit wurden die Interviews im Wohnumfeld der Studienteilnehmerinnen geführt. Die Gespräche dauerten zwischen 15 und 80 Minuten. Alle Gespräche wurden mittels Tonband aufge-

zeichnet und anschließend transkribiert. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Mayring 2010: 93; Kuckartz 2012: 77-98). Auf diese Weise konnten mit Hilfe eines deduktiv und induktiv entwickelten Kodierleitfadens bestimmte Themen aus dem Textmaterial herausgefiltert und zusammengefasst werden. Die Auswertung der Daten wurde durch Programme zur computergestützten Textinterpretation (QDA-Software) unterstützt.

## 5. Ergebnisse<sup>1</sup>

### 5.1 Ergebnisse der Befragung der Patinnen

#### 5.1.1 Beschreibung der Patinnen

Alle zehn befragten Patinnen waren durch eine Anzeige des Kinderschutzbundes in einer lokalen Tageszeitung auf das Projekt aufmerksam geworden und hatten sich aktiv beim Kinderschutzbund als Patinnen beworben. Sie waren zwischen 37 und 69 Jahren alt, sechs waren verheiratet, eine verwitwet und drei ledig. Sechs Patinnen hatten eigene Kinder, die zumeist bereits erwachsen und ausgezogen waren. Zwei Patinnen lebten noch mit den leiblichen minderjährigen Kindern in einem Haushalt. Alle Patinnen hatten die Schulung für die Übernahme einer Patenschaft absolviert. Zum Evaluationszeitpunkt hatten drei Patinnen eine aktive laufende Patenschaft. Die längste Patenschaft lief über 15 Monate, eine weitere Patenschaft war seit einem guten halben Jahr aktiv und die jüngste Begleitung war zwei Monate alt. Eine Patenschaft musste nach einer Laufzeit von neun Monaten beendet werden. Alle Patenkinder waren zwischen 11 und 13 Jahren alt.

#### 5.1.2 Motive zur Teilnahme an dem Patenschaftsangebot

Das zentrale Teilnahmemotiv der Patinnen ist der Wunsch, sich sozial zu engagieren. Im Vordergrund steht hierbei das Interesse an der Arbeit mit Kindern. Jedoch soll die Teilnahme am Angebot auch als persönliche Bereicherung bzw. als Gewinn für die eigene Familie erlebt werden. Eine Patenschaft wird im Vergleich zu der Übernahme einer Bereitschaftspflege als weniger zeitlich und emotional intensives Angebot eingeschätzt, das gut in die aktuelle Lebensphase passt. Auch wenn die psychische Erkrankung eines Elternteils nicht als vordergründig für die Teilnahme am Angebot genannt wird, liegen in der Regel bereits Erfahrungen mit psychischen Störungsbildern bzw. mit erkrankten Menschen vor. Diese Vorerfahrungen basieren entweder auf der beruflichen Vergangenheit oder auf Erlebnissen im privaten Umfeld.

---

1 Aufgrund des geringen Umfangs an befragten Personen werden zur Wahrung der Anonymität einzelne Inhalte oder Redewendungen in den zitierten Interviewausschnitten, die möglicherweise Rückschlüsse auf die Person zuließen, in leicht veränderter Form wiedergegeben.



„(...) *Ich hab gedacht, für mich ist es interessant, weil ich selber aus so ner Familie komme. Meine Mutter war depressiv. Ich bin mit ner depressiven Mutter aufgewachsen und weiß auch daher (...) was so ein Kind eben auch für Sorgen hat (...).*“ (Patin 1, 74)

### 5.1.3 Einstellungen und Erwartungen vor der Übernahme einer Patenschaft

Die Themen Nähe und Distanz nehmen in der Auseinandersetzung mit dem Patenschaftsangebot viel Raum ein. So wird eine enge Beziehung zum potenziellen Patenkind angestrebt. Es bestehen die Wünsche, ein Kind, das durch sein Lebensumfeld belastet ist, lange zu begleiten, Zeit mit ihm bzw. ihr zu verbringen und auch als Ansprechpartnerin, besonders in schwierigen Situationen, zu fungieren. Ambivalenz besteht bezüglich der gewünschten Ausgestaltung des Kontakts zu den psychisch erkrankten Elternteilen. Auf der einen Seite wird die Sorge geäußert, von den psychisch erkrankten Elternteilen stark vereinnahmt oder belästigt zu werden, weshalb ein potenzielles Patenkind und dessen Familie möglichst nicht in der direkten Nachbarschaft wohnen sollten.

„(...) *was ich auch ganz klar gesagt habe, ich möchte z. B. kein Kind aus der Nachbarschaft haben, irgendwie, weil ich finde, so eine gewisse Distanz finde ich ganz gut eigentlich (...) es ist ja oft bei psychisch Kranken so oder so erleb ich das oder so hab ich halt meine Erfahrungen gemacht, dass die auch schnell einen vereinnahmen können (...).*“ (Patin 10, 41-42)

Auf der anderen Seite wird eine räumliche Nähe zwischen Patenkind und Patin bevorzugt, um z. B. auch in Krisensituationen erreichbar zu sein.

„(...) *also, dass diese Kinder ne Anlaufstelle haben sollten. Also, dass auch schon daran gedacht ist. Deswegen dann auch diese räumliche, möglichst räumliche Nähe herzustellen. Dass, wenn mal ein Notfall ist, dass so ein Kind auch mal bei nem Paten klingeln kann. (...).*“ (Patin 7, 66)

### 5.1.4 Erleben des Angebots nach Übernahme einer Patenschaft

Die Intensität der Beziehung zum psychisch erkrankten Elternteil wird individuell unterschiedlich ausgestaltet. So werden in einigen Fällen lediglich „Tür- und Angelgespräche“ geschildert, während in anderen Fällen ein intensiverer Austausch zwischen Patin und Mutter besteht. Geschildert werden in diesem Zusammenhang jedoch auch Unstimmigkeiten.

„(...) *ich bin da [in die Familie, d. V.] sonst auch hingegangen. Hab ihnen [der Familie, d. V.] bergeweise Spielzeug für die Kinder gegeben (...) das habe ich auch gern gemacht. Das ist alles gar kein Thema, aber ich hab niemals irgendwo „Dankeschön“ gehört (...).*“ (Patin 7, 128)

Aus Sicht der Patinnen können die Patenschaften für die Kinder einen wichtigen Beitrag zu deren Wohlbefinden leisten. Gleichmaßen werden nachhaltige positive Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung eher kritisch eingeschätzt.

„(...) diese zwei, drei Stunden die Woche, da kann man (...) nicht solche Verhältnisse retten. (...) das ist wirklich nur, man muss das auf diese Zeit begrenzen und sagen „ok, die Zeit machen wir uns so schön wie möglich“, wie auch immer (...) aber darüber hinaus, es ist schwierig.“ (Patin 9, 154)

Trotz der individuell unterschiedlichen Erfahrungen erleben die Patinnen ihre Patenschaften zumeist als bereichernd durch die Zuwendung, die sie durch das Patenkind wahrnehmen.

## 5.2 Erfahrungen der psychisch kranken Mütter

### 5.2.1 Erreichbarkeit des Angebots und Beschreibung der Interviewpartnerinnen

Oftmals stellen die Fachkräfte des Jugendhilfebereichs und hier insbesondere die Fachkräfte, die bereits mit dem Kinderschutzbund in engem Kontakt stehen, den Bedarf an Begleitung durch eine Patenperson fest. Der Zugang zum Angebot erfolgt derzeit nicht über Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsbereichs. Folglich werden aktuell ausschließlich Familien erreicht, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendhilfe bereits bekannt sind. Die vier im Rahmen dieser Studie befragten psychisch kranken Frauen waren zwischen 34 und 35 Jahren alt und bis auf eine Ausnahme allein erziehend. Die Mütter hatten zwischen zwei und sechs Kindern im Alter von wenigen Lebensmonaten bis zu 14 Jahren.

### 5.2.2 Motive zur Teilnahme am Patenschaftsangebot

Patenschaften sind nicht in jedem Kulturkreis bekannt bzw. werden mit religiösen Hintergründen verbunden. Gefragt nach den Beweggründen der Mütter, sich dennoch auf dieses unbekanntes Angebot einzulassen, beschrieben die Frauen, dass die Verbesserung des Befindens des Kindes für sie im Vordergrund stand. Keine Mutter gab an, auch positive Ergebnisse für die eigene Person zu erhoffen.

Zentral für die Teilnahme an dem Patenschaftsangebot ist der Wunsch der Mütter, dem Kind eine Bezugsperson zur Verfügung zu stellen. Hiermit verbinden die Mütter, dass eine Person für die Belange des Kindes ein offenes Ohr hat, wenn die Mutter selbst hierzu nicht in der Lage ist.

„(...) Ich hatte andere Probleme und ich hab nicht nur auf [das Kind, d. V.] geguckt. Ich hatte keine Ruhe, war nie alleine. Und dann hab ich gesagt „Warte mal, stimmt“. Aber nicht tagsüber, immer nachts, ich sag „Stimmt, ich hab keine Zeit für meine Kinder, (...) ich bin immer mit Stress unterwegs. Stress da, Stress da überall“ (...).“ (Mutter 3, 136)

Ein weiteres Motiv für die Teilnahme an dem Angebot ist das Aufzeigen von Alternativen zum eigenen Lebensstil. Eine Patenperson soll als positives Vorbild für das Kind fungieren und dazu beitragen, dem Kind Erfahrungen zu ermöglichen, die z. B. aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen in der Herkunftsfamilie nicht möglich sind.

„(...) ja dass die Kinder halt mal was anderes sehen. Was ich denen vielleicht nicht bieten kann (...).“ (Mutter 2, 66)

Darüber hinaus beschreiben Mütter, dass ihnen die Entlastung der Kinder wichtig ist und die Heranwachsenden wieder lernen sollen, Kind sein zu dürfen.

„(...) sie musste ja eigentlich immer (.) die hat meine Mutterrolle in dem Sinne übernommen. (...) die muss halt wieder lernen, dass sie einfach Kind ist.“ (Mutter 2, 62)

### 5.2.3 Erfahrungen mit dem Angebot

Eine wichtige Voraussetzung für das Zustandekommen einer Patenschaft ist das Vertrauen, dass die Mütter in die Koordinatorinnen des Patenschaftsangebots haben. Auch eine Intervention der Koordinatorinnen des Kinderschutzbundes im Konfliktfall während der Patenschaft wird besser akzeptiert, wenn diese Vertrauensbasis vorhanden ist. Ebenso kommt eine Patenschaft nur zustande, wenn zwischen der Mutter und der potenziellen Patenperson bei der ersten Begegnung Sympathie empfunden wird.

„(...) ich hab gesagt, ich will das wohl gerne machen. Ich will sie [die Patin, d. V.] mir auch vorher angucken. Wenn sie mir gefällt, dann könnt ich mir das [die Patenschaft, d. V.] gut vorstellen (...). Der erste Eindruck muss bei mir eigentlich passen und wenn der nicht passt, dann passt die ganze Situation nicht.“ (Mutter 2, 45)

Die Mütter beschreiben den Kontakt zu den Patinnen als eher oberflächlich und wünschen sich in der Regel auch keine intensivere Beziehung. Sie betonen, dass das Einhalten von Absprachen gerade in der Anfangsphase für sie von zentraler Bedeutung gewesen ist.

„(...) Ich war neugierig, was kommt. Bringt sie [die Patin, d. V.] meinen Sohn wieder zurück oder ist mein Sohn weg – für immer? Aber dann ist [das Kind, d. V.] zurückgekommen, pünktlich. Ich hab gesagt (...) Jetzt ist es gut (...).“ (Mutter 3, 192)

Die Zeit, die das Kind mit der Patenperson verbringt, wird von den Müttern als entlastend und angenehm beschrieben und zur Entspannung genutzt. Auch könnten in dieser Zeit alltägliche Dinge besser erledigt werden und die Zeit intensiver mit den Geschwisterkindern verbracht werden. Alle Mütter bringen zum Ausdruck, dass sich ihre Kinder über die Begleitung durch die ehrenamtlichen Frauen freuen und gerne Zeit mit den Patinnen verbringen.

## 6. Diskussion und Schlussbetrachtung

In dieser Studie steht der subjektive Nutzen von Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern aus der Perspektive der psychisch kranken Mütter und der ehrenamtlichen Patinnen im Fokus. Damit unterscheidet sich diese qualitative Evaluation des Patenschaftsangebots im Raum Osnabrück von anderen internationalen Studien zum Thema Mentoring und Patenschaften für Kinder und Jugendliche in belasteten Lebenslagen. Diese haben vor allem die quantitativen Wirkungen der informellen Bezie-

hungen auf die Kinder untersucht (DuBois et al. 2002; DuBois et al. 2011; Foster 2001; Rhodes 2008). So wurden in Meta-Analysen zu Patenschaften für Kinder und Jugendliche in belasteten Lebenslagen, im Vergleich zu anderen professionellen Interventionen für diese Zielgruppe (z. B. Psychoeduktion für Kinder), lediglich moderate Effektstärken nachgewiesen (DuBois et al. 2011: 59). Patenschaften sind jedoch alltagsnahe Unterstützungsangebote, die präventiv ausgerichtet sind und sich an den Ressourcen und Bedürfnissen der Heranwachsenden orientieren. Die Ergebnisse der qualitativen Evaluation des Osnabrücker Patenschaftsangebots zeigen übereinstimmend, dass sowohl die psychisch kranken Elternteile als auch die Patenpersonen die Patenschaften als kindbezogenes Unterstützungsangebot akzeptieren und das Wohl der Kinder für beide Seiten handlungsleitend ist. Hierbei werden sowohl von den Nutzerinnen als auch von den informellen Anbieterinnen unmittelbare positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden der begleiteten Kinder erlebt. Insbesondere aufgrund des informellen Charakters von Patenschaften ist es erforderlich, die subjektive Bedeutung der Intervention aus den unterschiedlichen Perspektiven aller Beteiligten zu erfassen. Bislang wurde die Perspektive der Ehrenamtlichen nur selten dokumentiert (Schreier et al. 2013), obwohl bekannt ist, dass Patenpersonen ihre Patenschaft in vielen Fällen vorzeitig beenden (Herrera et al. 2013: 65). Patenschaften zeigen vor allem dann positive Effekte auf die teilnehmenden Kinder, wenn die informelle Beziehung mindestens ein Jahr Bestand hat. Eine Patenschaft, die nach weniger als drei Monaten Dauer vorzeitig abgebrochen wird, kann dagegen sogar negative Auswirkungen auf die Kinder haben (z. B. vermindertes Selbstwertgefühl) (DuBois et al. 2011: 65). Vor diesem Hintergrund kommt der Vorbereitung, Unterstützung und Zufriedenheit der ehrenamtlichen Personen, die sich im Rahmen eines Patenschaftsangebots engagieren möchten, große Bedeutung zu (Herrera et al. 2013: 65-68).

