



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

**Pflegerische Patientenedukation
im Kontext der chronischen Wundversorgung
aus Sicht der Pflegenden**

-
**Eine empiriebasierte wissenschaftliche Betrachtung
zur Ableitung praxisrelevanter Handlungsempfehlungen**

Bachelor-Thesis

Gutachterin: Dr. phil. Barbara Mayerhofer
Zweitgutachterin: Birte Schöpke

Düsseldorf, 11.10.2018

Erstellt von:

Michaela Wiese
Fleher Str. 195
40223 Düsseldorf
Tel: 0211/153763

Matrikelnummer: 16575
Studiengang: Bachelor Pflegemanagement

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I Tabellenverzeichnis	III
II Abkürzungsverzeichnis	IV
III Abstract	VI
1 Hinführung zum Thema	1
1.1 Einführung in die Thematik	1
1.2 Problemstellung und Zielsetzung	1
1.3 Forschungslage	2
1.3.1 Forschungslage zur pflegerischen Patientenedukation allgemein	2
1.3.2 Forschungslage zur pflegerischen Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden	4
1.4 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit	8
2 Theoretischer Teil	10
2.1 Pflegerische Patientenedukation allgemein	10
2.1.1 Definition Patientenedukation	10
2.1.2 Bedeutung der Patientenedukation	13
2.1.3 Gründe für die mangelnde Umsetzung der Patientenedukation	15
2.2 Bedeutung der Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden	16
2.3 Durchführung der pflegerischen Patientenedukation	18
2.3.1 Grundlagen und Struktur der Patientenedukation	18
2.3.2 Kompetenzprofil zur Patientenedukation	20
3 Methodisches Vorgehen	23
3.1 Darstellung der Untersuchungsmethode	23
3.2 Durchführung der Literaturrecherche	23
3.3 Durchführung der Umfrage	24

	Seite
3.3.1 Vorgehen bei der Umfrage	24
3.3.2 Erstellung des Fragebogens	25
3.3.3 Pretest	28
3.3.4 Auswertung der Umfragedaten	29
4 Ergebnisse	34
4.1 Gesamtergebnisse der Umfrage	34
4.2 Bewertung der Hypothese 1a	39
4.3 Bewertung der Hypothese 1b	41
4.4 Bewertung der Hypothese 2	41
4.5 Diskussion der Ergebnisse	45
4.5.1 Methodische Reflexion	45
4.5.2 Inhaltliche Reflexion	46
4.6 Handlungsempfehlungen	50
5 Fazit	53
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	53
5.2 Ausblick	55
6. Literaturverzeichnis	56
Anhang 1	
Erläuterungen zu den Assessmentinstrumenten zur Erfassung des Edukationsbedarfs bei Menschen mit chronischen Wunden	71
Anhang 2	
Erläuterungen zu den Theorien, Konzepten und Modellen als theoretische Grundlagen für Patientenedukation	74
Anhang 3	
Fragebogen	84
Ehrenwörtliche Erklärung	91

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tab. 1: Studien zum Thema Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung	6 – 8
Tab. 2: Theoretische Grundlagen zur Patientenedukation	19
Tab. 3: Alter der Befragten	34
Tab. 4: Zeitpunkt des Examens der Befragten	34
Tab. 5: Tätigkeitsbereiche der befragten Pflegefachkräfte	35
Tab. 6: Ergebnisse zum Fragenkomplex 1	37
Tab. 7: Ergebnisse zum Fragenkomplex 2	37
Tab. 8: Ergebnisse zum Fragenkomplex 3	38
Tab. 9: Ergebnisse zum Fragenkomplex 4	38
Tab. 10: Ergebnisse zum Fragenkomplex 5	38
Tab. 11: Ergebnisse zum Fragenkomplex 6	39
Tab. 12: Ergebnisse der Kontingenzanalyse zur Hypothese 1a	40
Tab. 13: relative Häufigkeiten zu den statistisch signifikanten Zusammenhängen der Hypothese 1a	40
Tab. 14: Ergebnisse der Kontingenzanalyse zur Hypothese 1b	41
Tab. 15: Ergebnisse zur Kontingenzanalyse zur Hypothese 2 bezüglich der strukturellen Umsetzung	43
Tab. 16: Relative Häufigkeiten zu den statistisch signifikanten Zusammenhängen bezüglich der strukturellen Umsetzung der Patientenedukation und dem Arbeitsbereich	43
Tab. 17: Ergebnisse zur Kontingenzanalyse zur Hypothese 2 bezüglich der inhaltlichen Umsetzung	44
Tab. 18: Relative Häufigkeiten zu den statistisch signifikanten Zusammenhängen bezüglich der inhaltlichen Umsetzung der Patientenedukation und dem Arbeitsbereich	44

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
amb.	ambulant(er)
ANP	Advanced Nursing Practice
APfIG	Altenpflegegesetz
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BIS	Sektion Beraten, Informieren, Schulen der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVMed	Bundesverband Medizintechnologie
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa (ungefähr)
CWIS	Cardiff Wound Impact Schedule (Instrument zur Erfassung der Lebensqualität)
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DGfW	Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel (europäische Fachgesellschaft für Dekubitus)
et al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera (und Weitere)
e. V.	eingetragener Verein
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
FAS-PräDiFuß	Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege zur Prävention des Diabetischen Fußsyndroms

FgSKW	Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz, Wunde e. V.
FLQA-w	Freiburger Life Quality Assessment plus Kernmodul Wunden (Instrument zur Erfassung der Lebensqualität)
ggf.	gegebenenfalls
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
Hrsg.	Herausgeber
ICW	Initiative Chronische Wunden e. V.
Kap.	Kapitel
korr.	korrigierte(r)
KrPflG	Krankenpflegegesetz
MRSA	Multiresistenter Staphylococcus aureus
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel (nordamerikanische Fachgesellschaft für Dekubitus)
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance (Fachgesellschaft für Dekubitus im Pazifikraum)
o. A.	ohne Angaben
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat (hier der SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)
Tab.	Tabelle
Vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
vgl.	vergleiche
WAS-VOB	Wittener Aktivitätenkatalog der Selbstpflege bei venös bedingten offenen Beinen
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
Wound-QoL	Questionnaire on quality of life with chronic wounds (Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden)
WTELQ	Wund- und Therapiebedingte Einschränkungen der Lebensqualität (Instrument zur Erfassung der Lebensqualität)
WWS	Würzburger Wundscore (Instrument zur Erfassung der Lebensqualität)
z. B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

Abstract

Die vorliegende Bachelor-Thesis beschäftigt sich mit der pflegerischen Patientenedukation im Kontext der chronischen Wundversorgung. Der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden des DNQP schreibt Patientenedukation als eine Handlungsebene des Standards vor. Darunter wird die Information, Beratung, Anleitung und Schulung der Patienten¹ und deren Angehörigen verstanden, um sie in ihren gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen zu stärken. Die Arbeit geht der Frage nach, wie pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung aus Sicht der Pflegefachkräfte aktuell im Pflegealltag gestaltet und umgesetzt wird. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden eine Literaturanalyse zur Grundlagenschaffung und eine Online-Befragung unter Pflegefachkräften durchgeführt, die – unter anderem – Menschen mit chronischen Wunden pflegen. Ziel war es, anhand der Ergebnisse Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen und der Vorbereitung auf die Aufgabe der Patientenedukation abzuleiten. 266 Datensätze aus der Umfrage konnten in die Auswertung einbezogen werden. Für die meisten Befragten ist Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung ein fester Bestandteil ihrer Arbeit. In vielen Einrichtungen fehlt es aber an klaren Strukturen zur Durchführung. Die Dokumentation edukativer Maßnahmen und deren Ergebnisse ist lückenhaft. Die Befragten wünschten sich vor allem mehr Zeitressourcen, eine leistungsgerechte Vergütung und mehr Schulungsangebote zum Thema für die Pflegefachkräfte. Inhaltlich und strukturell hängt die Umsetzung der Patientenedukation zum Teil vom Arbeitsbereich der Pflegenden ab. Pflegefachkräfte mit einer wundbezogenen zertifizierten Zusatzqualifikation fühlen sich in einigen Bereichen der Edukation sicherer als ihre Kollegen ohne Zusatzqualifikation.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur die männliche Form für Personen bzw. Personengruppen angegeben. Andersgeschlechtliche Personen sind aber ebenso eingeschlossen und angesprochen.