Eine besondere Schwierigkeit besteht darin, Familien mit einem psychisch kranken Elternteil durch präventiv orientierte Unterstützungsangebote für die Kinder zu erreichen. Die Familien mit einem psychisch kranken Elternteil, die im Rahmen des Osnabrücker Patenschaftsangebots unterstützt werden, hatten bereits vor ihrer Teilnahme am Programm Kontakt zum Jugendhilfesystem. Studien zufolge vermeiden Elternteile mit einer psychischen Erkrankung in vielen Fällen die Inanspruchnahme derartiger Unterstützungsangebote aus Angst, das Sorgerecht für die Kinder zu verlieren (Kölch et al. 2008: 781; Hearle et al. 1999: 1356). Die Erwachsenenpsychiatrie, die ebenfalls eine ergänzende Vermittlungsinstanz darstellen könnte, wurde bislang im Kontext von Patenschaftsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern kaum berücksichtigt. Es erscheint sinnvoll, Familien mit einem psychisch kranken Elternteil bereits präventiv, z. B. während eines stationären Aufenthalts des erkrankten Elternteils, über das Patenschaftsangebot zu informieren. Insbesondere der professionellen psychiatrischen Pflege könnte hier eine Schlüsselposition zukommen. Diese Berufsgruppe verfügt gerade im Rahmen der Bezugspflege aufgrund der hohen Kontaktdichte und der Nähe zu den Patientinnen und Patienten über gute Einblicke in die familiären Strukturen und Problemlagen. Es besteht damit eine gute Grundlage, um sensibel über Patenschaften als Möglichkeit der Entlastung und Unterstützung der Kinder zu informieren. Den Aus-

führungen von Görres und Pirsig (2011) folgend wäre darüber hinaus die ambulante psychiatrische Pflege vermehrt in die Pflege und Begleitung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil zu integrieren. Auf Grundlage einer bundesweiten Bestandsaufnahme der gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern weisen die Autoren in diesem Bereich deutliche Versorgungsdefizite nach und empfehlen, den gezielten „Ausbau niedrigschwelliger und präventiver Hilfen, die insbesondere verlässliche Alltagsstrukturen und Bezugspersonen für die Kinder“ (Görres et al. 2011: 167) umfassen. Um dieses Versorgungsdefizit zu schließen, könnten Familiengesundheitspflegende in Kooperation mit ehrenamtlichen Patenpersonen die kontinuierliche Begleitung und Betreuung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil gewährleisten (vgl. Eberl et al. 2008).

Patenschaften für Kinder und Jugendliche in belasteten Lebenslagen sind dann besonders effektiv, wenn die psychisch kranken Elternteile gleichzeitig in ein professionelles Unterstützungssystem eingebunden sind (DuBois et al. 2011: 60). Dies unterstreicht die Bedeutung der erforderlichen Vernetzung zwischen der psychiatrischen Versorgung der erkrankten Elternteile und dem System der Kinder- und Jugendhilfe.

Einige Limitationen müssen hinsichtlich der dargestellten Studie beachtet werden. So beziehen sich die vorgestellten Ergebnisse nur auf die Personen, die in das Patenschaftsangebot des Kinderschutzbundes in Osnabrück eingebunden sind. Der Feldzugang erfolgte über die Mitarbeiterinnen des Kinderschutzbundes in Osnabrück. Auf diese Weise konnten nahezu alle Ehrenamtlichen erreicht werden, die derzeit als potenzielle Patinnen für das Angebot zur Verfügung stehen. Insofern sind die Daten hier als für diesen Kontext gesättigt einzuschätzen. Der gewählte Feldzugang über den Kinderschutzbund könnte jedoch auch dazu beigetragen haben, dass sich Patinnen und Paten aufgrund ihrer Anbindung an diesen Träger wenig kritisierend und ihrer Einschätzung nach eher sozial erwünscht geäußert haben. Im Rahmen dieser Studie sind nur wenige psychisch erkrankte Elternteile befragt worden. Die vorgestellten Ergebnisse aus der Perspektive der Mütter sind als vorläufig zu betrachten und geben Hinweise auf das Vorkommen von Phänomenen. Es ist davon auszugehen, dass durch eine Einbeziehung weiterer psychisch erkrankter Elternteile andere Phänomene sichtbar geworden wären. Nicht auszuschließen ist, dass sich auf Seiten der Nutzerinnen nur diejenigen Frauen für ein Interview zur Verfügung gestellt haben, die das Patenschaftsangebot als positiv bewerten und als Entlastung und Unterstützung für ihre Kinder bzw. ihre Familie wahrnehmen. Über das Erleben des Patenschaftsangebots aus der Perspektive der begleiteten Kinder und Jugendlichen lassen sich keine Aussagen treffen, da diese sehr wichtige NutzerInnengruppe nicht befragt werden konnte. Die Einschätzungen der befragten Elternteile und Patinnen ermöglichen jedoch Hinweise auf Auswirkungen des Angebots auf die Heranwachsenden, an die im Rahmen einer direkten Befragung der Kinder angeknüpft werden könnte. Auf Basis des hier gewählten Studiendesigns ist zudem kein Aufschluss über langfristige Auswirkungen der Patenschaften auf die Familien möglich.

Trotz einiger Limitation der Studie lassen die Ergebnisse der Interviews mit ehrenamtlichen Patinnen und einzelnen psychisch erkrankten Müttern darauf schließen, dass mit Hilfe einer Patenbetreuung positive Effekte insbesondere hinsichtlich des Wohlbefindens der Kinder und der psychisch erkrankten Eltern, aber auch bezogen auf die Patenpersonen wahrscheinlich sind. Deutlich wird, dass der Zugang zu den Familien im Rahmen des hier vorgestellten und evaluierten Projekts ausschließlich über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendhilfebereichs erfolgte. Unklar bleibt, inwieweit sich eine Vermittlung des Angebots auch über Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsbereichs, wie z. B. Pflegende, während eines stationären Aufenthalts des Elternteils in der Erwachsenenpsychiatrie, auf die Art und Belastungsformen der zu betreuenden Familien auswirken würde. Durch die im Rahmen dieses Projekts erfolgende Form der Ansprache können Familien erst dann erreicht werden, wenn sie dem Jugendamt bereits bekannt sind. Ein frühzeitiger Zugang über die Erwachsenenpsychiatrie würde ein präventiveres Handeln ermöglichen, so dass den Familien Unterstützung angeboten werden könnte, bevor Auffälligkeiten in der Versorgungssituation sichtbar werden. Erforderlich wären hierfür zum einen eine deutlichere Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung, zum anderen eine verstärkte Sensibilisierung professionell Pflegender in der Erwachsenenpsychiatrie für die Belange der Kinder als Angehörige eines psychisch erkrankten Elternteils (Walter et al. 2006: 136).

In zukünftigen Studien sollte der Fokus insbesondere auf die Perspektive der Kinder gelegt werden, um deren subjektiven Nutzen erfassen zu können. Auch sollten langfristige Auswirkungen derartiger Angebote z. B. hinsichtlich der familiären Gesundheit sowie der Entwicklung des Kindes systematisch im Rahmen von Längsschnittstudien evaluiert werden. An dieser Stelle lässt sich nicht nur national, sondern auch international weiterer Forschungsbedarf identifizieren (vgl. DuBois et al. 2011: 74).

## Literatur

- Beckmann, O. (2011): „Das Einfache, das schwer zu machen ist“ – Zehn Jahre Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Erfolgsgeschichte. In: Görres, B./Pirsig, T. (Hrsg.): Wahlverwandtschaft – Engagiert in Patenprojekten. Praxis Gemeindepsychiatrie. Bonn: Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (Schriftenreihe des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V., 3), 18-21
- DuBois, D. L./Portillo, N./Rhodes, J. E./Silverthorn, N./Valentine, J. C. (2011): How effective are mentoring programs for youth? A systematic assessment of the evidence. In: *Psychological Science in the Public Interest* 12, 57-91
- DuBois, D. L./Holloway, B. E./Valentine, J. C./Cooper, H. (2002): Effectiveness of mentoring programs for youth: a meta-analytic review. In: *American Journal of Community Psychology* 30, 157-197
- Eberl, I./Schnepf, W. (2008): Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Universität Witten/Herdecke. Abschlussbericht <http://www.familiengesundheitspflege.de/files/assets/FHN%20Abschlussbericht%20Uni%20Witten%202008-08-21.pdf> [Stand 2014-04-17]
- Flick, U. (2012): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 5. Aufl. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH
- Foster, L. (2001): Effectiveness of mentor programs. Review of the literature from 1995 to 2000. Hg. v. California Research Bureau. California, USA. <<https://www.library.ca.gov/crb/01/04/01-004.pdf>> [Stand 2014-01-26]

- Görres, B./Pirsig, T. (2011): Projekte- und Finanzierungshandbuch für Kinder psychisch kranker Eltern. Bonn: Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Projektbericht: „Prävention und Gesundheitsförderung in der Gemeindepsychiatrie – Aufbau von Netzwerken der Jugendhilfe, der ambulanten Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychotherapie. [http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/Finanzierungshandbuch\\_Kinderprojekte\\_2011-11-07.pdf](http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/Finanzierungshandbuch_Kinderprojekte_2011-11-07.pdf) [Stand 2014-04-17]
- Hearle, J./Plant, K./Jenner, L./Barkla, J./McGrath, J. (1999): A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. In: *Psychiatric Services* 50, 1354-1356
- Herrera, C./DuBois, D. L./Grossmann, J. B. (2013): The Role of Risk: Mentoring Experiences and Outcomes for Youth with Varying Risk Profiles. New York, NY: A Public/Private Ventures project distributed by MDRC. <[http://www.mdrc.org/sites/default/files/Role%20of%20Risk\\_Final-web%20PDF.pdf](http://www.mdrc.org/sites/default/files/Role%20of%20Risk_Final-web%20PDF.pdf)> [Stand 2014-01-26]
- Ihle, W./Esser, G./Schmidt, M. H./Blanz, B./Reis, O./Meyer-Probst, B. (2001): Prevalence, course and risk factors for mental disorders in young adults and their parents in East and West Germany. In: *American Behavioral Scientist* 44, 1918-1936
- Kölch, M./Schmid, M. (2008): Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57, 774-788
- Kuckartz, U. (2012): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Kurz, A./Stockhammer, C./Fuchs, S./Meinhard, D. (2007): Das problemzentrierte Interview. In: Buber, R./Holzmüller, H. H. (Hrsg.): *Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen*. 1. Auflage. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler, 465-475
- Lenz, A. (2005): *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe
- Lenz, A./Kuhn, J. (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Wiegand-Grefe, S./Mattejat, F./Lenz, A. (Hrsg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 269-298
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz
- Metzing, S. (2007): *Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege*. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Metzing, S./Schnepf, W. (2007): *Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wer sie sind und was sie leisten. Eine internationale Literaturstudie (1990-2006)*. In: *Pflege* 20, 323-330
- Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50, 871-878
- Reinisch, A./Heitmann, D./Griepenstroh, J. (2011): Präventionsangebote und -projekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland - ein Überblick. In: Wiegand-Grefe, S./Mattejat, F./Lenz, A. (Hrsg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 62-83
- Rhodes, J. E. (2008): Improving youth mentoring interventions through research-based practice. In: *American Journal of Community Psychology* 41, 35-42
- Scales, P. C./Benson, P. L./Mannes, M. (2006): The contribution to adolescent well-being made by non-family adults: An examination of developmental assets as contexts and processes. In: *Journal of Community Psychology* 34, 401-413
- Schone, R./Wagenblass, S. (2006): *Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Weinheim und München: Juventa
- Schreier, M./Wagenblass, S. (2013): Anwendung der Methode der Aktenanalyse, der teilnehmenden Beobachtung und der Inhaltsanalyse nach Mayring und wichtige Ergebnisse der qualitativen Evaluation des Bremer Patenschaftsmodells. In: Wiegand-Grefe, S./Wagenblass, S. (Hrsg.): *Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 15-40

- Trepte, H.-V. (2008): Patenschaften und Psychoedukation für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Lenz, A./Jungbauer, J. (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvtv-Verlag, 81-90
- Wagenblass, S. (2003): Wenn Mütter in ver-rückten Welten leben. Zur Lebenssituation von psychisch kranken allein erziehenden Frauen und ihren Kindern. In: Fegert, J. M./Ziegenhain, U. (Hrsg.): Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland. Beltz: Juventa, 208-215
- Walter, G./Schoppmann, S. (2006): Felder psychiatrischer Pflegeforschung und Perspektiven für Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft 11, 133-140
- Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main/New York: Campus

*Prof. Dr. Katja Makowsky*, Professorin für Pflegewissenschaft  
FH Bielefeld, Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit, Lehrinheit Pflege und Gesundheit,  
Werner-Bock-Straße 36, 33602 Bielefeld, Katja.makowsky@fh-bielefeld.de

*Sabine Roebbers M.Sc. Public Health*  
FH Bielefeld, Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit, Lehrinheit Pflege und Gesundheit,  
Werner-Bock-Straße 36, 33602 Bielefeld

Christoph Reichardt, Corinna Petersen-Ewert

## Duales Studium Pflege – Zielgruppe, Gründe für die Studienwahl und gesundheitsbezogene Lebensqualität zu Studienbeginn

Dual studies nursing – target group, reasons for the choice of studies, and health related quality of life at the beginning of the studies

In the account of the accompanied scientific research of the program dual studies nursing at the University of Applied Science Hamburg, dual students ( $n = 111$ ) participated in a quantitative inquiry. They were compared to nursing students of a different study program ( $n = 73$ ) as well as nursing apprentices ( $n = 52$ ). Topics of the inquiry were sociodemographic parameters of the target group, reasons for the choice of studies, health related quality of life, self efficacy and learning strategies. The most important reasons for the dual students to choose nursing are the desire to help as well as an interest in medicine. The participants of the study show a slightly higher level of self efficacy than the compared group. Also they claim to use assessed learning strategies stronger. Furthermore the students and apprentices showed a higher psychological distress than the general population at the beginning of their studies.

---

eingereicht 08.10.2013  
akzeptiert 12.12.2013



**Keywords**

dual studies nursing, accompanied scientific research, health related quality of life

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des Dualstudiengangs Pflege der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg wurden erstmals Dualstudierende ( $n = 111$ ) quantitativ befragt und mit Studierenden eines weiterbildenden Studienganges ( $n = 73$ ) sowie Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege ( $n = 52$ ) verglichen. Soziodemographische Parameter der Zielgruppe, Gründe für die Wahl des Studiums, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung sowie Lernstrategien wurden dabei erfasst. Als wichtige Gründe für die Studiumswahl der Dualstudierenden zeigten sich der Wunsch zu helfen sowie ein Interesse an der Medizin. Die Studienteilnehmer weisen eine leicht erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung gegenüber der Vergleichsgruppe auf und geben an, die abgefragten Lernstrategien stärker als die Vergleichsgruppe anzuwenden. Des Weiteren wiesen die Studierenden und Auszubildenden eine deutlich höhere psychische Belastung als die Allgemeinbevölkerung zu Beginn ihres Studiums auf.

**Schlüsselwörter**

Dualstudium Pflege, wissenschaftliche Begleitforschung, gesundheitsbezogene Lebensqualität

**1. Einleitung**

Die Anforderungen an Pflegekräfte nehmen aufgrund steigender Komplexität der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen immer mehr zu (Gerlach et al. 2006: 335). Höhere Anforderungen erfordern eine erweiterte bzw. andere Qualifizierung, um den zukünftigen Herausforderungen professionell und adäquat begegnen zu können (vgl. Bögemann-Großheim 2004: 101). Die Akademisierung der Pflegeberufe ist ein Ansatz, um Qualifikationen in der Pflege zu erweitern. Es handelt sich hierbei um einen langfristigen Prozess, der in Deutschland noch nicht abgeschlossen ist (vgl. Moers 2012: 233-234). Duale Studiengänge stellen eine Konzeption der Akademisierung dar. Es gibt bisher einige deutschsprachige Veröffentlichungen zur Akademisierung der Pflege (bspw. Bögemann-Großheim 2004; Moers 2012; Vosseler et al. 2008). Keine dieser Publikationen befasst sich allerdings mit der Frage, wer sich für ein duales Studium der Pflege entscheidet und welche Gründe hierfür eine Rolle spielen. Des Weiteren ist wenig darüber bekannt, wie es den Studierenden eines dualen Studienganges im ersten Studienabschnitt geht. Es gibt bisher diesbezüglich keine empirischen Daten, in denen diese Themen bei Dualstudierenden der Pflege fokussiert werden. Die vorliegende Publikation widmet sich daher diesen Fragestellungen und vergleicht die Angaben der Dualstudierenden mit zwei Gruppen, einer Gruppe von Auszubildenden sowie den Studierenden eines anderen Pflege-Studienganges (B.A. Pflegeentwicklung & Management).

Die präsentierten Daten entstammen einem Projekt zur wissenschaftlichen Begleitforschung des Dualen Studiengangs Pflege des Departments Pflege & Management

der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg. Das Projekt zielt darauf ab, zum einem Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erfassen, die Bedarfe der Studierenden zu identifizieren und eine subjektive Kompetenzeinschätzung im Studienverlauf zu erheben.

## 2. Aktueller Forschungsstand

Es gibt eine Vielzahl von Studienmöglichkeiten im Bereich der Pflege. Derzeit werden über 70 verschiedene Studiengänge in Deutschland angeboten (vgl. Zeller-Dumke 2013). Management- oder berufspädagogische Studiengänge werden schon länger offeriert als pflegewissenschaftliche. Grundständige Studiengänge, die für eine patientennahe Versorgung auf akademischem Niveau qualifizieren, sind dabei noch relativ jung (vgl. Bollinger 2002: 47). Dualstudiengänge spielen eine wichtige Rolle für die Akademisierung der Pflege. *„Das Konzept des dualen Studiums basiert auf der Kombination von berufspraktischer Ausbildung ... und gleichzeitiger wissenschaftlicher Ausbildung an einer Hochschule ...“* (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2012: 2). Es gibt verschiedene Modelle für Dualstudiengänge (vgl. Thielhorn 2012: 127-128). Eine Übersicht über die verschiedenen Modelle wurde von Moers (2012) dargestellt. Eines dieser Modelle sind die sogenannten „verzahnte[n] oder verschränkte[n] Studiengänge“ (Thielhorn 2012: 128) bzw. „ausbildungsintegrierende Studiengänge“ (Muths 2010: 47). Hierbei kooperieren Hochschulen mit Ausbildungseinrichtungen der Pflege. Die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg war eine der ersten Hochschulen, die einen solchen „verschränkten“ Studiengang gemeinsam mit der Albertinen Schule des Albertinen Diakonie-Werks e. V. entwickelt hat und diesen seit 2006 anbietet. 2011 kam als weiterer Kooperationspartner das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hinzu. Nach acht Semestern (Regelstudienzeit) erlangen Studierende den Abschluss, der sowohl aus dem Staatsexamen in Gesundheits- und Krankenpflege als auch einem Bachelor of Arts besteht (vgl. Department Pflege & Management 2011b). Bei vielen Modellen wird zuerst eine Berufsausbildung begonnen, nach deren Abschluss dann ein kurzes Studium folgt. Erwähnenswert hierbei ist, dass an der HAW Hamburg der theoretische Teil der Ausbildung von Studienbeginn sowohl an der Hochschule als auch an den Berufsfachschulen durchgeführt wird. Manche Themen werden nur an der Hochschule gelehrt, andere nur an den Berufsfachschulen, größtenteils werden die Lehrinhalte aber in Form von gemeinsamen Modulen von der Hochschule und den Berufsfachschulen angeboten. Dies zeichnet den Dualen Studiengang Pflege an der HAW Hamburg gegenüber anderen grundständigen Studiengängen aus, da häufig Module nicht gemeinsam gelehrt werden. Eine weitere Besonderheit ist, dass das Staatsexamen und der Studienabschluss in eine gemeinsame Abschlussprüfung integriert wurden. *„Es wird ein innovatives und zukunftsweisendes Konzept verfolgt, das eine Integration schulischer, hochschulischer und praktischer Lernorte während der Gesamtdauer der Qualifizierung beinhaltet.“* (Department Pflege & Management 2011b: 4). Der duale Studiengang hat das übergreifende Ziel, für eine patientennahe pflegerische Versorgung auf einer wissenschaftlichen Grundlage zu qualifizieren.

In Deutschland haben 2011 insgesamt 443.577 Studienanfänger an nichtmonetären Hochschulen begonnen zu studieren, was einer Quote von 47,9% entspricht (Statistisches Bundesamt 2012: 120). Davon haben 1.666 Personen einen pflegewissenschaftlichen oder Pflegemanagement-Studiengang aufgenommen (Statistisches Bundesamt 2012: 472). Unklar bleibt, wie viele von diesen Pflegestudierenden einen Dualstudiengang begonnen haben. In einer großangelegten Erfassung von berufsbegleitenden und dualen Studiengänge durch das Hochschul-Informationssystem GmbH (HIS) wurde eine deutschlandweite Erhebung dieser Studiengänge durchgeführt (Minks et al. 2011), wobei hier keine Studierendenzahlen betrachtet wurden. Leider wurden die Zahlen hierbei für Pflege und gesundheitswissenschaftliche Studiengänge zusammen dargestellt, so dass sich hieraus keine detaillierteren Informationen für Dualstudiengänge in der Pflege schlussfolgern lassen.

2006 lag die Studienabbrecherquote bei 20% an Universitäten und 22% an Fachhochschulen (Heublein et al. 2010: III-IV). In einer Studie des HIS wurden Gründe für den Studienabbruch ermittelt. Der häufigste Grund für den Studienabbruch sind Leistungsprobleme (20%), gefolgt von Finanzierungsproblemen (19%) und mangelnder Studienmotivation (18%) (Heublein et al. 2010: IV-V).

Möglicherweise ist die psychische Belastung, die bspw. mit Leistungs- oder Finanzierungsproblemen einhergeht, ein häufiger Grund für den Studienabbruch, ohne dass dieser explizit als solcher benannt wird. „*Psychische Beeinträchtigungen und Störungen finden sich bei Studierenden häufig.*“ (Holm-Hadulla et al. 2009: 3). Dabei fällt auf, dass von 1993 zu 2008 insbesondere Prüfungsängste um 51% zugenommen haben (Holm-Hadulla et al. 2009: 3). Es gibt einzelne Studien, die sich mit der psychischen Belastung von Studierenden befassen (siehe bspw. Holm-Hadulla et al. 2009). Unter Berücksichtigung der Aufmerksamkeit, die dieses Thema in den Medien findet, überrascht es allerdings, wie wenig Studien es zum Gesundheitszustand bzw. zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Studierenden gibt (vgl. Gumz et al. 2012: 34). Von diesen wenigen Studien stellt bisher keine duale Studiengänge in den Fokus. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass Dualstudiengänge eine besondere Herausforderung für die Studierenden darstellen. Duale Studiengänge sind augenscheinlich durch eine hohe zeitliche Belastung von Studierenden gekennzeichnet, da diese unter anderem die Semesterferien für die Praxisphasen der Ausbildung genutzt werden. Zum anderen ist das Studium hochstrukturiert und bietet vergleichsweise weniger Freiräume. Welche Auswirkungen dies auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat, ist bisher nicht untersucht worden. Aussagen können nur für andere Studierendengruppen mit einer vergleichbaren Belastung getroffen werden. Anhand einer Stichprobe von Medizinstudenten zeigte sich, dass der Studienbeginn mit einer niedrigeren psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert ist (Kurré et al. 2011: 5). Mittels einer weiteren Stichprobe von Medizinstudenten zeigte sich, dass sowohl in der psychischen als auch in der körperlichen Summenskala des SF-12, verglichen mit einer altersspezifischen Norm, die Medizinstudenten signifikant schlechtere Lebensqualität aufwiesen (Voltmer et al. 2010: e452). Eine andere Stichprobe von Medizinstudenten schätze ih-

ren Gesundheitszustand (gemessen mit dem SF-36) ebenfalls signifikant schlechter als die Allgemeinbevölkerung ein (Kurth et al. 2007: 356-357).

### 3. Fragestellungen

Da es bisher keine publizierten empirischen Studien gibt, in denen Dualstudierende der Pflege im Fokus stehen, wird ein exploratives Vorgehen gewählt. Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

1. Wer entscheidet sich warum für ein duales Pflegestudium?
2. Unterscheiden sich Dualstudierende hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von der Allgemeinbevölkerung?
3. Unterscheiden sich Dualstudierende hinsichtlich der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von der Allgemeinbevölkerung?
4. Unterscheiden sich Dualstudierende hinsichtlich der verwendeten Lernstrategien im Studium von einer anderen Studierendengruppe?
5. Unterscheiden sich die hier untersuchten Dualstudierenden hinsichtlich der erhobenen Parameter von Studierenden eines weiterbildenden Pflegestudienganges oder Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege?

## 4. Methodik

### 4.1 Studiendesign

Das Studiendesign des Gesamtprojektes umfasst zwei Teilstudien, eine qualitative und eine quantitative. Im Fokus dieser Publikation steht die Teilstudie mit quantitativem Forschungsdesign. Es handelt sich um eine längsschnittliches Studiendesign, das sich über einen Zeitraum von etwa 4 1/2 Jahren erstreckt. In dieser Publikation werden die Daten des ersten Messzeitpunktes präsentiert. Der erste Messzeitpunkt war der Studienbeginn von zwei Kohorten von Studierenden, im WS 2011/12 und WS 2012/13.

Insgesamt werden Daten zu vier Messzeitpunkten erhoben: zu Beginn des Studiums, am Beginn des vierten Semesters, im letzten Semester und ein halbes Jahr nach Beendigung des Studiums.

### 4.2 Stichprobe

Befragt wurden bzw. werden Studierende des Departments Pflege & Management, die im Wintersemester 2011/12 und 2012/13 begonnen haben zu studieren. Es wurden nicht nur Studienanfänger des Dualen Studiengangs Pflege, sondern auch solche befragt, die sich für den Studiengang Pflegeentwicklung & Management (B.A.) entschieden haben. Der Studiengang Pflegeentwicklung & Management (PeM) ist kein grundständiger Studiengang. Zugangsvoraussetzung ist ein Examen in Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkranken- oder Altenpflege. Die Pflegeexpertise wird weiter aus-

gebaut und Managementfähigkeiten werden erlernt (Department Pflege & Management 2011a). Außerdem wurden Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege befragt, die ihre Ausbildung an der universitären Bildungsakademie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Oktober 2012 und April 2013 begonnen haben. Die Dualstudierenden werden mit Pflege & Management-Studierenden und Auszubildenden verglichen, weil das Dualstudium eine (neue) Kombination aus Ausbildung und Studium ist und somit Anteile von beidem aufweist. Hiermit wird versucht, sich einem quasi-experimentellen Design anzunähern.

### 4.3 Erhebungsinstrumente

Es wurden folgende Variablen erfasst:

- Soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, eigener Bildungshintergrund, Bildungshintergrund der Eltern)
- Gründe für die Wahl des Pflegestudiums
- Wichtigkeit der Gründe für die Wahl des Pflegestudiums
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12)
- Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)
- Lernstrategien im Studium (LIST)

Um zu erfassen, warum sich die Studienteilnehmer für ein Pflegestudium entschieden haben, wurden verschiedene selbstformulierte Gründe, die in Tabelle 1 aufgelistet werden, vorgegeben mit der Möglichkeit, diese zu bejahen oder zu verneinen. Eine Mehrfachnennung war möglich. Bei der Einschätzung der Wichtigkeit von Gründen für die Wahl des Pflegestudiums wurden ebenfalls Gründe vorgegeben (siehe Tabelle 2), wobei die Studienteilnehmer diese anhand einer fünfstufigen Skala von „unwichtig“ (1) bis „sehr wichtig“ (5) einschätzen sollten. So wie die Gründe in Tabelle 1 und 2 aufgelistet wurden, wurden sie auch bei der Erhebung (als Frage) dargeboten.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit der deutschen Version des SF-12 Health Surveys (Bullinger & Kirchenberger 1998) erfasst. Es handelt sich dabei um eine Kurzversion des SF-36 Health Survey. Über 12 Items werden acht Skalen erfasst (körperliche Funktionsfähigkeit und Rollenfunktion, Schmerz, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden). Das Antwortformat variiert von einer zwei bis sechsstufigen Antwortskala. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) des SF-36 liegt mit Ausnahme von zwei Subskalen über  $\alpha = .70$ . Es ergeben sich im Ergebnis eine körperliche und eine psychische Summenskala, bei denen der SF-12 80-85% der Varianz der acht Subskalen des SF-36 aufklärt. Zum Vergleich der hier ermittelten Werte wird eine bevölkerungsrepräsentative deutsche Stichprobe herangezogen, deren Werte im Handbuch des SF-36 Fragebogens erläutert wird. Konkret werden die Vergleichswerte der 21 bis 30 jährigen verwendet.

Der Fragebogen zur „Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE) (Schwarzer & Jerusalem 1999) dient zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüber-

zeugungen und basiert auf dem erstmalig 1977 entwickelten Selbstwirksamkeitskonzept (perceived self-efficacy) von Bandura. Jedes der zehn Items zielt auf die Messung einer subjektiven Attribution der Erfolgserwartung ab. Die vierstufige Antwortskala reicht von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“. Die internen Konsistenzen (Cronbach's  $\alpha$ ) liegen in allen deutschen Stichproben zwischen  $\alpha = .80$  und  $\alpha = .90$ . Zum Vergleich der hier ermittelten Werte, wird eine bevölkerungsrepräsentative deutsche Stichprobe herangezogen (Hinz et al. 2006).

Aus dem Fragebogen „Lernstrategien im Studium“ (LIST) (Wild & Schiefele 1994: 185) wurden die Skalen metakognitive Strategien, Anstrengung, Zeitmanagement und Lernen mit Studienkollegen verwendet. Die Skala metakognitive Strategien (11 Items; Cronbach's  $\alpha = .64$ ) bezieht sich auf die Kontrolle des Lernprozesses. *„Metakognitive Strategien ... umfassen die Planung von Lernschritten, die Überprüfung eigener Lernfortschritte durch Selbstüberwachung und die adaptive Regulation des eigenen Lernverhaltens in Abhängigkeit vom Lernfortschritt.“* (Wild & Schiefele, 1994: 187). So lautet ein Item dieser Skala *„Ich stelle mir Fragen zum Stoff, um sicherzugehen, daß ich auch alles verstanden habe.“* (Wild & Schiefele 1994: 192). Die Skalen Anstrengung, Zeitmanagement und Lernen mit Studienkollegen werden den ressourcenbezogenen Lernstrategien zugeordnet. Diese werden wiederum in interne und externe Ressourcen unterteilt. Die Skalen Zeitmanagement (4 Items; Cronbach's  $\alpha = .83$ ) sowie Anstrengung (8 Items; Cronbach's  $\alpha = .74$ ) werden den internen Ressourcen zugeteilt. Die Skala Lernen mit Studienkollegen (7 Items; Cronbach's  $\alpha = .82$ ) wird den externen Ressourcen zugeteilt.

Alle Items werden auf einer fünffach gestuften Ratingskala von „sehr selten“ (1) bis „sehr oft“ (5) nach ihrer Häufigkeit beantwortet. Zur Auswertung der Skalen wird ein Summenwert gebildet. Da es keine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung gibt, die zum Vergleich der hier ermittelten Werte herangezogen werden kann, werden die Daten der Validierungsstudie (Wild & Schiefele 1994) verwendet. Die Validierungsstichprobe besteht aus 310 Studenten im zweiten Semester überwiegend technischer Studiengänge. Ein Geschlechterverhältnis wurde nicht angegeben.

Die hier ermittelten Daten zur Selbstwirksamkeitserwartung und gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden mit Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung verglichen, da hier ein exploratives Vorgehen gewählt wurde. Interessanter wäre ein Vergleich mit der Berufsgruppe der Pflegenden. Leider gibt es keine entsprechenden Normierungen.

#### 4.4 Statistische Analyse

Die statistische Analyse wurde mit dem Programm SPSS 20 für Windows 7 durchgeführt (2011). Um zu überprüfen, ob sich die drei Gruppen hinsichtlich der Wichtigkeit der angegebenen Gründe für die Wahl des Pflegestudiums unterschieden, wird der Kruskal-Wallis-H-Test verwendet, da nicht gesichert ist, ob es sich um intervallskalier-

te Daten handelt. Falls dieser ein signifikantes Ergebnis zeigt, wird der Mann-Whitney-U-Test verwendet um zu prüfen, welche Gruppen sich voneinander unterscheiden.