1. Hinführung zum Thema

1.1 Einführung in die Thematik

Unter Patientenedukation wird die Information, Beratung, Anleitung und Schulung der Patienten und deren Angehörigen verstanden (vgl. Sailer, 2015, S. 492; Sunder, Segmüller, 2017, S. 6 f.). Durch Edukation sollen Patienten und deren Angehörige in ihren gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen gestärkt werden. Sie sollen befähigt werden, eigene Strategien zu entwickeln, um mit ihrer Erkrankung leben zu können und aktiv an der Behandlungsgestaltung mitzuwirken (vgl. Lorig, 1996, S. xiii f.; Abt-Zegelin, 2003, S. 104; Sailer, 2015, S. 492). Vor allem im Zusammenhang mit chronischen und degenerativen Erkrankungen wird das Thema Patientenedukation häufig genannt. Betroffene müssen sich langfristig mit ihrer Erkrankung und deren Folgen auseinandersetzen. Viele wünschen sich dabei, möglichst selbstständig und unabhängig zu bleiben (vgl. Abt-Zegelin, 2003a, S. 642). Während Ärzte vornehmlich über Krankheiten und deren medizinische Behandlungsmöglichkeiten informieren und aufklären, setzen Pflegende den Schwerpunkt ihrer edukativen Maßnahmen auf den Umgang mit der Erkrankung im Alltag und die Förderung der Lebensqualität (vgl. Reibnitz, Sonntag, 2017, S. 25).

1.2 Problemstellung und Zielsetzung

Patientenedukation wird als originäres Handlungsfeld der Pflege gesehen (vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S. 44). Die Aufgabe zur Beratung ist auch in den Ausbildungszielen zur Kranken- und Altenpflege gesetzlich verankert (vgl. § 3 Abs. 2 KrPflG; § 3 Abs. 1 APflG). Doch ist die Umsetzung der Patientenedukation hierzulande trotz erkennbarer Fortschritte bisher unzureichend (vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S. 44; BMBF, 2014, S. 167 f.; Sunder, Segmüller, 2017, S. 17). Pflegende führen zwar edukative Maßnahmen durch, häufig aber unstrukturiert und nicht professionell (vgl. Knelange, Schieron, 2000, S. 9; Kuckeland, Scherpe, 2008, S. 20 f.; Hüper, Hellige, 2015, S. 9; Ewers et al., 2017, S. 253 f.). Als Gründe für die defizitäre Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation werden unter anderem das oft noch veraltete und historisch geprägte Rollenbild der Pflege, die Rahmenbedingungen im Pflegealltag (z. B. Fachpersonalmangel) sowie Defizite in der Pflegeausbildung und Weiterqualifizierung diskutiert (vgl. Sunder, Segmüller, 2017, S. 18). Vor dem Hintergrund, dass künftig noch ein Anstieg des Bedarfs an pflegerischer Patientenedukation aufgrund der epidemiologischen Entwicklungen und der damit einhergehenden zunehmenden Pflegebedürftigkeit sowie dem Anstieg chronisch

Kranker zu erwarten ist (vgl. SVR, 2012, S. 46; Görres, 2013, S. 24; Macsenaere et al., 2016, S. 194; Sonntag et al., 2017, S. 47; Sunder, Segmüller, 2017, S. 20), nimmt sich diese Thesis des Themas pflegerische Patientenedukation an. Gerade im Bereich chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit sieht die Agenda Pflegeforschung für Deutschland noch Forschungsbedarf – unter anderem zur Patientenedukation (vgl. Behrens et al., 2012, S. 12).

Diese Arbeit wird sich auf den Bereich pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung konzentrieren. Als chronische Wunden werden Wunden definiert, die nach vier bis zwölf Wochen fach- und sachgerechter Behandlung keine Heilungstendenz zeigen (vgl. DNQP, 2015, S. 19) bzw. die innerhalb von acht Wochen ohne Abheilung bleiben (vgl. AWMF, 2012, S. 32). Zu den häufigsten Wundarten werden dabei der Dekubitus (Druckgeschwür), das Diabetische Fußulcus (Diabetische Fußwunde) sowie Ulcera cruris venosum, arteriosum und mixtum (arterielle, venöse oder gemischte Wunde am Unterschenkel) gezählt (vgl. DNQP, 2015, S. 49). Diese Wunden entstehen als Komplikation einer – meist chronischen – Grunderkrankung und gehen mit zahlreichen wund- und therapiebedingten Einschränkungen (z. B. Schmerz, Mobilitätseinschränkung und andere) einher. Somit stellen sie sowohl für die Betroffenen als auch für die Akteure im Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar (vgl. DNQP, 2015, S. 19, S. 21). Im Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden wird Edukation als Aufgabe der Pflege bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden explizit genannt (vgl. DNQP, 2015, S. 21, S. 44 f.).

Diese Arbeit soll die Sicht der Pflegenden auf das Thema Patientenedukation untersuchen. Die Forschungsfrage lautet:

Wie wird aus Sicht der Pflegefachkräfte pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung aktuell im Pflegealltag gestaltet und umgesetzt?

Ziel ist es, anhand des Ergebnisses Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen und der Vorbereitung auf die Aufgabe der Patientenedukation auszusprechen.

1.3 Forschungslage

1.3.1 Forschungslage zur pflegerischen Patientenedukation allgemein

Untersuchungen rund um die Jahrtausendwende zeigen, dass die Aufgabe der Patientenedukation in der Pflege in Deutschland im internationalen Vergleich noch

wenig entwickelt gewesen ist (vgl. beispielsweise Müller-Mundt et al., 2000, S. 45; Ewers, 2001, S. 24 f.). Ewers konnte in seiner Literaturanalyse einige Konzepte der Patientenberatung und -anleitung in Deutschland finden, aber keine Aussagen dazu, inwieweit diese in der Praxis tatsächlich umgesetzt werden (vgl. Ewers, 2001, S. 29). Konkrete Angaben zur methodisch-didaktischen Gestaltung und dem Vorgehen bei der Patientenedukation sowie zu strukturellen und personellen Voraussetzungen fehlten in der deutschen Pflegeliteratur (vgl. Ewers, 2001, S. 33). Ebenso war bis zur Jahrtausendwende wenig bekannt über Effektivität und Effizienz edukativer Maßnahmen in Deutschland (vgl. Ewers, 2001, S. 35). Zu bedenken gilt allerdings, dass statistisch signifikante Nachweise über den Effekt von Patientenedukation schwer zu erbringen sind, da es viele schwer kontrollierbare Einflussfaktoren gibt (vgl. Ewers, 2001, S. 29; Müller-Mundt, 2011, S. 712).

Die Beschäftigung mit dem Thema Patientenedukation hat in den vergangenen Jahren in Deutschland zugenommen (vgl. Ewers, 2001, S. 24 f.; Macsenaere et al., 2016, S. 199; Sunder, Segmüller, 2017, S. 18). Folgende Gründe haben unter anderem dazu geführt, dass das Thema mehr in den Fokus gerückt ist:

- gesetzliche Änderungen (vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S. 46; Ewers, 2001, S. 27)

Hierzu zählen zum Beispiel die Einführung der Pflegeversicherung, das Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes und die Novellierung der Ausbildungsverordnung in der Alten- und Krankenpflege (vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S. 46; Ewers, 2001, S. 27; Sunder, Segmüller, 2017, S. 12, 15, 17)

- sozialer und gesellschaftlicher Wandel (vgl. Ewers, 2001, S. 26 f.; Wörmann, 2003, S. 62 f.)

Beispielsweise nehmen Patienten heute eine aktivere Rolle ein als früher und werden partizipativ in die Behandlung mit eingebunden (vgl. SVR, 2000/2001, S. 40; Ewers, 2001, S. 12; SVR, 2012, S. 46; Görres, 2013, S. 25, 44). Auch die Rolle pflegender Angehöriger oder Laien gewinnt an Bedeutung (vgl. Ewers, 2001, S. 27).

- pflegewissenschaftliche Aktivitäten (vgl. Sunder, Segmüller, 2017, S. 12)

Hier können beispielhaft das Fortschreiten der Akademisierung in der Pflege und zunehmende Forschungsaktivitäten seit der 1990er Jahre (vgl. SVR, 2000/2001, S. 55; Sunder, Segmüller, 2017, S. 12), sowie die Arbeit des Netzwerkes Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V. des Instituts für Pflegewissenschaft in Witten seit seiner Gründung im Jahre 2001 genannt werden (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 206).

- die Dominanz chronisch-degenerativer Erkrankungen (vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S. 42; SVR, 2012, S. 46).

Infolge der demografischen Alterung kommt es zur Zunahme chronisch Erkrankter (vgl. SVR, 2012, S. 46). Chronisch Kranke und deren Angehörige haben eine Reihe von Anpassungs- und Bewältigungsleistungen zu vollbringen und damit zahlreiche Kompetenzen zur Bewältigung ihres Lebens mit der Krankheit zu erwerben (vgl. Hüper, Hellige, 2015, S. 52).

Dennoch ist wenig darüber bekannt, inwieweit pflegerische Patientenedukation tatsächlich in der Praxis systematisch umgesetzt wird (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 15). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gibt an, dass Konzepte wie Selbstmanagementförderung und Empowerment zwar als theoretische Basis von Edukation gesehen werden, dies im Praxishandeln aber wenig sichtbar wird (vgl. SVR, 2012, S. 53).

1.3.2 Forschungslage zur pflegerischen Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden

Im Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden wird die Edukation von Patienten und Angehörigen – wie in den anderen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) auch – explizit genannt. Neben der Zielsetzung und strukturellen Voraussetzungen zur Patientenedukation werden allgemeine und krankheitsspezifische Edukationsinhalte erwähnt (vgl. DNQP, 2015, S. 44 ff.). Als strukturelle Voraussetzungen werden hier für die Pflegefachkräfte fachliche und edukative Kompetenzen, sowie für die Einrichtung das Vorhalten von Informations- und Schulungsmaterial aufgeführt. Zu den Inhalten, die in der Edukation thematisiert werden sollten, werden folgende genannt: Wundursache und -heilung, Wundversorgung und begleitende Maßnahmen, Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen (vgl. DNQP, 2015, S. 44 f.; Sailer, 2015, S. 493). Auch die Leitlinie zur Prävention und Behandlung von Dekubitus der European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) (vgl. NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014, S. 83 f.), die Praxisempfehlung der Deutschen Diabetes Gesellschaft zum Diabetischen Fußsyndrom (vgl. Morbach et al., 2017, S. 183), die AWMF-Leitlinie zum Ulcus cruris venosum (vgl. AWMF, 2010, S. 26 f.) und die AWMF-Leitlinie zur Lokalthherapie von chronischen Wunden (vgl. AWMF, 2012, S. 46, S. 80) greifen das Thema Patientenedukation auf. Edukationsmaßnahmen werden in den Leitlinien vor allem unter dem Gesichtspunkt der Prävention – vor allem der Sekundär- und Tertiärprävention – erwähnt. Konkrete Angaben oder Empfehlungen durch wen – medizinisches, pflegerisches oder anderes Personal – und mit welcher Struktur die

Patientenedukation stattfinden soll, werden häufig nicht genannt (vgl. DNQP, 2015, S. 89).

Ein strukturiertes Schulungsprogramm zum Diabetischen Fußsyndrom wird unter dem Namen „BARFUSS: den Füßen zu liebe“ von der Deutschen Diabetes Gesellschaft angeboten und wurde in einer nicht kontrollierten explorativen Verlaufsbeobachtung positiv evaluiert (vgl. DNQP, 2015, S. 91; DDG, 2018, S. 10). Zum Ulcus cruris venosum wurden pflegegeleitete Schulungsprogramme in den Niederlanden (Lively Leg Program), in Belgien (Adherence to leg ulcer lifestyle advice) und in Deutschland entwickelt und evaluiert (vgl. DNQP, 2015, S. 92 ff.). Für keines dieser Schulungsprogramme zum Ulcus cruris venosum konnte eine Verbesserung der Adhärenz bezüglich der Kompressionstherapie oder eine bessere Abheilungsrate evident bewiesen werden. Wohl aber gab es Hinweise auf positive Auswirkungen beispielsweise durch die psychosoziale Unterstützung oder in den Bereichen Wissen, Verhalten und Lebensqualität (vgl. DNQP, 2015, S. 92 ff.). Neben diesen im Expertenstandard genannten Schulungsprogrammen mit Untersuchungen zu deren Effektivität werden in der deutschen Fachliteratur noch weitere Schulungsprogramme oder Behandlungskonzepte zur Förderung der Selbstpflegekompetenzen von Menschen mit chronischen Wunden aus anderen Nationen als Beispiele mit positiven Auswirkungen aufgeführt (z. B. Siebenthal, 2011, S. 305; Uschok, 2011, S. 306 ff.: leg club® aus Großbritannien und Australien; Sailer, 2015, S. 511: Schulungsprogramm LUPP (leg ulcer prevention program) aus Australien). Diese können jedoch nicht ohne Weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragen werden, da sich die Strukturen des Gesundheitswesens unterscheiden.

Tab. 1 zeigt eine Übersicht über deutsche Studien zum Thema Patientenedukation oder Förderung der Selbstmanagementkompetenzen in der chronischen Wundversorgung. In den Studien wurde untersucht, welche Auswirkungen Patientenedukation oder Maßnahmen, die diese unterstützen, auf das Krankheitsgeschehen, das Selbstmanagement oder die Lebensqualität der Betroffenen haben. Des Weiteren gibt es Studien über den Bedarf an Selbstmanagementkompetenzen und edukativen Inhalten. Studien über die Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung konnten bei der Literaturrecherche keine gefunden werden.