Die Normalverteilung der Daten wird mit dem Kolmogorov-Smirnow-Test geprüft. Für Vergleiche zwischen zwei Gruppen wird der  $t$ -Test verwendet. Für Vergleiche von allen drei Gruppen wird eine einfaktorielle Varianzanalyse mit anschließendem post-hoc-Test (Bonferoni-Korrektur) verwendet. Sollte es keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Teilstichproben (Dualstudierende, PeM-Studierende, Azubis) geben, werden nicht nur die Dualstudierenden im Vergleich betrachtet, sondern die gesamte Stichprobe. Dieses Vorgehen wird gewählt, da größere Stichproben eine höhere Testpower aufweisen. Sollte die Bedingung der Normalverteilung bei dem  $t$ -Test oder der Varianzanalyse verletzt sein, werden diese Verfahren trotzdem verwendet, da sie gegenüber der Verletzung einer Voraussetzung robust sind (vgl. Lienert und Boehnke 2008: 83). Zum Vergleich der hier ermittelten Daten mit Normdaten wird der  $t$ -Test für eine Stichprobe verwendet.

Die Berechnung der Effektstärke ( $d$ ) erfolgt nach Cohen (Cohen 1988). Danach ist eine Effektstärke ab 0,2 als schwacher, ab 0,5 als mittlerer und ab 0,8 als starker Effekt zu betrachten.

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Stichprobe

Die Stichprobe besteht insgesamt aus 240 Teilnehmern. Die größte Teilstichprobe sind die Dualstudierenden ( $n = 111$ ), gefolgt von den PeM Studierenden ( $n = 73$ ) und den Auszubildenden ( $n = 52$ ). Die PeM-Studierenden sind im Durchschnitt 26,27 Jahre alt (SD = 4,62) und stellen somit die älteste Teilstichprobe dar, gefolgt von den Dualstudierenden ( $M = 20,97$ ; SD = 3,76). Die Auszubildenden stellen die jüngste Teilstichprobe dar ( $M = 20,12$ ; SD = 2,51), wenngleich ihr Unterschied zu den Dualstudierenden gering ausfällt. Weibliche Studienteilnehmer sind mit einem Anteil von 78,3% in der Gesamtstichprobe deutlich überrepräsentiert, Unterschiede zwischen den Gruppen sind diesbezüglich minimal. 86,3% der Teilnehmer der Gesamtstichprobe sind ledig, nur 3,3% haben Kinder.

Was den Berufsabschluss der Eltern der Studienteilnehmer betrifft, so zeigt sich, dass die Mütter am häufigsten eine Lehre abgeschlossen haben (56,3%), mit etwas Abstand gefolgt vom Hochschul- /FH-Abschluss (23,8%). Bei den Vätern ist der häufigste Berufsabschluss ein Hochschul- /FH-Abschluss (37,9%), gefolgt von einer Lehre (37,1%), wobei die Häufigkeiten sich nur minimal unterschieden. Mit Blick auf die drei Teilstichproben zeigt sich deskriptiv die Tendenz, dass die Eltern der Dualstudierenden vergleichsweise am häufigsten einen Hochschulabschluss haben.

## 5.2 Gründe für die Wahl des Pflegestudiums/Berufsausbildung

Die drei häufigsten Gründe zur Wahl des Pflegestudiums bei den Dualstudierenden sind ein Interesse an der Medizin (72,3%, siehe Tabelle 1), der Wunsch zu helfen (70,5%), mit deutlichem Abstand gefolgt von dem Wunsch, sich Wissen über die Effektivität von Pflegemaßnahmen (33,9%) anzueignen. Die Auszubildenden geben als häufigsten Grund den Wunsch zu helfen an (66,7%), gefolgt von dem Interesse an der Medizin (63%) sowie den Wunsch, Wissen über mögliche Unterstützung von Pflegebedürftigen zu erwerben (31,5%). Die PeM-Studierenden geben als häufigsten Grund hingegen an, Wissen über die Effektivität von Pflegemaßnahmen erlangen zu wollen (62,2%). Der Wunsch zu helfen und der Wunsch Wissen über mögliche Unterstützung von Pflegebedürftigen zu erwerben, folgen beide an zweiter Stelle (37,8%).

Wichtigster Grund Pflegestudium	PeM % (n)	Dual % (n)	Azubis % (n)
Helfen	37,8 (28)	70,5 (79)	66,7 (36)
Interesse Medizin	27 (20)	72,3 (81)	63 (34)
Pflegefall in Familie	9,5 (7)	6,3 (7)	3,7 (2)
Wissen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen	37,8 (28)	15,2 (17)	31,5 (17)
Empathie für Alltagsprobleme von Pflegebedürftigen	23 (17)	5,4 (6)	18,5 (10)
Wissen Effektivität von Pflegemaßnahmen	62,2 (46)	33,9 (38)	18,5 (10)
sonstige	12,2 (12)	6,3 (7)	7,4 (4)

Tab. 1: Gründe für die Wahl des Pflegestudiums/Berufsausbildung

## 5.3 Wichtigkeit von Gründen für die Wahl des Pflegestudiums/Berufsausbildung

Es zeigten sich bei vielen Fragen signifikante Unterschiede zwischen den drei Teilstichproben bzgl. der Wichtigkeit von Gründen für die Wahl des Studiums bzw. der Berufsausbildung. Beim Vergleich, der einzelnen Teilstichproben (Mann-Whitney-U-Test) stellte sich heraus, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Dualstudierenden und Auszubildenden gibt. Aufgrund dessen wurden diese beiden Teilstichproben gruppiert und mit den PeM Studierenden verglichen (Mann-Whitney-U-Test; siehe Tabelle 2). In 9 von 12 Fällen traten signifikante Unterschiede auf, wobei die Effektstärken von 0,38 bis 1,51 reichen. Der größte Unterschied ( $d = 1,51$ ) offenbarte sich in dem Wunsch anderen zu helfen, der bei den Dualstudierenden und Auszubildenden deutlich wichtiger eingeschätzt wird für die Wahl ihres Studiums bzw. ihrer Ausbildung. Der zweitgrößte Unterschied ( $d = 1,02$ ) zeigte sich in der Einschätzung der Wichtigkeit einen angesehenen Beruf zu erlangen, den die PeM-Studierenden als wichtiger einschätzen. Insgesamt sind den Dualstudierenden und Auszubildenden der Wunsch zu helfen, ihre Neigungen und ihr Berufswunsch wichtig für die Wahl ihres Studiums. Den PeM-Studierenden sind ein angesehenen Beruf, selbstständiges Arbeiten, viele Berufsmöglichkeit, soziale Veränderung und Persönlichkeitsentfaltung wichtiger für die Wahl ihres Studiums.



Wie wichtig waren die unten aufgeführten Gründe für die Wahl Ihres Studiums?*	Dual & Azubi			PeM			Mann-Whitney-U-Test			d
	n	M	SD	n	M	SD	U	Z	p	
Neigung	166	4,54	0,57	74	4,14	0,84	4522,500	-3,654	≥ ,001	0,55
fachspezifisches Interesse	166	4,41	0,68	74	4,41	0,68	6102,000	-0,090	,928	n.s.
Anderen Helfen	165	4,46	0,73	71	3,49	1,02	2715,500	-7,022	≥ ,001	1,51
Persönlichkeitsentfaltung	164	4,12	0,82	74	4,58	0,72	4080,500	-4,383	≥ ,001	0,59
soziale Veränderung	165	3,92	0,87	74	4,28	0,76	4671,000	-3,078	,002	0,38
Berufswunsch	165	4,12	0,92	74	3,74	1,03	4819,000	-2,750	,006	0,38
gute Verdienstmöglichkeiten	166	3,02	1,03	74	3,99	0,86	2966,000	-6,626	≥ ,001	1,02
angesehener Beruf	166	3,02	1,05	72	3,82	0,89	3477,500	-5,314	≥ ,001	0,82
viele Berufsmöglichkeiten	166	4,14	0,90	73	4,55	0,66	4542,500	-3,352	,001	0,51
Selbstständiges Arbeiten	166	3,63	1,01	74	4,12	0,85	4416,500	-3,642	≥ ,001	0,52
für mich kommt kein anderes Studium in Frage	164	2,51	1,18	74	2,62	1,04	5660,500	-0,860	,390	n.s.
sicherer Beruf	166	4,04	0,88	74	3,96	1,03	6079,500	-0,135	,892	n.s.

\*1 = „unwichtig“, 5 = „sehr wichtig“

Tab. 2: Wichtigkeit von Gründen für Wahl des Pflegestudiums/Berufsausbildung Dual & Azubi vs. PeM inferenzstatistische Prüfung

### 5.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12)

SF-12	PeM			Dual			Azubis			ANOVA		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	df	F	p
Körperliche Summenskala	70	53,65	5,44	106	53,24	5,49	44	54,6	4,21	219	1,187	,307
Psychische Summenskala	70	43,86	8,36	106	45,24	6,21	44	45,91	5,92	219	1,379	,254

Tab. 3: SF-12 ANOVA PeM vs. Dual vs. Azubi

In einer unifaktoriellen Varianzanalyse stellten sich weder in der körperlichen noch in psychischen Summenskala signifikante Unterschiede zwischen den drei Teilstichproben heraus (siehe Tabelle 3). Vergleicht man hingegen die Gesamtstichprobe, da es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilstichproben gibt, mit den Normdaten, so zeigt sich, dass die Gesamtstichprobe eine signifikant höhere körperliche Lebensqualität (siehe Tabelle 4) aufweist als die Norm. Die psychische Lebensqualität ist signifikant niedriger, wobei es sich hier, im Gegensatz zur körperlichen Lebensqualität sogar um einen starken Effekt handelt ( $d = 0,90$ ).

SF-12	gesamt			Norm		t-Test			d
	n	M	SD	M	SD	t	df	p	
Körperliche Summenskala	220	53,66	5,25	52,86	6,76	2,276	219	,024	0,13
Psychische Summenskala	220	44,94	6,93	51,91	8,35	-14,933	219	≥ ,001	0,90

Tab. 4: SF-12 Studienanfänger & Auszubildende vs. Norm

**5.5 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)**

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in einer univariaten Varianzanalyse zwischen den Teilstichproben ( $df= 224; F= 0,592; p= ,554$ ), sodass für den Vergleich mit der Norm die Gesamtstichprobe verwendet wird. Hierbei zeigte sich, dass die Gesamtstichprobe ( $M = 30,70; SD = 3,43$ ) eine signifikant höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufweist als die Norm ( $M = 29,43; SD = 5,36$ ), wobei es sich um einen schwachen Effekt handelt ( $t = 5,362; df = 208; p \geq ,001; d = 0,28$ ).

**5.6 Lernstrategien im Studium (LIST)**

In einer univariaten Varianzanalyse zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Skala metakognitive Strategien zwischen den drei Teilstichproben, der sich nach dem post-hoc-Test (Bonferoni) allerdings nicht bestätigen ließ. Im Vergleich der Gesamtstichprobe – da es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilstichproben gibt – mit der Validierungsstichprobe, zeigen sich in allen Skalen signifikante Unterschiede mit schwachen Effekten (siehe Tabelle 5). Die Teilnehmer der Gesamtstichprobe geben an, stärker metakognitive Strategien, mehr Anstrengung, verstärktes Zeitmanagement und eher mit Studienkollegen zu lernen als die Validierungsstichprobe.

LIST	gesamt			Validierungsstichprobe		t-Test			d
	n	M	SD	M	SD	t	df	p	
Metakognitive Strategien	229	39,35	5,42	38,31	5,18	2,922	228	,004	0,19
Anstrengung	227	28,98	4,67	28,03	4,66	3,085	226	,002	0,20
Zeitmanagement	235	11,97	3,80	10,43	3,82	6,242	234	≥ ,001	0,40
Lernen mit Studienkollegen	233	24,51	4,06	22,55	4,92	7,362	232	≥ ,001	0,43

Tab. 5: LIST Studierende vs. Norm inferenzstatistische Prüfung T1

**6. Diskussion**

In der vorliegenden Studie wurden erstmals Dualstudierende eines verschränkten Pflegestudienganges betrachtet und mit Auszubildenden sowie Studierenden eines weiterbildenden Pflegestudienganges verglichen. Bei den Vergleichen zwischen diesen Gruppen zeigten sich vor allem Unterschiede zu den PeM-Studierenden. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Dualstudierenden und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Ausgangssituation scheint also sehr ähnlich bei diesen beiden Gruppen zu sein.

Ausschlaggebende Gründe für die Berufswahl ähneln sich bei den Dualstudierenden und den Auszubildenden und bestehen hauptsächlich in dem Wunsch zu Helfen und einem Interesse an der Medizin. Unterschiede zeigen sich hier zu den PeM-Studierenden bei denen der Wunsch zu helfen, nicht mehr an oberster Stelle steht. Dies kann aus den unterschiedlichen Situationen bzw. Hintergründen der Personen interpretiert werden. Die Dualstudierenden und Auszubildenden beginnen erst eine Laufbahn in der Pflege. Die PeM-Studierenden haben bereits eine Berufsausbildung abgeschlossen und wollen sich mit einem Studium beruflich verändern. Dementsprechend ist der Wunsch, Wissen über die Effektivität von Pflegemaßnahmen zu erlangen, häufiger als Grund angegeben. Dies wirft die Frage einer professionstheoretischen Betrachtung des Helfermotives und einem Interesse an der Medizin in der Pflege auf. Diese Frage kann allerdings mit den hier erhobenen Daten bzw. der Methodik nicht beantwortet werden. Sie könnte in zukünftigen Arbeiten thematisiert werden.

Was die Wichtigkeit von Gründen für die Berufswahl betrifft, so zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Dualstudierenden und Auszubildenden. Es zeigten sich allerdings bei den meisten Gründen signifikante Unterschiede, wobei sich die Effektstärke ( $d$ ) von 0,38 bis 1,51 zum Teil um beachtlich handelt. Der stärkste Unterschied zeigte sich bei dem Wunsch anderen zu helfen ( $d = 1,51$ ), der für die Dualstudierenden und Auszubildenden sehr viel wichtiger ist. Für die PeM-Studierenden ist es hingegen wichtiger, einen angesehenen Beruf zu erlangen. Dies ist konsistent mit den hier vorher berichteten Ergebnissen bzgl. der ausschlaggebenden Gründe für die Berufswahl und ebenfalls in Richtung der unterschiedlichen Hintergründe zu interpretieren.

Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigte sich, dass die Studienteilnehmer eine höhere körperliche, aber eine niedrigere psychische Lebensqualität aufweisen. Der Unterschied in der körperlichen Lebensqualität ist nur sehr gering ( $d = 0,12$ ). Bei dem Unterschied in der psychischen Lebensqualität handelt es sich allerdings um einen starken Effekt ( $d = 0,90$ ). Dieser Unterschied könnte durch den Stress und die Aufregung erklärbar sein, der mit dem Beginn eines neuen Lebensabschnittes einhergeht. Dies ist konsistent mit Befunden, die bspw. von Kurré et al. (2011) berichtet wurden.

Die Gesamtstichprobe weist eine signifikant höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) als die Normierungsstichprobe auf, wobei es sich um einen schwachen Effekt handelt. In der Normierungsstichprobe wird von einem Alterseffekt berichtet, der zeigt, dass die Selbstwirksamkeitserwartung in jüngeren Gruppen höher ist als in älteren, was das Ergebnis erklären könnte. Die PeM-Studierenden sind zwar älter als die Dualstudierenden und die Auszubildenden, das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe ist trotz alledem immer noch niedriger als das der Normierungsstichprobe. Möglicherweise könnte dies dahingehend interpretiert werden, dass die Teilnehmer am Beginn eines neuen Lebensabschnittes stehen und diesem mit Zuversicht entgegenblicken, auch wenn dieser erst einmal mit Stress verbunden ist.