Untersuchungsgegenstand/Thema Studienart, -zeitpunkt, Autoren	Ergebnisse der Studie
<p>Effektivität der Patientenedukation bei Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom auf die Vermeidung von Fußulcera und Amputationen</p> <p>Betrachtung dreier Reviews über Studien zur Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom aus der Cochrane-Datenbank</p> <p>Deml, A.; Schöning, D.; Behrens, J.; 2014</p> <p>(vgl. Deml et al., 2014, S. 13 – 16)</p>	<p>Es konnte eine kurzfristige Verbesserung des Patientenwissens zur Fußpflege und zum Selbstpflegeverhalten von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom nachgewiesen werden. Eine langfristige positive Beeinflussung auf die Vermeidung von Fußulcera und Amputationen durch Patientenedukation konnte nicht belegt werden.</p>
<p>Datenlage zum Thema Beratung und Schulung bei chronischen Wunden.</p> <p>Literaturstudie im Rahmen der Erstellung des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden</p> <p>Großmann, K.; Neubert, T. R.; Schümmelfeder, F.; v. Siebenthal, D.; 2006 – 2007</p> <p>(vgl. DNQP, 2009a, S. 128 – 131)</p>	<p>Neben Empfehlungen in medizinischen Leitlinien wurden folgende Studienergebnisse gefunden:</p> <p>zum Ulcus cruris venosum:</p> <p>Der Nutzen von Informationsbroschüren bei älteren Patienten mit einfacher Schulbildung und eher niedrigem Wissensstand ist begrenzt.</p> <p>Intensive Schulungen zum Ulcus cruris venosum zeigten zwar positive Auswirkungen bezüglich Rezidivrate und Compliance der Patienten, die Ergebnisse dieser Studie waren aber nur begrenzt übertragbar.</p> <p>Um das Verständnis der Patienten für ihr Krankheitsbild zu verbessern, sollten sie die Ursache ihrer Krankheit kennen und wissen, wie sie die Heilung unterstützen, Schmerzen kontrollieren und einem Rezidiv vorbeugen können.</p> <p>zum Diabetischen Fußsyndrom:</p> <p>Intensive Schulungen können die Inzidenz von Fußwunden bei normalem Risiko, sowie die Amputationsrate bei Hochrisikopatienten verringern; die Nachhaltigkeit der Schulungen war allerdings in den einzelnen Studien widersprüchlich.</p> <p>Individuelle Schulungsinterventionen zu Fußpflege und Selbstpflegefähigkeiten können diese bei Patienten verbessern.</p> <p>Die Einstellung gegenüber der eigenen Verantwortung der Patienten für ihre Wunde konnte durch Schulung inklusive Informationsbroschüre verbessert werden.</p> <p>zum Dekubitus: keine Studienergebnisse</p>
<p>Effektivität der Patientenedukation auf die Prävention, Wundheilung oder Rezidivbildung unterschiedlicher chronischer Wunden</p> <p>Literaturstudie im Rahmen der Aktualisierung des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden</p> <p>Panfil, E.-M., Halbig, C.; 2014</p> <p>(vgl. DNQP, 2015, S. 49, S. 90, S. 92 – 95)</p>	<p>Diabetisches Fußulcus:</p> <p>Es besteht unzureichende Evidenz darüber, dass alleinige Patientenedukation die Inzidenz von Diabetischen Fußulcera oder Amputationen verringern kann; jedoch Hinweise darauf, dass Edukationsprogramme das Selbstmanagement stärken können</p> <p>Ulcus cruris venosum:</p> <p>Es konnte nicht evident belegt werden, dass Schulungsprogramme zu einer verbesserten Adhärenz bezüglich der Kompressionstherapie oder zu besseren Abheilungsraten führen.</p> <p>zum Dekubitus: keine Studienergebnisse</p>

Untersuchungsgegenstand/Thema Studienart, -zeitpunkt, Autoren	Ergebnisse der Studie
<p>Beurteilung und Nutzen von Tandempraxen aus Sicht der Akteure</p> <p>Qualitative Befragung von Teilnehmern einer Interventionsstudie zum Nutzen von Tandem-Praxen bei Patienten mit Ulcus cruris</p> <p>(In Tandempraxen werden Patienten mit Ulcus cruris zusätzlich zur ärztlichen Behandlung von einem Pflegeexperten betreut, beraten und angeleitet.)</p> <p>Herber, R.; Rieger, M. A.; Schnepf, W; Wilm, S.; 2007</p> <p>(vgl. Herber et al., 2008, S. 581 – 586)</p>	<p>Patienten empfanden die psychosoziale Unterstützung der Pflegeexperten als hilfreich; der größte Teil der Patienten gab eine Verbesserung des eigenen Selbstmanagements und der Wundheilung an.</p> <p>Ärzte sehen für die Patienten einen Nutzen in dem Tandempraxen-Modell.</p> <p>Aus Sicht der Pflegeexperten empfanden die Patienten die Beratung als sehr positiv.</p>
<p>Durchführung von krankheitsspezifischen Selbstpflegemaßnahmen bei Menschen mit Ulcus cruris venosum</p> <p>Querschnittstudie mit quantitativer Befragung von Menschen mit floridem oder abgeheiltem Ulcus cruris venosum mittels Wittener Aktivitätenkatalogs der Selbstpflege bei venös bedingten offenen Beinen (WAS-VOB)</p> <p>Panfil, E.-M.; 2000 – 2001</p> <p>(vgl. Panfil, E.-M. 2003, S. 13, 29 f., 57, 127 – 128)</p>	<p>Insgesamt bestehen vor allem Selbstpflegedefizite im Umgang mit Kompressionsstrümpfen und bei Bewegung.</p> <p>Patienten mit einem aktuell bestehenden Ulcus weisen eine schlechtere Gesamt-Selbstpflege auf als Patienten mit einem abgeheilten Ulcus. Dagegen wird die Selbstpflege zur Rezidivprophylaxe in Ulcus freien Krankheitsphasen weniger durchgeführt, als bei bestehendem Ulcus.</p> <p>Patienten, die angaben, die Ursache der Wunde nicht zu kennen, wiesen eine schlechtere Selbstpflege im Umgang mit Kompressionsstrümpfen und der Rezidivprophylaxe auf.</p> <p>Größere Selbstpflegedefizite bestanden bei Patienten über 65 Jahre im Umgang mit Kompressionsstrümpfen und bei Männern bezüglich Bewegung.</p> <p>Die Ausübung einer adäquaten Selbstpflege hängt nicht vom Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf oder allgemeiner Krankheitserfahrungen ab.</p> <p>Die Befragten gaben an, zu wenig Unterstützung für die Förderung der Selbstpflege erhalten zu haben.</p>
<p>Umsetzung von Selbstpflegemaßnahmen bei Diabetikern zur Prävention eines Diabetischen Fußsyndroms</p> <p>Quantitative Befragung mittels Frankfurter Aktivitätenkatalogs der Selbstpflege zur Prävention des Diabetischen Fußsyndroms (FAS-PräDiFuß) bei Diabetikern</p> <p>Panfil, E.-M.; Mayer H.; Schmidt, S. G.; o. A.</p> <p>(vgl. Panfil, E.-M.; et al., 2010, S. 62 – 66)</p>	<p>Patienten mit mehr als drei Teilnahmen an Schulungsprogrammen führten eine adäquatere Selbstpflege bezüglich Prävention eines Diabetischen Fußsyndroms durch als Patienten mit einer oder keiner Teilnahme an einem Schulungsprogramm – vor allem hinsichtlich der Selbstkontrolle der Füße und der Schuhe und Strümpfe.</p>