Was die Lernstrategien im Studium (LIST) betrifft, so zeigte sich bei einer unifaktoriellen Varianzanalyse ein signifikanter Unterschied in der Skala „Lernen mit Studienkollegen“, der sich in post-hoc-Tests (Bonferoni) nicht bestätigen ließ. Beim Vergleich zwischen der Gesamtstichprobe und der Validierungsstichprobe zeigten sich in allen Skalen signifikant stärkere Ausprägungen als in der Validierungsstichprobe. Es wäre denkbar, dass geänderte pädagogischen Rahmenbedingungen die hier erfassten Lernmethoden stärker gefördert haben. Denkbar wäre auch, dass es sich hier um einen Geschlechterunterschied handelt. Die Validierungsstichprobe besteht hauptsächlich aus Studierenden aus technischen Studiengängen, die einen höheren Männeranteil haben als Pflegestudiengänge. Die Studierenden befanden sich alle im zweiten Semester, möglicherweise hat dies ebenfalls einen Einfluss. Genaueres könnte sich bei der Verlaufsbetrachtung zeigen. Es bleibt dabei zu berücksichtigen, dass es sich um schwache Effekte handelt.

Die Stärke des Datensatzes liegt in der Zusammenstellung der unterschiedlichen Stichproben. Es ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse durch Alterseffekte beeinflusst wurden, weil die PeM Studierenden älter sind als die Dualstudierenden und die Auszubildenden. Noch handelt es sich um im Querschnitt erhobene, was die Aussagekraft begrenzt.

Hier stellte sich heraus, dass die Studierenden eine starke zu beachtende psychische Belastung bereits am Beginn ihres Studiums bzw. ihrer Ausbildung aufweisen. Dies ist konsistent mit zuvor berichteten Ergebnissen (bspw. Gumz et al. 2012; Holm-Hadulla et al. 2009; Kurré et al. 2011; Kurth et al. 2007). In Anbetracht von gängigen Studienabbrecherquoten von ca. 20% (Heublein et al. 2010: III-IV) sollte die psychische Belastung entsprechende Berücksichtigung bei der Studienberatung finden. So sollten Studierende über mögliche Beratungsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten (wie Workshops zur Stressverarbeitung) informiert werden. Auch Praxisanleiter, die Dualstudierende anleiten, sollten dies berücksichtigen. In der Studieneingangsphase müssen die Studierenden behutsam darauf vorbereitet werden, dass sie eine arbeitsintensive Zeit vor sich haben. Wichtig ist, dass sie Ansprechpartner für Fragen und Probleme haben. Studentische Tutoren können gut als Ansprechpartner fungieren, da sie selbst den Studieneinstieg erlebt haben. Im ersten Semester finden regelmäßig solche Tutorien statt, die Raum für die Besprechung solcher Probleme geben können. Ebenso gibt es im Curriculum ein Modul „die eigene Gesundheit weiterentwickeln“ in dem Strategien zur Stressverarbeitung erlernt oder verbessert werden könnten. Dies wären Möglichkeiten die Belastung der Studierenden aufzugreifen.

Bezüglich der Frage, wer sich für einen Dualstudiengang in der Pflege entscheidet, konnte gezeigt werden, dass vor allem das Motiv anderen Menschen zu helfen, eine wichtige Rolle spielt, genauso, wie ein Interesse an der Medizin. Ebenfalls fällt auf, dass die Eltern der Dualstudierenden den höchsten Anteil an Akademikern der Teilstichproben haben. Die Dualstudiengänge schließen eine wichtige Lücke in der Landschaft der Pflegequalifikation, weil sie die attraktive Möglichkeit bieten, direkt nach dem Abitur ein praxisnahes Studium zu beginnen.

## Literatur

- SPSS Statistics (2011): IBM Corporation, Armonk, New York, USA
- Bögemann-Großheim, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft*, Jg., 9, Nr.3, S. 100-107
- Bollinger, H. (2002): *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften: Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd.37 Qualifizierung und Professionalisierung. Argument-Verl, Hamburg
- Bullinger, M./Kirchenberger, I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen u.a.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie. (2012): Fachkräfte sichern. Duales Studium. Online im Internet: [http://www.kompetenzzentrum-fachkraeftesicherung.de/fileadmin/media/Themenportale-3/KoFa/PDFs-Instrumente/HE\\_Duales\\_Studium\\_web\\_bf.pdf](http://www.kompetenzzentrum-fachkraeftesicherung.de/fileadmin/media/Themenportale-3/KoFa/PDFs-Instrumente/HE_Duales_Studium_web_bf.pdf) [Stand: 2013-11-26]
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. L. Erlbaum Associates, Hillsdale, N.J.
- Department Pflege & Management (2012): *Modulhandbuch für den Bachelor-Studiengang Pflegeentwicklung & Management*. Online im Internet: [http://www.haw-hamburg.de/fileadmin/user\\_upload/WS-PM/pdf-Dateien/Modulhandbuch\\_BA\\_Pflegeentwicklung\\_und\\_Management.pdf](http://www.haw-hamburg.de/fileadmin/user_upload/WS-PM/pdf-Dateien/Modulhandbuch_BA_Pflegeentwicklung_und_Management.pdf) [Stand: 2012-10-31]
- Department Pflege & Management (2012): *Modulhandbuch für den Dualen Studiengang Pflege (Bachelor of Arts)*. Online im Internet: [http://www.haw-hamburg.de/fileadmin/user\\_upload/WS-PM/pdf-Dateien/Modulhandbuch\\_PflegeDual\\_05.05.2011.pdf](http://www.haw-hamburg.de/fileadmin/user_upload/WS-PM/pdf-Dateien/Modulhandbuch_PflegeDual_05.05.2011.pdf) [Stand: 2012-10-31]
- Gerlach, F. M./Beyer, M./Muth, C./Saal, K./Gensichen, J. (2006): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker. *Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes.*, Nr. 100, S. 335-343. Online im Internet: <http://www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/downloads/institut-allgemeinmedizin/DominanzdesDringlichen.pdf> [Stand: 2013-09-24]
- Gumz, A./Brähler, E./Ericas, R. (2012): Burnout und Arbeitsstörungen bei Studenten. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, Jg., 62, Nr. 01, S. 33-39. DOI: 10.1055/s-0031-1297943
- Heublein, U./Hutzsch, C./Schreiber, J./Sommer, D./Besuch, G. (2010): Ursachen des Studienabbruchs in Bachelor- und in herkömmlichen Studiengängen. *HIS: Forum Hochschule*. Online im Internet: [http://www.his.de/pdf/pub\\_fh/fh-201002.pdf](http://www.his.de/pdf/pub_fh/fh-201002.pdf) [Stand: 2013-04-24]
- Hinz, A./Schumacher, J./Albani, C./Schmid, G./Brähler, E. (2006): Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, Jg., 52, Nr. 1, S. 26-32. DOI: 10.1026/0012-1924.52.1.26
- Holm-Hadulla, R. M./Hofmann, F.-H./Sperth, M./Funke, J. (2009): Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapeut*, Jg., 54, Nr. 5, S. 346-356. DOI: 10.1007/s00278-009-0693-3
- Kurré, J./Scholl, J./Bullinger, M./Petersen-Ewert, C. (2011): Integration and health-related quality of life of undergraduate medical students with migration backgrounds – Results of a survey. *Psycho-social medicine*, Nr. 8, S. 1-8, DOI: 10.3205/psm000076
- Kurth, R. A./Klier, S./Pokorny, D./Jurkat, H. B./Reimer, C. (2007): Studienbezogene Belastungen, Lebensqualität und Beziehungserleben bei Medizinstudenten. *Psychotherapeut*, Jg., 52, Nr. 5, S. 355-361. DOI: 10.1007/s00278-007-0546-x
- Lienert, G. A./Boehnke, K. (2008): *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik mit 247 Tabellen*. Springer, Heidelberg
- Minks, K.-H., Netz, N./Völk, D. (2011): *Berufsbegleitende und duale Studienangebote in Deutschland: Status Quo und Perspektiven*. Online im Internet: [http://www.his.de/pdf/pub\\_fh/fh-201111.pdf](http://www.his.de/pdf/pub_fh/fh-201111.pdf) [Stand: 2013-05-29]

Danksagung: Wir bedanken uns bei den Studierenden und Auszubildenden, die an der Befragung teilgenommen haben.

- Moers, M. (2012): Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. *Pflege & Gesellschaft Zeitschrift für Pflegewissenschaft*, Jg., 17, S. 232
- Muths, S. (2011): Machbarkeitsstudie: Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen. Online im Internet: [http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ipp\\_schriften/ipp\\_schriften06.pdf](http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ipp_schriften/ipp_schriften06.pdf) [Stand: 2012-11-14].
- Schwarzer, R./Jerusalem, M. (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. R. Schwarzer, Berlin. Online im Internet: [http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/skalendoku\\_selbstwirksame\\_schulen.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/skalendoku_selbstwirksame_schulen.pdf) [Stand: 2013-04-02]
- Statistisches Bundesamt (2012): Bildung und Kultur: Nichtmonetäre hochschulische Kennzahlen. Online im Internet: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/KennzahlenNichtmonetaer2110431117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/KennzahlenNichtmonetaer2110431117004.pdf?__blob=publicationFile) [Stand: 2013-04-24]
- Thielhorn, U. (2012): Aspekte der Pflegebildung. In: Bechtel, P., Smerdka-Arhegler, I. *Pflege im Wandel gestalten – eine Führungsaufgabe*, Springer, Berlin, S. 123-130
- Voltmer, E./Rosta, J./Aasland, O. G./Spahn, C. (2010): Study-related health and behavior patterns of medical students: A longitudinal study. *Medical Teacher*, Jg., 32, Nr. 10, e422. DOI: 10.3109/0142159X.2010.496008
- Vosseler, B./Kern, A. O./Zang, Y.-L. (2008): 15 Jahre Pflegestudiengänge – eine Bilanz. *Public Health Forum*, Jg., 16, Nr. 4, 12.e1. DOI: 10.1016/j.phf.2008.11.008
- Wild, K.-P./Schiefele, U. (1994): Lernstrategien im Studium: Ergebnisse zur Faktorenstruktur und Reliabilität eines neuen Fragebogens, Jg., 15, Nr. 4, S. 185-200
- Zeller-Dumke, M.: *Pflegestudium.de*: Informationen über Studiengänge. Online im Internet: <http://www.pflegestudium.de/> [Stand: 2013-09-26]

*Dipl.-Psych. Christoph Reichardt*

*Prof. Dr. phil. habil. Corinna Petersen-Ewert, M.A.*

Department Pflege & Management

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg,

[christoph.reichardt@haw-hamburg.de](mailto:christoph.reichardt@haw-hamburg.de)

Ulrike Auböck, Andrea Haselwanter-Schneider, Christa Them

# Die Rolle von Praxisanleitern und Praxisanleiterinnen in der klinisch-praktischen Ausbildung von österreichischen Pflegestudierenden

## Ergebnisse einer Expertenbefragung

The role of preceptors in the clinical placement of Austrian nursing students – Results of expert interviews

Developments in health care policy and society also in Austria entail an increasing shift of the theoretical nursing training to third-level institutions. This also affects the practical parts of the nursing training. This present paper aims at identifying the duties and activities as well as the necessary skills and competencies of preceptors in the practical training of nursing students. The used method is the expert interview. The results point to a modified socio-professional role of nursing students. The survey shows how these changes influence the future socio-professional role of preceptors and the additional qualifications and competencies they will need. Parts of the results are structures and processes influencing the specific activities of preceptors and the quality of the practical nursing training. The discussion includes selection, training, shift and task definition as well as the impact of these factors on the role identification of preceptors. A precision of the profile of preceptorship would increase its significance and the quality of the practical training of nursing students. If preceptorship is subject to adequate and supporting structures and conditions, it can be seen as a measure of development in organization and HR.

### Keywords

Nursing Students, Competencies, Preceptors

Die derzeit in Österreich geführte Diskussion um gesundheits- und sozialpolitische Entwicklungen lassen eine zunehmende Verlagerung der Pflegeausbildung an Fachhochschulen und Universitäten erkennen. Dies hat Auswirkungen sowohl auf den theoretischen als auch auf den praktischen Ausbildungsanteil. Die Absicht der vorliegenden Studie liegt in der Identifikation von Aufgaben und Tätigkeiten, sowie der dafür benötigten Kompetenzen von PraxisanleiterInnen in der praktischen Ausbildung von Pflegestudierenden primärqualifizierender Studiengänge. Als Forschungsmethoden wurden das leitfadengestützte Experteninterview und die zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt. Die Resultate beziehen sich auf die künftige sozial-berufliche Rolle Pflegestudierender sowie auf die künftige sozial-berufliche Rolle und das Kompetenzprofil von PraxisanleiternInnen. Weiters wird aufgezeigt, welche Strukturen und Prozesse die anleitungsspezifischen Aktivitäten von PraxisanleiterInnen und dadurch die Qualität der praktischen Ausbildung beeinflussen. Zur Diskussion ste-

hen Auswahl, Ausbildung, Verortung und Aufgabendefinition sowie der Einfluss dieser Aspekte auf die Rollensicherheit der PraxisanleiterInnen. Durch eine Profilschärfung des Berufsbildes des Praxisanleiters/der Praxisanleiterin ist deren Stellenwert anzuheben, was eine Qualitätssteigerung der praktischen Ausbildung von Pflegestudierenden erwarten lässt. Praxisanleitung innerhalb entsprechender fördernder Strukturen und Bedingungen ist als Maßnahme der Personal- und damit der Organisationsentwicklung anzusehen.

### Schlüsselwörter

Pflegestudierende, Kompetenzen, Praxisanleiter

## Einleitung

Auch in Österreich findet die theoretische Pflegeausbildung aufgrund veränderter beruflicher Anforderungen und steigender Ansprüche an die professionelle Pflege zunehmend an Fachhochschulen, Universitäten sowie im Rahmen von Kooperationen zwischen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und Universitäten statt (Möstl, Planetz 2010). Unter Anderem führen die demografische Entwicklung, die Probleme der industrialisierten Wohlstandsgesellschaft und der dadurch hervorgerufene Wandel des Krankheitsspektrums dazu, dass eine Förderung des professionellen Pflegehandelns zur Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nötig wird (Kainberger 2006). Bereits seit Beginn des 21. Jahrhunderts sieht die WHO (2000) die Akademisierung der Pflege als eine Strategie der Professionalisierung des Pflegeberufes und fordert eine zunehmende Verortung der Pflegeausbildung auf tertiärer Ebene. Die praktische Ausbildung erfolgt in Österreich nach wie vor in Praktikumseinrichtungen der Akut- und Langzeitpflege (Schwamberger, Biechl 2011).

## Problemstellung

Die Krankenpflegeausbildung in Österreich wird derzeit als berufsbildende mittlere Schule (BMS) in der internationalen Bildungsklassifikation ISCED (International Standard Classification of Education) auf Level 4B eingestuft (Schneeberger 2010, 35). Diese international unübliche Einstufung verhindern durch das niedrige Qualifikationsniveau die Bewältigung künftiger pflegeberuflicher Herausforderungen (Schneeberger 2010).