Untersuchungsgegenstand/Thema Studienart, -zeitpunkt, Autoren	Ergebnisse der Studie
<p>Bewertung und Nutzen von Broschüren als Unterstützung der Patientenedukation; Themen der Broschüren: Kompression, MRSA, Wundwissen</p> <p>Untersuchung nach prospektivem Prä-Posttest-Design; Befragung mittels Fragebogen</p> <p>Protz, K., Verheyen-Cronau, I., Heyer, K.; 2013 (vgl. Protz et al., 2013, S. 658 – 670)</p>	<p>Patientenbroschüren können zu einem subjektiv signifikanten Wissenszuwachs führen.</p> <p>Die Untersuchung gibt Hinweise, dass Patientenbroschüren Patientenedukation sinnvoll unterstützen können.</p>
<p>Bedeutung von Wundexperten auf die Phänomene Selbstmanagement, Schmerz und Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Wunden im häuslichen Setting</p> <p>Befragung mittels standardisierter Fragebögen im Querschnittsdesign</p> <p>Rust, L., Klaaßen-Mielke, R., Kugler, C.; o. A. (vgl. Rust et al., 2016, S. 314 – 330)</p>	<p>Patienten, in deren Versorgung Wundexperten involviert waren, gaben für sich ein besseres Selbstmanagement an als Patienten, die nicht von Wundexperten mitversorgt wurden.</p> <p>In Bezug auf Schmerzen und Lebensqualität gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen einer Versorgung mit oder ohne Wundexperten.</p>
<p>Informationsbedarf von Menschen mit Ulcus cruris venosum</p> <p>Literaturanalyse plus qualitative Sekundäranalyse von Interviews zu den Problemen und Auswirkungen der Wunden auf den Alltag</p> <p>Schmitz, A.; 2011 (vgl. Schmitz, A., 2011, S. 161 – 170)</p>	<p>Betroffene wünschen sich vom Behandlungsteam eindeutige Informationen zur Krankheitsursache, Vermeidung von Rezidiven, den Umgang mit Schmerzen und Wärme, zur Hautpflege, zur Wundbehandlung und Kompressionstherapie, zur Organisation und Möglichkeiten der Behandlung und weiterer zustehender Leistungen, sowie mehr Verständnis für ihre Probleme im Alltag. Zu diesen gehören: psychische Beeinträchtigungen, soziale, berufliche und physische Auswirkungen, Belastungen und Einschränkungen durch die Therapie.</p> <p>Patienten möchten vom Behandlungsteam mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen ernst genommen werden.</p> <p>Patienten mit Jahrzehnte andauernden Krankheitsverläufen beschreiben aus ihrer Sicht keinen Informationsbedarf.</p>
<p>Bedürfnisse hinsichtlich Patientenedukation von Menschen mit Ulcus cruris venosum</p> <p>Qualitative Studie mittels narrativer und leitfadengestützter Interviews</p> <p>Schneider, I., Keller, A., Fleischer, S., Berg, A.; 2011 (vgl. Schneider et al., 2013, S. 488 – 493)</p>	<p>Es besteht vonseiten der Betroffenen der Wunsch nach Informiertheit und individueller Beratung.</p> <p>Schriftliche Informationen können ein persönliches Gespräch unterstützen, nicht aber ersetzen.</p> <p>Der Austausch zwischen Betroffenen steht nicht im Vordergrund.</p>

Tab. 1: Studien zum Thema Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung

1.4 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit basiert auf einer empirischen Studie. Anhand einer Literaturrecherche verschaffte sich die Autorin zunächst einen Überblick über das Thema als Grundlage für die Arbeit. Zur Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte eine Online-Befragung

unter Pflegefachkräften, die – unter anderem – Menschen mit chronischen Wunden pflegen. Hierzu diente ein selbst erstellter strukturierter Fragebogen.

Im Folgenden werden zunächst Informationen aus der Literaturrecherche dargestellt. Dabei geht es um die Definition, Bedeutung und Durchführung pflegerischer Patientenedukation im Allgemeinen und speziell auf die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden bezogen sowie bisherige Erkenntnisse zur Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation in Deutschland. Kapitel 3 beschreibt ausführlich das methodische Vorgehen der Studie. In Kapitel 4 werden die Ergebnisse der Umfrage vorgestellt und diskutiert sowie Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen und der Vorbereitung auf die Aufgabe der Patientenedukation abgeleitet. Am Ende erfolgen eine Zusammenfassung und ein Ausblick auf künftige Herausforderungen der pflegerischen Patientenedukation im Kontext der chronischen Wundversorgung.

2. Theoretischer Teil

2.1 Pflegerische Patientenedukation allgemein

2.1.1 Definition Patientenedukation

Der Begriff Edukation kommt aus dem Englischen und bedeutet allgemein „Bildung“, „Erziehung“, „Ausbildung“ (vgl. Langenscheidt, 2018, online). Der Begriff Patientenedukation („Patient Education“) hat sich aus dem US-amerikanischen Raum international verbreitet und etabliert (vgl. Sunder, Segmüller, 2017, S. 6). Darunter werden Interventionen verstanden, die Patienten und deren Angehörige in ihren gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen stärken (vgl. Lorig, 1996, S. xiv). Patientenedukation soll Hilfe zur Selbsthilfe sein. Patienten und deren Angehörige sollen befähigt werden, eigene Strategien zu entwickeln, um mit ihrer Erkrankung leben zu können und aktiv an der Behandlungsgestaltung mitzuwirken (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 104; Sailer, 2015, S. 492). Die Betroffenen sollen in die Lage versetzt werden, selbstverantwortlich Entscheidungen zu treffen und damit im Umgang mit ihrer Erkrankung und Therapie handlungsfähig gemacht werden. Sie sollen Probleme eigenständig erkennen und darauf angemessen reagieren können und alltagstaugliche Lösungsansätze entwickeln. Und sie sollen wissen, wo sie weitere Antworten auf ihre Fragen erhalten (vgl. Lorig, Holman, 2003, S. 2; Haslbeck, Schaeffer 2007, S. 88 f.; London, 2010, S. 30). Dazu bedarf es einer systematischen Vermittlung gesundheits- und krankheitsspezifischen Wissens (vgl. Schaeffer, Petermann, 2015, online) unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Ressourcen (vgl. Ewers, 2001, S. 33). Neben einer aufklärenden Wissensvermittlung zu Krankheit und Therapie umfasst Patientenedukation zudem den Aufbau einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung und deren physische und emotionale Bewältigung, eine Sensibilisierung der Körperwahrnehmung, die Befähigung zu primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen sowie die Entwicklung und Stärkung von Selbstmanagementkompetenzen und sozialer Kompetenzen. Letzteres benötigen Betroffene, um einerseits ihr Befinden mitteilen zu können und andererseits Zugang zu professionellen Unterstützungssystemen zu erhalten (vgl. Lorig, 1996, S. xiv; Petermann, 1997, 3 f.; Sailer, 2004, S. 30 f.).