Um den künftig auftretenden Problemfeldern entsprechend begegnen zu können, strebt auch in Österreich die Pflege eine Professionalisierung durch die Überführung ihrer Ausbildung in den tertiären Ausbildungsbereich an (Möstl, Planetz 2010). Wissenschaftliche Grundlagen im Sinne einer evidenzbasierten Pflege sowie permanente Reflexions-, Adaptions- sowie Individualisierungsfähigkeiten der Pflegepersonen können nach Ansicht des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe DBR (2010) ausschließlich innerhalb eines Pflegestudiums erworben werden. Künftig notwendige Kompetenzen von Pflegenden wie die Forschungskompetenz, die Fähigkeit zum Ergebnistransfer und evidenzbasiertem Handeln werden jedoch nach Ansicht des DBR



(2010) nicht nur durch eine Qualifikation auf akademischem Niveau, sondern auch durch einen entsprechenden Theorietransfer in die praktische Ausbildung zu fördern und zu entwickeln sein. Hobbs und Green fordern bereits (2003) für Studierende aus primärqualifizierenden akademischen Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege eine kompetenzfördernde praktische Ausbildung, in welcher die anleitenden Pflegepersonen den Praxistransfer von wissenschaftlichem Wissen übernehmen, wofür auch die anleitenden Pflegepersonen eine in erster Linie wissenschaftliche Qualifikation benötigen. Derzeit gibt es in Österreich noch keinerlei gesetzliche Regelung entsprechender Rahmenbedingungen, die eine Praxisanleitung unter den oben aufgezeigten Aspekten gewährleisten könnte (Auböck 2009). Die anleitenden Fachkräfte haben nach Möstl & Planetz (2010) weder eine Pflegeausbildung auf tertiärem Niveau, noch existieren in Österreich rechtliche Kriterien bezüglich einer obligaten pädagogischen Weiterqualifizierung (Voraberger 2007).

Die genannten Umstände weisen darauf hin, dass die praktische Ausbildung gravierend zu überdenken ist und den PraxisanleiternInnen künftig eine veränderte Rolle mit veränderten Aufgaben und Tätigkeiten unter den entsprechenden Rahmenbedingungen zuzuweisen ist.

## Die Forschungsfragen

Folgende Forschungsfragen, welche aus Sicht von unterschiedlichen Akteuren der Pflegeausbildung und -praxis beantwortet werden sollten, waren Gegenstand der vorliegenden Untersuchung:

- Welche Kompetenzen werden von AbsolventenInnen einer primärqualifizierenden akademischen Pflegeausbildung erwartet, um ihren zukünftigen Aufgaben gerecht werden zu können?
- Welche dieser Kompetenzen müssen den Pflegestudierenden in der praktischen Ausbildung von PraxisanleiternInnen vermittelt werden?
- Welche Kompetenzen werden PraxisanleiterInnen selbst für die praktische Ausbildung von Pflegestudierenden benötigen?
- Welche Strukturen und Rahmenbedingungen sind für die Aufgaben und Tätigkeiten der PraxisanleiterInnen unterstützend?

## Literaturrecherche

Die zugrunde liegende Literatur bezieht sich vorrangig auf Forschungsberichte, Literaturstudien, relevante wissenschaftliche Artikel und theoretische Diskussionen.

Zusätzlich zur Literatur der Pflege wurde in den Disziplinen der Soziologie und Erziehungswissenschaft recherchiert, um möglichst unterschiedliche Perspektiven einzubeziehen. Da klinische Ausbildung von Pflegestudierenden im angloamerikanischen und skandinavischen Bereich bereits seit den frühen 1990-er Jahren das wissenschaftli-

che Interesse weckte, im deutschsprachigen Raum aber erst seit wenigen Jahren über dieses Thema publiziert wird, berücksichtigt die vorliegende Arbeit Publikationen im Zeitraum zwischen 1990 bis 2012 aus dem angloamerikanischen, skandinavischen und deutschen Sprachraum in englischer und deutscher Sprache.

Neben der Suche in elektronischen Datenbanken wie Cinahl, Medline, CareLit, Academic Search Elite, Dimdi, PSYNDEX, BIBB Literaturdatenbank sowie FIS Bildungsliteratur Datenbank wurde eine manuelle Suche in Fachzeitschriften und -büchern der Bibliothek am Dienst- bzw. Studienort der Erstautorin vorgenommen. Eine zusätzliche Recherche erfolgte in google scholar. Weitere wichtige Literaturquellen wurden innerhalb eines Schneeballverfahrens in den Literaturverzeichnissen der recherchierten Artikel und Bücher identifiziert.

Folgende Suchbegriffe kamen einzeln und in Kombination zur Anwendung: Praktische Ausbildung, Praxisanleitung, Mentoren, Ausbilderqualifizierung, Theorie-Praxis-Transfer, Pflegestudium, Aufgaben, Rechte, Pflichten, preceptor, nursing education, mentoring, theory transfer, clinical education, framework, nursing students, nursing practice, duties, responsibilities.

Der explorative Charakter der Literaturrecherche lässt auf die Aufzählung von Trefferquoten der verwendeten Suchbegriffe in den einzelnen Datenbanken verzichten.

## Der Stand der Forschung

Während Gratzter (2006) die künftigen Aufgabenschwerpunkte von Pflegepersonen in der Gesundheitsförderung, in der Forschung und im Forschungstransfer, in der die Evidenzbasierung der Pflege sowie in einer ambulanten Gesundheitsversorgung speziell von chronisch kranken und älteren Menschen sieht, fordert der DBR (2007) zusätzlich von den Pflegenden das Management mit entsprechenden Daten zu versorgen und die Anliegen der Pflege politisch argumentativ aufzubereiten. Bezüglich der Aufgaben, welche beispielsweise von BachelorabsolventenInnen der Pflege zukünftig übernommen werden können, beschreibt Gratzter (2006) unter anderem die Übernahme neuer Rollen, wie Primary Nursing, die Teilnahme an Forschungsprojekten, die Entwicklung einer Evidence Based Practice, Schulung und Beratung von PatientenInnen und Angehörigen. Darüber hinaus bezeichnet er die Klassifikation, Beurteilung und Evaluation von Pflegeinterventionen als relevante Aufgaben für akademisch ausgebildetes Pflegepersonal.

Kriegl (2009) ist der Ansicht, dass das Kompetenzportfolio des zukünftigen Pflegepersonals eine Reihe von Kompetenzen beinhalten sollte, die in einer nicht akademischen Ausbildung kaum zu erwerben sind. Sie bezeichnet vor allem Beratungs- und Forschungskompetenz, Kenntnisse des Pflege- und Risikomanagements sowie Wissen über erweiterte pflegerische Handlungskonzepte wie Case- und Care-Management als grundlegende pflegerische Kompetenzen.

Folgt man obigem Kompetenzportfolio so benötigen künftige Pflegepersonen über

eine akademische Theorieausbildung hinaus auch eine qualitativ hochwertige klinische Ausbildung. Erfahrung und Expertise im klinischen Feld, verbunden mit Fähigkeiten zu Leadership, zur Kommunikation, Skills zur Entscheidungsfindung, Begeisterung für das Lehren und ein Umfeld, das Lehren und Lernen unterstützt, sind für eine gute Praxisanleitung unerlässlich (Schober, Affara 2006).

Während die Ausbildung zum/zur PraxisanleiterIn internationalen Vorstellungen folgend großteils dem ersten akademischen Grad entspricht (Zahner 2006), differiert die spezielle Ausbildung zum/zur PraxisanleiterIn sowohl international als auch österreichweit stark was die Form, Verortung, Inhalt und Dauer betrifft (Ewers 2001; Voraberger 2007). Obwohl Praxiserfahrung für die Anleitungstätigkeit gefordert wird, existieren kaum nähere Angaben zur notwendigen Anzahl der Berufsjahre (Suen, Chow 2001). Bei Mamerow (2010) wird beispielsweise als entsprechendes Ausmaß an praktischer Erfahrung mindestens zwei Jahre berufliche Tätigkeit im betreffenden Setting genannt.

Die Fortbildungsangebote sind in Bezug auf die fachliche, wissenschaftliche und sozial-pädagogische Kompetenzentwicklung der PraxisanleiterInnen oftmals als mangelhaft zu bezeichnen (Usher et al. 1999).

Ist die Zielsetzung der Praxisanleitung nicht transparent, fehlt vielfach das Commitment der Führungspersonen sowie Anerkennung und Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, was nach Shoemaker (2007) sowie Usher et al. (1999) vorrangig die Ursache für die Probleme der PraxisanleiterInnen darstellt. Yonge et al. (2002) sehen im fehlenden Commitment der Führungskräfte auch den Grund für die mangelnden zur Verfügung stehenden Zeitressourcen, wodurch Anleitung als reine Beistelllehre durchgeführt wird. Sie kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass fehlende Zeit eine Überlastung und Demotivation der PraxisanleiterInnen hervorruft, und die Qualität der Anleitung erheblich beeinflusst.

Die zeitlich begrenzten Ressourcen verhindern nach Barrett und Myrick (1998) auch eine ausreichende Planung und Steuerung der Lernprozesse sowie die fördernde Evaluierung der Lernfortschritte und die Unterstützung durch Lehrpersonen der Theorie in fachdidaktischen Fragen (Voraberger 2007). Zudem steht für die vertiefte Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Literatur zu wenig Zeit zur Verfügung, wobei Zilembo und Monterosso (2008) darlegen, dass präsentés Wissen das positive Rollenbild der PraxisanleiterInnen stärkt und daher unerlässlich für eine gute Anleitung ist.

Ein weiteres Problem scheint darin zu bestehen, dass konkrete Anforderungsprofile und Auswahlkriterien fehlen, was die Auswahl von PraxisanleiternInnen erschwert und dazu führt, dass gering motivierte und nicht geeignete Personen in die Praxisanleitung gelangen (Zilembo, Monterosso 2008).

In der Studie von Campbell und Hawkins (2007) wird untersucht, ob die Motivation durch ein Belohnungssystem gefördert werden kann, wobei die monetäre Belohnung gegenüber den ideellen Belohnungsformen nicht präferiert wird.

## Methode

Bei vorliegendem Manuskript handelt es sich um die Darstellung der ersten Befragungswelle einer Delphi Studie. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine qualitative Untersuchung mittels Experteninterviews gewählt. Die befragten Personen werden als Träger von bestimmten, mit der Fragestellung in enger Verbindung stehenden Funktionen verstanden, deren gemeinsam geteiltes Wissen eine theoriegeleitete thematische Ordnung der Interviewäußerungen ermöglichen. Müller-Mundt (2002, 269) beschreibt den Grundgedanken der Experteninterviews als Forschungsmethode, die „[...] vielfach angewandt als probate Methode gilt zur Exploration und Rekonstruktion von komplexen Wissensbeständen. [...] Es geht dabei um das Aufspüren des impliziten Wissens („tacit Knowledge“) und der exklusiven Wissensbestände der Experten über ungeschriebene Gesetzmäßigkeiten sozialen bzw. institutionalen Handelns.“ Da im Zentrum des Erkenntnisinteresses zukünftige Entwicklungen von Organisationen und die entsprechenden Reaktionen darauf stehen, entschieden sich die Autorinnen für die qualitative Untersuchungsmethode der Experteninterviews.

Die erwarteten Ergebnisse der Interviews finden Eingang in die zweite Welle der Delphi-Studie als Grundlage für die Erstellung eines Fragebogens.

## Der Studienablauf

Da es sich bei der gesamten Studie um ein Delphi-Verfahren handelt, deren erste Welle die vorliegende Expertenbefragung darstellt, gingen die Autorinnen von 20 TeilnehmernInnen aus, was Häders (2002) Empfehlung entspricht, der eine Gruppengröße zwischen mindestens sechs und maximal 30 gut ausgewählten Expert(inn)en befürwortet. Nach 15 Interviews stellte sich jedoch jener Grad an Datensättigung ein, der eine Befragung weiterer Expert(inn)en nicht notwendig machte.

Die Auswahl der Expert(inn)en erfolgte anhand konkreter funktionsorientierter Ein- und Ausschlusskriterien. Ein zusätzliches Auswahlkriterium stellte eine möglichst breite geografische Streuung der Unternehmen dar, in welchen die Expert(inn)en tätig sind.

Die Interviews fanden im Zeitraum zwischen Juli 2011 und August 2012 statt und wurden bis auf drei Ausnahmen im Betätigungsfeld der Expert(inn)en geführt. Die letztgenannten Interviews fanden an der Dienststelle einer der Autorinnen statt. Über die kennzeichnenden Merkmale des Expertenstatus sowie über besondere Vorkommnisse während der Interviews wurden Aufzeichnungen auf dem jeweiligen Interviewleitfaden geführt.

## Ethische Aspekte

Die Teilnehmenden erhielten eine ausführliche schriftliche Information über Freiwilligkeit, Ziele und Methoden der Studie, mit der Zusicherung auf Anonymität und dem

Recht des jederzeitigen Widerrufs der Teilnahme. Diese Information wurde durch eine Einverständniserklärung ergänzt. Die Namen der Expert(inn)en wurden durch eine Kodierung ersetzt. Die mittels MP3-Recorder aufgenommenen Audiotracks wurden auf einer CD Rom gespeichert und so aufbewahrt, dass zu keinem Zeitpunkt der Studie eine andere Person Zugriffsmöglichkeit besaß. Im Anschluss an die Auswertung wurden die Audio Files gelöscht.

Die Anonymität der Expert(inn)en untereinander wird bei Häder/ Häder (1998) als wesentlicher methodischer Aspekt des Delphi-Ansatzes bezeichnet, da sie grundlegend für die Verhinderung einer Meinungsführerschaft in der Expert(inn)engruppe und für den Schutz der Beteiligten vor einem, aufgrund einer Meinungsänderung befürchteten Prestigeverlust ist.

## Die Datenerhebung

Der Interviewleitfaden wurde einerseits auf der Basis einer langjährigen wissenschaftlichen Auseinandersetzung der Autorinnen mit der Thematik Praxisanleitung entwickelt. Andererseits wurden die relevanten Inhalte und Dimensionen des Interviewleitfadens in Anlehnung an die Methode der Facettentheorie nach Borg (1992, zit. nach Häder 2002) bestimmt. Beschrieben sind dort jene Überlegungen, die für die Differenzierung allgemeiner Fragestellungen notwendig sind, um so die wesentlichen systematischen Indikatoren für eine empirische Untersuchung ableiten zu können.

Dementsprechend konnten drei Fragenkomplexe isoliert werden, die mit den Forschungsfragen korrespondieren. Hierbei handelt es sich um die Person und Rolle der Lernenden, die Person und Rolle der Anleitenden sowie die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Intervention Anleitung.

Die Expert(inn)en hatten zudem die Möglichkeit zusätzliche, von den Autorinnen nicht berücksichtigte Aspekte in die Befragung einzubringen. Nach zwei Probeinterviews wurde der Interviewleitfaden durch zwei Aspekte ergänzt. Die beiden Probeinterviews wurden in die Auswertung einbezogen.

Die Interviews wurden transkribiert und dabei sprachlich geglättet (Kukartz 2010). Als Analysemethode kam die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) zum Tragen, die eine Reduktion des Materials unter Erhaltung der wesentlichen Inhalte zum Ziel hat. Die Datenanalyse erfolgt mittels des Analyseprogramms MAXQDA (Students Version 2011). Die Reduktion des Datenmaterials bildete die Basis für eine deduktive, den Forschungsfragen entsprechende Kategorienbildung. Um eine möglichst konkrete Definition der vorgegebenen Kategorien sowie die Zuordnung zu den Textstellen zu erzielen, kam den Empfehlungen Mayrings (2002) entsprechend ein Kodierleitfaden zum Einsatz, in welchem Begrifflichkeiten und Abgrenzungsregeln zwischen den Kategorien definiert sind.

## Ergebnisse

Die Darstellung der Kategorien mit ihren Subkategorien ist in die Identifikation von zukünftigen Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen von PraxisanleiterInnen gegliedert, die sich an den zukünftigen Tätigkeiten und Kompetenzen der Pflegepersonen mit Bachelorabschluss orientieren. Es folgen die Beschreibung von Problemfeldern durch die veränderten Aufgaben der PraxisanleiterInnen und die Ermittlung von geeigneten zukünftigen Strukturen und Rahmenbedingungen für eine effiziente praktische Ausbildung. Die Ergebnisse werden anhand angemessener Ankerbeispiele belegt.

### Die zukünftige sozial-berufliche Rolle von Pflegekräften mit Bachelorabschluss

Pflegekräfte mit Bachelorabschluss werden nach Expert(inn)enansicht in der Regel direkt am Krankenbett arbeiten, jedoch mit wissenschaftlich vertieftem Wissenshintergrund. Gleichzeitig berichten einige Expert(inn)en, dass sich viele Pflegestudierende selbst eher im Bereich der Leitung, Lehre und Expertise sehen.