Edukation basiert auf dem Prinzip des Empowerments (vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S. 44; Hüper, Hellige, 2015, S. 155). Empowerment stellt die Selbstbestimmung und Stärken des Menschen in den Mittelpunkt (vgl. Hüper, Hellige, 2015, S. 155). Unter Empowerment werden Strategien und Maßnahmen verstanden, die die Selbstständigkeit und Autonomie im Leben der Menschen steigern und sie in die Lage versetzen, ihre Belange selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten (vgl. GKV-Spitzenverband, 2008, S. 11).

In Deutschland existiert bisher keine einheitliche Definition von Patientenedukation. Oft werden Begriffe wie beispielsweise „Patientenberatung“, „Pflegerberatung“, „Beratung in der Pflege“, „Patienten-/Angehörigenschulung“, „Anleitung“, „Patienteninformation“, synonym zu „Patientenedukation“ benutzt (vgl. Macsenaere et al., 2016, S. 194; Sunder, Segmüller, 2017, S. 6), gleichwohl die Begriffe nicht immer exakt dasselbe meinen müssen. Bei der Beratung in der Pflege ist es sinnvoll zwischen pflegerischer Beratung als edukative Maßnahme im pflegerischen Alltag und der institutionalisierten Pflegeberatung – z. B. durch Pflegestützpunkte, Pflegebüros oder von den Pflegekassen beauftragten Pflegeberatern (vgl. §§ 7, 7a, 7b, 7c SGB XI) – zu unterscheiden. Auch wenn es bei beiden Beratungsangeboten letztlich um die gesundheitsfördernde Kompetenzsteigerung der Patienten und deren Angehörigen geht, so beschränkt sich die institutionelle Pflegeberatung mehr auf sozial-rechtliche Aspekte der Gesundheits- und Pflegeversorgung sowie Informationen zum Leistungsangebot, das den Betroffenen gesetzlich zusteht (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 109). Diese Arbeit beschäftigt sich hauptsächlich mit der Patientenedukation im pflegerischen Alltag.

Die Sektion Beraten, Informieren, Schulen (BIS) der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) versteht pflegebezogene Patientenedukation als Beratung, Information und Schulung, wobei Interventionen wie Aufklärung oder Anleitung nicht ausgeschlossen sind (vgl. Sunder, Segmüller, 2017, S. 7). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nennt strukturierte Schulungsprogramme, Selbstmanagementunterstützung, Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und Coaching/Case Management als wesentliche Elemente der Patientenedukation (vgl. Schaeffer, Petermann, 2015, online). Im Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden werden als Formen der Patientenedukation die Information, Beratung, Anleitung und Schulung der Patienten und deren Angehörigen verstanden (vgl. DNQP, 2015, S. 44). Diese Formen werden im Folgenden näher beschrieben.

Information: Unter Information wird die einfache, unidirektionale Wissensvermittlung verstanden. Eine Mitteilung soll ein Informations- und Wissensdefizit auf einem Gebiet reduzieren. Hierzu gehören auch die Bereitstellung von Informationsmaterialien und -medien wie zum Beispiel Broschüren, Filme, Internetseiten und andere Recherchehilfen und die Vermittlung von Anlaufstellen (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 103; Sailer, 2015, S. 496; Sunder, Segmüller, 2017, S. 8).

Anleitung: Bei der Anleitung geht es darum, zielgerichtet und strukturiert bestimmte Fertigkeiten zu vermitteln. Dies geschieht im Zusammenhang mit einzelnen Vorgängen oder Handlungsabläufen. Die angeleitete Person soll durch die kommunikativ-

pädagogische Intervention in ihrer gesundheitsspezifischen Handlungskompetenz gestärkt werden, um trotz Funktionseinschränkung, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit in möglichst großem Umfang weiter selbstständig agieren zu können (vgl. Ewers, 2001, S. 3, 6; Sailer, 2015, S. 495; Sunder, Segmüller, 2017, S. 10).

Schulung: Schulung ist ein zielorientiertes, strukturiertes und methodisch gestütztes Vermitteln von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einem bestimmten Thema anhand eines vorgegebenen Schulungsprogramms. Sie dient zur Vermittlung von komplexen Sachverhalten. Neben der Förderung der individuellen Handlungskompetenz geht es auch um die Anpassung des eigenen Verhaltens und die Generierung von Bewältigungskompetenzen. Schulung kann als Einzel- oder Gruppenschulung stattfinden (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 103; Sailer, 2004, S. 67; Sailer, 2015, S. 494 f.; Sunder, Segmüller, 2017, S. 10 f.).

Zudem werden Mikroschulungen beschrieben. Dabei handelt es sich um kurze Schulungssequenzen von maximal 30 Minuten für einzelne, häufig vorkommende pflegerische Handlungen (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 111 f.; Abt-Zegelin, 2006, S. 62). Mikroschulungen können von ihrer Art und Intention her auch der Anleitung zugeordnet werden (vgl. Zegelin, 2012, S. 56).

Beratung: Beratung ist ein ergebnisoffener dialogischer Prozess, der dem Patienten/Angehörigen helfen soll, eine individuelle und bedürfnisgerechte Problemlösung für sich selbst zu finden (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 103). Pflegerische Beratung hat drei Funktionen: Information/Orientierung, Deutung/Klärung und Handlung/Bewältigung (vgl. Wörmann, 2003, S. 65; Hüper, Hellige, 2015, S. 10). Professionelle Beratung setzt bei den lebenspraktischen, sozialen, seelischen, physiologischen und ökonomischen Problemen der Ratsuchenden an (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 67, 70). Beratung hat einen unterstützenden und begleitenden Charakter (vgl. Sunder, Segmüller, 2017, S. 9). Es geht nicht um Handlungsanweisungen, sondern um das Erarbeiten von Verhaltens- und Handlungsoptionen und deren Vor- und Nachteile. Sie ist ein Angebot, zur selbstständigen Entscheidungsfindung und Reflexion der eigenen Empfindungen, Bedenken und inneren Widersprüche (vgl. Sailer, 2004, S. 70). Dies erfordert von der beratenden Person Offenheit, Respekt, Empathie und Toleranz (vgl. Reibnitz et al., 2017a, S. 11). Beratung in der Pflege geschieht vor dem Hintergrund beruflicher Erfahrung und Fachkenntnisse der professionell Pflegenden, sowie deren Wissen um den Selbstpflegebedarf der Betroffenen. Dabei werden die Lebenswelt der Betroffenen und deren Bedürfnisse mit einbezogen (vgl. Sailer, 2004, S. 70; Sailer, 2015, S. 497).