*„[...] Sie sehen sich selbst anders eingesetzt als herkömmliche Pflegekräfte. Vor allem in Leitungsfunktionen und in der Lehre wollen sie später tätig sein.“ (1, 20)*

Aufgaben wie wissenschaftsbasiertes Arbeiten, Gesundheitsförderung, Qualitätsmanagement, aber auch die Lehre und die praktische Anleitung von Pflegestudierenden werden von den Expert(inn)en bestätigt.

Die Mitarbeit im Evidence Based Nursing Prozess, die kritische Anwendung von Assessment- und Beratungsinstrumenten, die Planung, die Durchführung und die Evaluierung der praktischen Anleitung sowie die interdisziplinäre Arbeit im Team werden von jenen Expert(inn)en, die aus dem Bereich der theoretischen Ausbildung kommen, als vorrangige zukünftige Tätigkeitsfelder von Pflegekräften mit Bachelorabschluss angesehen.

*„[...] dass sie auch wissenschaftliche Erkenntnisse interpretieren können. [...] dass sie mit relativ neuen Assessmentinstrumenten, dass sie für das Verständnis haben und nicht sagen, mit so etwas wollen wir nichts zu tun haben.“ (2, 13)*

Forschungskompetenz, vor allem in Bezug auf Literaturrecherche und individuelle Ergebnisanwendung wird als absolut notwendig erachtet. Auch erweiterte kommunikative, pädagogisch-didaktische Kompetenzen sowie Führungskompetenz und ausgehende fachliche Kompetenz bezeichnet der Großteil der Expert(inn)en als wichtig.

*„Aber ich denke, der Bedarf ist da, dass Führungskompetenz und auch organisatorische Kompetenz vermittelt wird. [...] Da merkt man jetzt oft Defizite. Oder auch in der Verantwortung, den Pflegenachwuchs gut anzuleiten, gut auszubilden, aber auch das Hilfspersonal gut anzuleiten – auch in der Praxis.“ (1, 18)*

## Die zukünftige sozial-berufliche Rolle als anleitende Pflegeperson von Pflegestudierenden

Die vorrangigen Tätigkeiten der PraxisanleiterInnen betreffen nach Angaben der Befragten die systematische Planung, die Aufbereitung, die Reflexion, die Analyse und die Evaluation von Lehr- und Lernsituationen. Pflegeinterventionen anzuleiten sowie Gespräche mit Studierenden und Professor(inn)en zählen ebenso zu den spezifischen Aktivitäten der PraxisanleiterInnen. Die PraxisanleiterInnen sind gemäß der Expert(inn)en aus dem theoretischen Ausbildungsbereich für die Kompetenzentwicklung hinsichtlich der Durchführung von Gesundheitsförderung und -beratung, des evidenzbasierten Arbeitens sowie der Anwendung von Assessment- und Risikoeinschätzungsinstrumenten verantwortlich.

*„Was genau, wann, und wie geplant auf welcher Station, welcher Schüler oder Student zum Einsatz kommt, auf welchem Ausbildungsstand er ist. [...] Dass der Mentor den Schülern sagt, diese Qualifikation oder diese Kompetenz oder jene ist zu erwerben und mit dem Schüler dann Ziele zu vereinbaren und dieses dann auch zu kontrollieren, zu dokumentieren usw.“ (1, 22)*

Um die genannten Aufgaben erfüllen zu können, benötigen PraxisanleiterInnen grundlegende Forschungs- und Pflegefachkompetenz, pädagogisch-didaktische Anleitungskompetenz, Konflikt-, Reflexions- und Beurteilungsfähigkeit sowie ein ausreichendes Bewusstsein der Selbstkompetenz.

*„Es braucht dafür dann auch namhaft gemachte Mentoren, die gute wissenschaftliche und pädagogische Fundamente haben, um die Anleitung gesamt zu strukturieren, auch wenn ich es delegiere, aber um die Anleitung für den Lernenden gesamt zu strukturieren.“ (5, 16)*

Für anleitendes Pflegepersonal in der praktischen Ausbildung von Bachelorstudierenden sind sowohl eine Basisqualifizierung auf akademischem Niveau als auch eine einschlägige Berufserfahrung notwendig, bevor die Tätigkeit als PraxisanleiterIn aufgenommen werden kann.

*„[...] zum Anleiten eine optimalerweise natürlich akademische Ausbildung, ist logisch. Dieser Part wird derzeit von der Uni oder Schule übernommen werden müssen in irgendeiner Form.“ (6, 42)*

Nur wenige der Befragten kommen zum Schluss, dass PraxisanleiterInnen über zusätzliche und erweiterte Kompetenzen verfügen müssen und ihnen deshalb auch eine höhere Bezahlung oder zumindest eine nicht monetäre Anerkennung zugestanden werden sollte. Die Akzeptanz der Praxisanleitung im stationeigenen und interdisziplinären Team ist sicherzustellen.

*„Und was aber auch noch wichtig ist, dass man die Zeit und Akzeptanz im Team hat, das finde ich wesentlich wichtiger, denn die Entlohnung ist ja etwas Kurzfristiges und im Team oft schwer zu akzeptieren.“ (5, 16)*

### Förderliche Strukturen und Rahmenbedingungen der praktischen Ausbildung

Die vorhandenen traditionell hierarchischen Strukturen innerhalb der Praktikumsstellen sowie eine fehlende Konkretisierung des Ausbildungsauftrages für PraxisanleiterInnen werden vor allem von den Expert(inn)en aus dem theoretischen Ausbildungsbereich als hinderlich für eine effiziente praktische Ausbildung von Pflegestudierenden bezeichnet. Deshalb müssen nicht nur die unmittelbare Leitung einer Station oder Abteilung, sondern alle hierarchischen Ebenen einer Organisation hinter einem verbindlichen Konzept der Praxisanleitung stehen.

*„Hier muss die Praxisanleitung einen sehr, sehr großen Stellenwert einnehmen. [...] das sichert unsere Zukunft, weil je besser wir anleiten, je besser wir ausbilden, umso besser sind die Mitarbeiter, die wir einmal kriegen.“ (4, 75-81)*

Eine gezielte Auswahl von Personen, die sich für die Aufgabe der Praxisanleiterin/des -anleiters eignen, wird nur von den Expert(inn)en des theoretischen Ausbildungsbereiches gefordert. Die Führungspersonen der Stationen oder Bereiche sollen demnach für die Auswahl geeigneter Personen für die Praxisanleitung verantwortlich zeichnen, wobei ein standardisiertes Assessmentverfahren zurzeit von den meisten Expert(inn)en aus dem berufspraktischen Bereich noch nicht als notwendig erachtet wird. Die Funktion oder die Aufgaben des/der Praxisanleiters/in müssen ihrer Ansicht nach jedoch konkret definiert sein, um daraus ein Anforderungsprofil ableiten zu können.

*„[...] was es braucht ist letztendlich ein Anforderungsprofil mit Punktwerten und danach, wenn man diese Kriterien erfüllt, kann man überhaupt einmal in die Auswahl kommen. Und dann ist noch die Frage, ob man nicht später einmal ein Hearing macht für Praxisanleiter“ (8, 46)*

Eine Empfehlung der Vorgesetzten sowie Engagement in der praktischen Anleitung stellen für beinahe alle Expert(inn)en aus dem berufspraktischen Bereich ausreichende Auswahlkriterien für künftige Praxisanleiter/innen dar.

*„[...] durch die Bank kommen die auf Empfehlung der Stationsleitung. Die bemerkt ja, die haben sich verdient gemacht.“ (10, 76)*

Ein Großteil der Expert(inn)en wünscht sich eine gezielte, spezifische und kontinuierliche Fort- und Weiterbildung für PraxisanleiterInnen und begründet dies mit dem sich rasch verändernden medizinisch-pflegerischen Wissen.

*„Weiterbildung im Sinne von Personalentwicklung, wenn sie in diesem Tätigkeitsbereich weiterarbeiten [...] weil es ändert sich immer so viel.“ (5, 60)*

Zusätzlich fordern einige Befragte aus dem berufspraktischen Bereich ständiges Training on the Job für PraxisanleiterInnen, das in Begleitung von Supervisoren oder Coaches erfolgen sollte.

*„[...] denn momentan haben wir das Problem in der Praxisanleiterweiterbildung, dass die Weiterbildung alleine keinen guten Durchdringungsgrad bildet, also muss man bei der Durchführung unterstützen.“ (12, 4)*



Zum Umfang von Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen existieren Vorschläge von einzelnen Tagen mit darauf aufbauenden Zusatzmodulen, Reflexionstagen mit spezifischen Inhalten oder mehrstündige, aber kontinuierliche Inputs durch Pflege-Expert(inn)en oder Pädagog(inn)en.

In Bezug auf die Durchführung von PraxisanleiterInnenausbildungen existieren gemäß den Expert(inn)enmeinungen zahlreiche Möglichkeiten. Die Ergebnisse reichen von Weiterbildungen nach dem GuKG (1997, 5, § 64) über viersemestrige Universitätslehrgänge bzw. zweisemestrige Hochschul- oder Fachhochschulausbildungen bis hin zu einer posttertiären Ausbildung im Rahmen eines Master of Business Administration.

*„Ob dann daraus eine entsprechende Weiterbildung wird oder ein entsprechender Schwerpunkt im Rahmen eines Bakkalaureatstudiums, das wird sich dann in den nächsten Jahrzehnten zeigen.“ (5, 55)*

Die bevorzugt geforderten Inhalte der Weiterqualifizierung betreffen Pädagogik, Fachdidaktik, Pflegeforschung, Führung, Pflegemethodik sowie Konflikt- und Kommunikationsmanagement. Die Forderung nach einer eigenen Stelle mit einer konkreten Stellenbeschreibung fordern in erster Linie die Expert(inn)en aus dem schulisch-universitären Bereich.

*„Die Praxisanleiter müssen einen anderen Stellenwert kriegen im Haus. [...] bei der Stellenbeschreibung werden wir dann in die Richtung Kompetenzmodell gehen.“ (8, 18)*

Eine funktionierende Kooperation und Interaktion zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung wird von beinahe allen Expert(inn)en als wichtig, zudem aber auch als schwierig bezeichnet, da die Person, die für die Kooperation verantwortlich zeichnen soll, sowohl über fach- methodentheoretische-, aber auch über pädagogische sowie lernorganisatorische Kompetenzen verfügen muss.

*„Das Thema Kooperation steht eigentlich auf unserer Agenda, wo wir uns alle dazu bekennen. So richtig haben wir die Anbindung an die Universität noch nicht systematisch geschafft, aber das ist ganz wichtig.“ (8, 66)*

Die Erfolge einer guten Kooperation zwischen den Lernorten Theorie und Praxis sind ein regelmäßiger Theorie-Praxis-Theorie Transfer, die Produktion von praxisrelevantem Wissen, gemeinsames Lösen von Praxisproblemen unter Einbezug wissenschaftlicher Theorien und Befunde sowie die Durchführung von Forschungsprojekten unter Einbindung der PraxisanleiterInnen.

*„Sie sollen in der Praxis was lernen und erfahren, was sie an der Universität gelehrt erhalten haben und das ist eben genau dieser Transfer, weil sich die Ausbildung möglicherweise vertheoretisiert. Wichtig ist aber, dass der Transfer auch aus der Praxis stattfindet.“ (2, 97)*

Expert(inn)en des theoretischen Ausbildungsbereiches bezeichnen zwar sozialkonstruktivistische Lern- und Lehransätze als relevant für die praktische Ausbildung, sind jedoch auch der Ansicht, dass sich zurzeit Lernen in der Praxis fast ausschließlich an behavioristischen Modellen orientiert.

„[...] nicht umsonst springen auch so viele Ausbildungsstätten auf diesen PBL Ansatz auf.“ (2, 99) „Im Moment wird das Lernen am Modell umgesetzt. Lernen am Erfolg oder Misserfolg.“ (1, 78)

## Diskussion

Orientiert an den anfangs gestellten Forschungsfragen ist darzustellen, welche Kompetenzen von Absolvent(inn)en einer primärqualifizierenden akademischen Pflegeausbildung aber auch von ihren anleitenden Fachpersonen erwartet werden, um den jeweiligen Aufgaben künftig gerecht werden zu können.

Wie Möstl und Planetz (2010) kommt auch die vorliegende Studie zum Schluss, dass die künftigen Bachelorabsolventen klassische Tätigkeiten aus dem Bereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ausführen werden. Darüber hinaus wird sich das Aufgabengebiet der Bachelorabsolventen über die kurative Pflege hinaus auf die Bereiche der Prävention, Rehabilitation sowie der palliativen Versorgung ausdehnen und der pflegerische Handlungsauftrag wird neben der bis heute hauptsächlich praktizierten Kompensation von Defiziten auf Beratung und Anleitung von Klienten und Angehörigen beinhalten, was auch der Ansicht des DBR (2010) entspricht.

Die befragten Expert(inn)en sind zumeist der Ansicht, dass Pflegepersonen mit Bachelorabschluss künftig direkt am Krankenbett eingesetzt werden sollen, weisen aber gleichzeitig darauf hin, dass Bachelorstudierende auf anspruchsvolle Aufgaben wie Führung, Organisation, aber auch auf Lehraufgaben vorbereitet werden wollen. Auch Knöfler et al. (2012) haben in ihrer Studie erhoben, dass „[...] die Lehre für die Befragten (Bachelorstudierenden, Anm. der Verf.) ein attraktiver Arbeitsbereich zu sein scheint.“ Ein möglicher Grund für diese von der Meinung der befragten Expert(inn)en abweichende Ansicht der Pflegestudierenden ist ein Wecken von missverständlichen Erwartungen durch die theoretische Ausbildung, wobei Spicker (2001) aufzeigt, dass diese Erwartungen den problematischen Schluss zulassen, als AkademikerIn in der Pflege auch ein entsprechendes wissenschaftlich orientiertes Arbeits- und Aufgabengebiet vorzufinden, was aber bislang noch nicht der Fall ist.

Da die Pflegeinterventionen nach Lohrmann (2006) künftig evidenzbasiert, wissenschaftlich begründet und kritisch reflektiert durchzuführen sind, fordert dies von PraxisanleiterInnen in Zukunft, den Praxis-Transfer von wissenschaftlich evidenten theoretischen Lehrinhalten zu sichern und die Bachelorstudierenden in der praktischen Ausbildung auf eine wissenschaftlich begründete Pflegepraxis vorzubereiten. Die völlig neue Aufgabe, des wissenschaftlich orientierten Theorie-Praxis-Transfers fällt den Erfahrungen der Autorinnen nach den PraxisanleiterInnen mit den derzeit üblichen Qualifikationen noch besonders schwer, was der DBR (2010, 6ff) mit den Aussagen kommentiert, dass der „[...] kontinuierliche Zuwachs an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen im Zusammenhang mit einer angemessenen klinisch-praktischen Ausbildung hinreichend ausgebildete Praxisanleiter notwendig macht.“

Demgemäß werden von PraxisanleiterInnen künftig eine grundlegende Forschungs- und vertiefte Pflegefachkompetenz, pädagogisch-didaktische aber auch methodische Anleitungskompetenz, Kommunikations-, Konflikt-, Reflexions- und Beurteilungskompetenz sowie Selbstkompetenz durch bewusste Selbstwirksamkeit als Rollenvorbild erwartet, was auch von Mulready-Shick et al. (2009) vertreten wird.

Der Frage nachgehend, welche Kompetenzen den Pflegestudierenden gezielt in der praktischen Ausbildung vermittelt werden sollen, belegen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass PraxisanleiterInnen für die Entwicklung und Förderung von Beratungs- und Schulungskompetenz, von evidenzbasierter Handlungskompetenz sowie zur Methodenkompetenz bezüglich der Anwendung von Assessment- und Risikoeinschätzungsinstrumenten verantwortlich sind.