2.1.2 Bedeutung der Patientenedukation

Die Notwendigkeit der pflegerischen Patientenedukation ergibt sich aus dem Wunsch der Patienten, aktiv in den Behandlungsprozess mit eingebunden zu sein, Entscheidungen mit- bzw. selbstbestimmt treffen zu können und eine gewisse Unabhängigkeit trotz Krankheit zu erreichen (vgl. Ewers, 2001, S. 3; Abt-Zegelin, 2003, S. 104; Hasseler, Fünfstück, 2014, S. 71, 77). Paternalistisch geprägte Vorstellungen der Patientenversorgung mit dem Patienten als passivem Empfänger von Leistungen gelten als überholt (vgl. Ewers, 2001, S. 3; Klug Redmann, 2009, S. 173; Müller-Mundt, 2011, S. 707; SVR, 2012, S. 46; Hüper, Hellige, 2015, S. 14, 26). Auch Politik und Kostenträger fordern mehr Eigenverantwortung des Einzelnen für ein gesundheitsförderliches Verhalten (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 104; § 1 SGB V). Die durch technisch-medizinischen Fortschritt und ökonomisch bedingten verkürzten Krankenhausaufenthalte und einem damit einhergehenden früheren Auf-sich-gestelltsein stellen die Wichtigkeit der Patientenedukation heraus (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 104; Sailer, 2004, S. 15; Bauernfeind, Strupeit, 2010, S. 22 f.; Müller-Mundt, 2011, S. 706). Aus der Charta der Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen der Bundesministerien für Gesundheit und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geht ebenfalls der Auftrag zu edukativen Maßnahmen hervor. Pflege- und hilfsbedürftige Menschen haben ein Recht auf „Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe“ (Artikel 1) sowie auf „Information, Beratung und Aufklärung [...] über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege und Behandlung“ (Artikel 5) (vgl. BMFSFJ, BMG, 2014, S. 8). Gesetzlich ist der Anspruch auf Information, Aufklärung und Beratung mit dem Ziel gesundheitsfördernde Kompetenzen zu stärken, in den Sozialgesetzbüchern der Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V und XI) verankert (vgl. z. B. § 1 SGB V; § 7 SGB XI).

Während Ärzte vornehmlich über Krankheiten und deren medizinische Behandlungsmöglichkeiten informieren und aufklären, setzen Pflegende den Schwerpunkt ihrer edukativen Maßnahmen auf den Umgang mit der Erkrankung im Alltag und die Förderung der Lebensqualität (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 106; Reibnitz, Sonntag, 2017, S. 25). In den nationalen Expertenstandards der Pflege ist Patientenedukation ein zentrales Thema (vgl. DNQP, 2009, S. 13; DNQP, 2011, S. 25; DNQP, 2013, S. 23; DNQP, 2014, S. 12; DNQP, 2014a, S. 24; DNQP, 2015, S. 21; DNQP, 2015a, S. 27; DNQP, 2017, S. 19; DNQP, 2017a, S. 14; DNQP, 2018, S. 31). Die Aufgabe zur beratenden Tätigkeit ist in den Ausbildungszielen im Kranken- und Altenpflegegesetz festgeschrieben. Hier heißt es: „Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen: [...] c) Beratung, Anleitung und Unterstützung der zu

pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit [...]“ (§ 3 Abs. 2 KrPflG) und „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere auch [...] die Beratung pflegender Angehörige.“ (§ 3 Abs. 1 APflG). Gesundheitsförderung und -beratung fallen in den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege (vgl. BMBF, 2014, S. 146). Die WHO positioniert „Anleitung und Unterweisung“ („teaching“) als eine der Kernaufgaben der Pflege (vgl. Ewers, 2001, S. 25). Da professionell Pflegenden täglich im engen Kontakt und in Interaktion mit den Patienten und gegebenenfalls deren Angehörigen stehen und gleichzeitig in allen Bereichen der Gesundheits- und Krankenversorgung sowie Pflege tätig sind, werden diese als prädestiniert für die Aufgabe der Patientenedukation gesehen (vgl. Koch-Straube, 2000, S. 3; Müller-Mundt et al., 2000, S. 44; Ewers, 2001, S. 24; Ewers et al., 2017, S. 251; Sunder, Segmüller, 2017, S. 20).

Angehörige spielen im Rahmen der Patientenversorgung eine bedeutende Rolle und sind in die Patientenedukation einzubeziehen. Sie sind oft wichtige Partner im Gesundheits- und Pflegegeschehen. Angehörige werden als wichtige Ressource des Patienten zur Bewältigung seiner Krankheit einbezogen – vor allem, wenn der Patient eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz oder generell kognitive Einschränkungen aufweist (vgl. Schmitz, 2011, S. 165; Büker, 2015, S. 12; Schaeffer et al., 2016, S. 74 f.). Angehörige übernehmen häufig selbst pflegerische Tätigkeiten für die Patienten. Im ambulanten Bereich stellen sie sogar den größten Teil der häuslichen Versorgung sicher, indem sie sowohl Pflegetätigkeiten ausführen als auch die Versorgung steuern (vgl. SVR, 2009, S. 118; Langer, Ewers, 2013, S. 311). Auf diese Aufgabe gilt es die informellen Helfer vorzubereiten und sie dabei zu begleiten (vgl. Ewers, 2001, S. 4; Büker, 2015, S. 15). Gleichzeitig benötigen Angehörige auch Informationen und Beratung für sich, um das gemeinschaftliche Leben besser gestalten und trotz Sorge um den Patienten auf die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden achtgeben zu können. Sie wünschen eine Reflexion ihrer neuen Lebenssituation und eventuell damit einhergehender familiärer Rollenkonflikte. Bei Bedarf müssen die Angehörigen in der Lage sein, entsprechende Unterstützung in Form von Hilfsmitteln oder professioneller personeller Hilfe hinzuzuholen (vgl. SVR, 2009, S. 118; Langer, Ewers, 2013, S. 314 f.). Pflegekassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen unentgeltlich Pflegekurse anzubieten bzw. andere Einrichtungen mit der Durchführung dieser zu beauftragen (vgl. § 45 SGB XI).

2.1.3 Gründe für die mangelnde Umsetzung der Patientenedukation

Trotz oben genannter Vorgaben und Erkenntnisse gilt die Umsetzung der Patientenedukation hierzulande weiterhin als unzureichend (vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S.45 f.). Pflegende führen zwar edukative Maßnahmen durch, häufig aber unstrukturiert und nicht professionell (vgl. Knelange, Schieron, 2000, S. 9; Abt-Zegelin, 2003a, S. 642; Kuckeland, Scherpe, 2008, S. 20 f.; Hüper, Hellige, 2015, S. 9; Ewers et al., 2017, S. 253 f.). Werden die Pflegenden selbst gefragt, so geben die meisten von ihnen an, dass sie regelmäßig beratende und anleitende Aufgaben übernehmen, was jedoch keinen Rückschluss auf die Qualität dieser Tätigkeit zulässt (vgl. BMBF, 2014, S. 166 ff.). Als Gründe für die defizitäre Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation werden vor allem folgende Aspekte genannt:

- Ein veraltetes und historisch geprägtes Rollenbild der Pflege im Sinne einer karitativen Tätigkeit oder im Sinne einer handwerklich-manuellen Tätigkeit (vgl. Koch-Straube, 2000, S. 1; Abt-Zegelin, 2003a, S. 643; SVR, 2003, S. 73; Ewers et al., 2017; S. 252; Sunder, Segmüller, 2017, S. 18).

Das Gespräch mit Patienten oder Angehörigen wird beispielsweise von einigen Berufsangehörigen nicht als Arbeit angesehen (vgl. Knelange, Schieron, 2000, S. 7; Abt-Zegelin, 2003a, S. 642). Informierende und beratende Aufgaben werden anderen Berufsgruppen – beispielsweise den Ärzten, Psychologen oder Sozialarbeitern oder -pädagogen – statt der Pflege zugeordnet (vgl. Koch-Straube, 2000, S. 1; Ewers, 2001, S. 27; Abt-Zegelin, 2003, S. 108 f.). Zudem gilt in der Pflege die Versorgung oft noch krankheitsorientiert statt gesundheitsorientiert ausgerichtet (vgl. Ewers, 2001, S. 24).