Als eine der Kernfragen der vorliegenden Arbeit innerhalb welcher Grund- und Weiterqualifizierung PraxisanleiterInnen oben genannte Kompetenzen erwerben sollen, wird in den Ergebnissen der Einsatz von Pflegepersonen mit mindestens Bachelorabschluss für die Praxisanleitung von Pflegestudierenden empfohlen. Da auch der DBR (2010) am Lernort Praxis einen erheblichen Entwicklungsbedarf sieht, wird unter anderem eine akademische Qualifizierung der PraxisanleiterInnen ja sogar die Vorkhaltung von einem pflegepädagogisch-klinischen Doktorat empfohlen. Mamerow (2010) empfiehlt den vorliegenden Ergebnissen entsprechend darüber hinaus mindestens zwei Jahre praktische Erfahrung für Praxisanleiter im betreffenden Setting.

Für die Zusatzqualifizierung existieren, wie die Ergebnisse aufzeigen, verschiedene Möglichkeiten. Aber allen gemeinsam ist die Unterstützung der PraxisanleiterInnen durch laufende Schulung und Reflexion, sodass diese dem sich rasch entwickelnden Body of Knowledge der Pflege gerecht werden können, was auch von Burns und Northcutt (2009) bestätigt wird. Inhaltlich geforderte Kriterien der PraxisanleiterInnenausbildung sind vor allem Fachdidaktik, Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens, Führung, sowie angemessene kommunikative und pädagogische Fähigkeiten. Smedley & Penny (2009) setzen überdies laufende Unterstützung in Form von Coaching und Tutoring durch Lehrende der Universitäten voraus, was auch den Ergebnissen der vorliegenden Studie entspricht.

Obwohl die Ergebnisse der Expert(inn)enbefragung darauf hinweisen, dass PraxisanleiterInnen über zusätzliche und erweiterte Kompetenzen verfügen müssen, ist die Zustimmung durch die Expert(inn)en zu monetären oder zumindest ideellen Anerkennungen kaum gegeben. Usher et al. (1999) haben jedoch herausgefunden, dass materielle und/oder nichtmaterielle Zuwendung für die PraxisanleiterInnen als eindeutige Intensivierung der Rollenidentifikation angesehen wird.

Die Rollenidentifikation ist ebenfalls ein essentieller Aspekt für gelingende Praxisanleitung und setzt neben einer finanziellen Anerkennung auch die Akzeptanz der Praxisanleitung im stationeigenen und interdisziplinären Team voraus. Dementsprechend berichten Stevens et al. (1995), dass Status und Integrität der PraxisanleiterInnen durch vermehrte Anerkennung verstärkt werden. Obwohl durch Myrick (2006)

bestätigt wird, dass eine durch Selektionskriterien festgelegte Auswahl geeigneter Pflegepersonen für die Praxisanleitung einen entscheidenden Faktor für die Ausbildungsqualität darstellt, gehen die Expertenmeinungen über die konkrete Vorgehensweise einer gezielte Personalauswahl für die Aufgabe des/der Praxisanleiters/in auseinander. Als Mindestforderung besteht ein, an den Zielen und Aufgaben orientiertes Anforderungsprofil für PraxisanleiterInnen.

Die Qualität der praktischen Ausbildung ist jedoch, auch von einer zuverlässigen Kooperation und Kommunikation zwischen dem berufspraktischen Bereich und dem theoretischen Ausbildungsbereich abhängig zu machen, wobei Schaubhut und Gentry (2010) den aufrechten Kommunikations- und Kooperationsprozess zwischen Theorie und Praxis als essentiellen Faktor der Unterstützung für die PraxisanleiterInnen in pädagogisch-didaktischen sowie organisatorischen Fragen bezeichnen. Dies soll auch die, nach Ansicht der Experten derzeit übliche Orientierung ausschließlich an behavioristischen Lehr-Modellen korrigieren. Die Untersuchungsergebnisse weisen, wie auch bei Naumer und Niehaus (2006) belegt, zwar auf die Relevanz sozialkonstruktivistischer Ansätze für die praktische Ausbildung hin, jedoch können den Erfahrungen der Autorinnen entsprechend die oftmals geforderten sozialkonstruktivistischen Lehransätze kaum gelebt werden. Diese Ansicht unterstreicht auch der DBR (2010) mit seiner Aussage, dass den Praxisanleitern derzeit vielfach zu geringes pädagogisch-didaktisches Wissen und Können zur optimalen Lernprozessgestaltung zur Verfügung steht.

## Praktische Implikationen

Zukünftige PraxisanleiterInnen stehen vor der völlig neuen Herausforderung zukünftig reflexive und aktive Prozesse ihrer Pflegestudierenden in Gang zu setzen. Auf eine Auseinandersetzung mit wissenschaftlich- und evidenzbasiertem Wissen in kritischen Diskussionen, eine analytisch-reflexive Bewertung dieser Prozesse sowie die Synthese mit vorhandenen Wissensbeständen und subjektiven Theorien sind die PraxisanleiterInnen vorzubereiten.

Eine künftige kompetenzfördernde klinische Ausbildung impliziert ein Wahrnehmen des praktischen Ausbildungsauftrages und das Bereitstellen von notwendigen Ressourcen für die Praxisanleitung als zentrale Aufgaben des Pflegemanagements in Kooperation mit den Universitäten und Fachhochschulen.

Damit PraxisanleiterInnen eine fundierte klinische Ausbildung von Bachelorstudierenden gewährleisten können ist eine gesetzlich verbindliche Regelung der Praxisanleitung einzufordern wobei diese rechtlichen Normierungen jedoch nicht der Beliebigkeit unterliegen können. Die Institutionalisierung der Praxisanleitung ist mit den Zugangsvoraussetzungen, der Auswahl und Ausbildung, einer entsprechenden Definition von Aufgaben, Pflichten und Rechten abzusichern. Darüber hinaus ist die Position innerhalb der Organisationshierarchie festzulegen. Wissen um die beeinflussenden Faktoren und Verständnis für die Rolle der PraxisanleiterInnen als Ergebnisse der vorliegenden Studie können als Grundlagen angesehen werden, um zukünftig zielfüh-

rende und gewinnbringende Rahmenbedingungen, Anforderungsprofile und Stellenbeschreibungen zu entwickeln und zu vereinheitlichen.

Einem weiterhin bestehenden Forschungsbedarf hinsichtlich notwendiger Veränderungen der klinischen Ausbildung sollte mittels quantitativer Methoden Rechnung getragen werden. Die Perspektiven von PraxisanleiterInnen und Studierenden als mehrdimensionale Stichproben sind zu betrachten, um darauf begründet die klinisch-praktische Ausbildung zu optimieren. Die Relevanz und die Bedeutung der PraxisanleiterInnentätigkeit muss innerhalb des Pflegeberufes und der Ausbildung erkannt und gesteigert werden.

Praxisanleitung kann, wenn sie unter entsprechenden fördernden Strukturen und Bedingungen erfolgt, eine hohe Handlungskompetenz der Mitarbeiter im Betrieb schaffen sowie diese zielgerichtet einsetzen und erhalten (Göpfert-Divivier/ Ahr, 2003).

## Limitationen

Für die vorliegende Befragung ergeben sich Limitationen bezüglich der geringen Stichprobengröße von 15 Experten. Dies lässt zwar keine generelle Übertragbarkeit auf die Gesamtpopulation der Expert(inn)en zu, dennoch wurde bei den Interviews eine theoretische Sättigung von Inhalten erzielt. Auch weisen die eigenen Studienergebnisse eine weitgehende Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Literatur auf.

In vorliegender Arbeit wurde eine subjektive und bewusste Probandenauswahl vorgenommen, wobei möglicherweise konterkariierende Expert(inn)enmeinungen nicht ausreichend einbezogen wurden.

Vergleichenbare Daten zum Thema „Praxisausbildung für Bachelorstudierende“ liegen den Recherchen der Autorin zufolge derzeit in Österreich nicht vor. Darüber hinaus wurden nicht alle österreichischen theoretischen und praktischen Ausbildungsstellen respektive Ausbildungsmodelle eingeschlossen, weshalb einer Verallgemeinerung vorzubeugen und auch der Vergleich mit anderen Studien kritisch zu betrachten ist.

## Literatur

- Auböck, U. (2009): Das subjektive Rollenverständnis der PraxisanleiterInnen in der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. In: Harold B. (Hrsg.) (2011): *Vorbereitet für die Zukunft? Aktuelle Herausforderungen in der praktischen Pflegeausbildung*. Wien: Facultas
- Barrett, C.; Myrick, F. (2008): Job satisfaction in preceptorship and its effect on the clinical performance of the preceptee. In: *Journal of Advanced Nursing*, 27, 364-371
- Burns, H.K.; Northcutt, T. (2009): Supporting Preceptors: A Three-Pronged Approach for Success. In: *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40, 509-513
- Campbell H., Hawkins J. (2007): Preceptor rewards: How to say „Thank you“ for mentoring the next generation of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 24-29
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) (2010): *Pflegebildung offensiv. Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege*. Berlin: Bleikirch Grafik
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) (2009): *Positionspapier*. Verfügbar unter <http://www.pu->

- blic-health.unibremen.de/downloads/abteilung3/Positionspapier DBR. pdf. [20.02.2011]
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2007). „Pflegebildung offensiv“. München: Elsevier
- Ewers, M. (2001). Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse. Institut für Pflegewissenschaft: Universität Bielefeld
- Göpfert-Divivier, W.; Ahr, C. (2003): Personalentwicklung und Qualifizierung. Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung. Saarbrücken: Paritätischer Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg
- Gratzer, A. (2006). Ist die Pflegeausbildung noch zeitgemäß? Tagungsband. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark: Graz
- Häder, M. (2002): Delphibefragungen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Häder, M.; Häder, S. (1998). ZUMA Arbeitsbericht Neuere Entwicklungen bei der Delphi Methode. Literaturbericht. Verfügbar unter [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/zuma\\_arbeitsberichte/1998/98\\_05.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/1998/98_05.pdf) [06.07.2012]
- Hobbs J.; Green S. (2003): Development of a preceptorship programme. In: British Journal of Midwifery, 11, 372-375
- Kainberger, J. (2006): Neue Gesundheitsaufgaben und Gesundheitsberufe – eine Herausforderung für Ausbildungseinrichtungen. In: Zapotoczky K. (Hrsg.) (2006). Gesundheit im Brennpunkt. Gesundheitsqualität als Aufgabe. 47-65, Linz: Trauner Verlag
- Kleine, A. (2011): Mehrkriterielle Zuordnung zur Verteilung von Bachelorarbeiten. In: Weyer, W.; Geiger, M.J.; Kleine, A. (Hrsg.) (2011): Business Excellence in Produktion und Logistik. 87-105, Wiesbaden: Springer
- Knöfler, F.; Segginger, T.; Rohde, K.; Zündel, M. (2012): Erfahrungen und Selbstverständnis von Bachelorstudierenden in der Praxis. Ein Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz am Beispiel zweier Hochschulen. In: Padua, 7, 246-251
- Kriegl, M. (2009): Praktische Handlungsfelder und besondere Kompetenzen von Advanced Nursing Practitioner (ANP). Austria Center, Wien: Vortrag Pflegekongress 2009
- Kukartz, U. (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Lohrmann, C. (2006): Ein neuer Weg für die Pflege - Das Studium der Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz. In: Gratzer, A. (Hrsg.) (2006). Ist die Pflegeausbildung noch zeitgemäß? Tagungsband der Kammer für Arbeiter und Angestellte: Graz
- Mamerow, R. (2010): Praxisanleitung in der Pflege. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag
- Mayring P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz Verlag
- Möstl, G.; Planetz, A. (2010): Subjektive Realität und Visionen von Absolventen des Bakkalaureatstudiums Pflegewissenschaft im pflegerischen Alltag. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall i. T.
- Müller-Mundt, G. (2002): Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung „funktionaler Erzählungen“. In: Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G. (Hrsg.) (2002): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag
- Mulready-Shick, J.; Kafel, K.W.; Banister, G.; Mylott, L. (2009): Enhancing Quality and Safety Competency Development at the Unit Level: An Initial Evaluation of Student Learning and Clinical Teaching on Dedicated Education Units. In: Journal of Nursing Education, 48, 716-719
- Myrick, F. (2006): Selecting clinical preceptors for basic baccalaureate nursing students: a critical issue in clinical teaching. In: Journal of Advanced Nursing, 19, 194-198
- Naumer, B.; Niehaus, R. (2006): Entwicklung eines Curriculums für die Praxisanleiter-Weiterbildung in NRW (Nordrhein-Westfalen). Diplomarbeit. Fachbereich Gesundheitswesen, Studiengang Pflegepädagogik, Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen
- Schaubhut, R.M.; Gentry, J.A. (2010): Nursing Preceptor Workshops: Partnerships and Collaboration between Academia and Practice. In: Journal of Continuing Education in Nursing, 41, 155-160
- Schneeberger, A. (2010): Internationale Einstufung der österreichischen Berufsbildung. Adäquate IS-

- CED-Positionierung als bildungspolitische Herausforderung. Wien: Forschungsbericht Nr. 156
- Schober M.; Affara F. A. (2006): International Council of Nurses. Advanced Nursing Practice. Oxford: Blackwell Publishing
- Schwamberger, H.; Biechl, R. (2011): Bundesgesetz über Gesundheits- und Pflegeberufe mit den hiezu erlassenen Verordnungen, Gesetzesmaterialien, weiteren Erläuterung und Verweisen. Wien: Verlag Österreich
- Smedley, A.; Penny, D. (2009): A Partnership Approach to the Preparation of Preceptors. In: Journal of Advanced Nursing Education, 30, 31-36
- Suen L.K.P.; Chow F.L.W. (2001): Clinical staff as mentors in preregistration undergraduate nursing education: students' perceptions of the mentors' roles and responsibilities. In: Nurse Education Today, 21, 350-358
- Spicker, I. (2001): Professionalisierung der Pflege – Die Sicht von Pflegenden in der Praxis. Eine qualitative Untersuchung zu Wahrnehmung und Einschätzung ausgewählter Professionalisierungsaspekte durch Pflegenden in Wien. Diplomarbeit, Fakultät der Human- und Geisteswissenschaften, Universität Wien
- Stevens, J.; Crouch, M. (1995): Who cares about care in nursing education? In: International Journal of Nursing Studies, 32, 233-242
- Usher, K., Nolan, C. A., Reser, P., Owens, J. & Tollefson, J. (1999): An exploration of the preceptor role: preceptor's perceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. In: Journal of Advanced Nursing, 29, 506-514
- Voraberger, A. (2007): Zur Situation der praktischen Pflegeausbildung in Oberösterreich. Magisterarbeit, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall i. T.
- Yonge, O.; Krahn, H.; Trojan, L.; Reid, D.; Haase, M. (2002): Being a Preceptor Is Stressful! In: Journal for Nurses in Staff Development, 18, 22-27
- Zahner, S. (2006): Partnerships for Learning Population-Based Public Health Nursing: Web-Delivered Continuing Education for Public Health Nurse Preceptors. In: Public Health Nursing, 23, 547-554
- Zilembo, M.; Monterosso, L. (2008): Nursing students perceptions of desirable leadership qualities in nurse preceptors: a descriptive survey. In: The Contemporary Nurse, 2, 194-206

*Mag. Dr. Ulrike Auböck*

Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege

Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag), Schule für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Salzkammergut-Klinikum, Miller-von-Aichholz-Straße 49, 4810 Gmunden, ulrike.auboeck@gespag.at

*Univ.-Prof. Dr. Christa Them, Rektorin der UMIT*

Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften Medizinische Informatik und Technik in Hall in Tirol (AT)

*Univ.-Ass. Dr. Andrea Haselwanter-Schneider, UMIT*

Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften Medizinische Informatik und Technik in Hall in Tirol (AT)