- Restriktive Rahmenbedingungen im Pflegealltag (vgl. Sunder, Segmüller, 2017, S. 18)

Unter diesem Aspekt können Faktoren genannt werden wie Personalmangel im Allgemeinen und speziell der Fachkräfte, ein ökonomisch bedingter Zeitdruck, unzureichende Möglichkeiten zur Schaffung eines störungsfreien Raums und Wahrung der Intimsphäre oder auch die Anhäufung von patientenfernen oder ärztlich delegierten Aufgaben zulasten der Kernaufgaben des Pflegepersonals (vgl. Knelange, Schieron, 2000, S. 6; Kuckeland, Scherpe, 2008, S. 21; Sunder, Segmüller, 2017, S. 18)

- Defizite in der Pflegeausbildung sowie in der Fort- und Weiterbildung (vgl. Knelange und Schieron, 2000, S. 8 ff.; Müller-Mundt et al., 2000, S. 47; Ewers, 2001, S. 34; Ewers et al., 2017, S. 253 f.; Sunder, Segmüller, 2017, S. 18)

Hüper und Hellige beklagen, dass Interaktions- und Kommunikationskompetenzen, wie sie zur Edukation benötigt werden, bisher nicht ausreichend in der Ausbildung erworben werden (vgl. Hüper, Hellige, 2015, S. 23). In einer Befragung von

Pflegekräften der somatischen und psychiatrischen Krankenpflege von Knelange und Schieron gaben Pflegekräfte an, keine Kompetenzen zur Gesprächsführung oder Beratung durch die grundständige Ausbildung vermittelt bekommen zu haben. Ihre kommunikativen Kompetenzen führten sie auf Berufs- und Lebenserfahrung zurück bzw. beim psychiatrischen Fachpersonal auf die Inhalte ihrer Fachweiterbildung (vgl. Knelange, Schieron, 2000, S. 6 f.). Abt-Zegelin berichtet von fachlichen Wissenslücken, die bei der Implementierung von Edukation auch bei langjährig Beschäftigten in einem Fachgebiet von den Pflegekräften zur Sprache kommen (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 108; Abt-Zegelin, 2003a, S. 644). Bei einer Bestandsaufnahme zur Ausbildung in Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich gaben weniger als die Hälfte der Befragten in Deutschland an, dass sie gut oder sehr gut für beratende, informierende und anleitende Aufgaben ausgebildet wurden, wobei der Anteil bei denjenigen, die ihre Ausbildung erst nach der Novellierung der Ausbildungen 2003 gemacht hatten, etwas höher ausfiel als im Gesamtergebnis (vgl. BMBF, 2014, S. 173).

- Nicht ausreichende oder fehlende Honorierung bzw. Finanzierung von Edukationsmaßnahmen (vgl. SVR, 2003, S. 74; Klug Redmann, 2009, S. 165)

Lediglich in der ambulanten Pflege können Beratungsgespräche nach § 37 Abs. 3 (Beratungseinsätze zur Qualitätskontrolle bei Bezug von Pflegegeld) und nach § 45 SGB XI (kostenlose Schulungen für pflegende Angehörige) (vgl. Büscher, Horn, 2010, S. 31) sowie Information und Beratung im Rahmen von Erst- und Folgebesuchen (vgl. vdek, o. A., online) über die Pflegekasse abgerechnet werden. Trotzdem werden auch in diesem Sektor noch eine Reihe edukativer Maßnahmen nicht honoriert (vgl. Büscher, Horn, 2010, S. 47).

2.2 Bedeutung der Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden

Bei Menschen mit einer chronischen Wunde liegt eine Gesundheitsstörung vor, die neues Wissen und neue Strategien für das tägliche Leben erfordert. Patienten müssen die Wunden und deren Folgen auf ihren Alltag oft monate- oder jahrelang ertragen und mit diesen leben lernen (vgl. DNQP, 2015, S. 19). Genau hier setzt pflegerischer Patientenedukation an (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 104).

In Deutschland wurden 2012 bei etwa 2,7 Millionen Menschen eine Wunde der Art Dekubitus, Ulcus cruris, Diabetischer Fuß, posttraumatische Wunden, Verbrennungen, Verätzungen und andere Wunden wie Amputationswunden oder Wunden bei

bösartigen Neubildungen diagnostiziert. Etwa ein Drittel davon wies einen chronischen Verlauf – das heißt keine Heilung nach acht Wochen – auf (vgl. PMV, 2015, S. 105). Die daraus resultierenden Kosten im Gesundheitswesen belaufen sich nach Berechnungen des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed) auf ca. zwei bis vier Milliarden Euro im Jahr (vgl. BVMed, 2013, S. 1). Geht man davon aus, dass Patientenedukation sich sowohl positiv auf die Lebensqualität und Gesundheit der Betroffenen auswirkt als auch Kosten im Gesundheits- und Pflegesystem reduzieren kann (vgl. Barlett, 1995, S. 89 zit. n. London, 2010, S. 306; Kantz et al., 1998, S. 12 zit. n. London, 2010, S. 306; Bauernfeind, Strupeit, 2010, S. 22; Sunder, Segmüller, 2017, S. 22), so hat das Thema Patientenedukation im Kontext der chronischen Wundversorgung auch eine gesundheitspolitische Relevanz.

Durch Patientenedukation soll das gesundheitsbezogene Selbstmanagement der Patienten und deren Angehörigen gestärkt werden. Sie sollen im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten aktiv in die Behandlung und Pflege einbezogen werden (vgl. DNQP, 2015, S. 46).

Um ein Leben mit ihrer Wunde zu meistern, benötigen Menschen mit chronischen Wunden und deren Angehörige zahlreiche Selbstmanagementkompetenzen:

- Wissen über Wundentstehung und -heilung sowie Rezidivprävention
- Fertigkeiten im Rahmen der Wundversorgung und begleitender Therapien (z. B. Anlegen von Verbänden, Anwenden von Kompression, Druckentlastung der Wunde, Umgang mit Hilfsmitteln etc.) sowie des Medikamentenmanagements
- Fähigkeiten zur Wundbeurteilung und zum adäquaten Reagieren bei Veränderungen
- Wissen um gesundheits- und wundheilungsförderndes Verhalten und die Fähigkeit dieses umzusetzen (z. B. förderliche Aspekte bei der Ernährung, Bewegung etc.)
- Umgang mit wundbedingten Symptomen (z. B. Schmerz, Juckreiz, Geruch etc.)
- Bewältigung von Einschränkungen infolge der Wunde (z. B. Mobilitätseinschränkungen, Einschränkung bei der persönlichen Hygiene/Grundpflege, Einschränkungen bei der Kleider- und Schuhwahl, etc.)
- Umgang mit psychischen Folgen einer Wunde (z. B. Angst, Frustration, Scham, Depression etc.)
- Bewältigung psychosozialer Folgen einer Wunde (z. B. soziale Isolation, Arbeitsunfähigkeit, geringes Selbstwertgefühl (z. B. aufgrund von entstelltem Aussehen oder unangenehmen Geruch), Abhängigkeit von anderen etc.)

(vgl. Schmitz, 2011, S. 164 f.; Haslbeck, Klein, 2014, S. 9 f.; Sailer, 2015, S. 493)

Die im Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden angegebenen allgemeinen und krankheitsspezifischen Edukationsinhalte beziehen sich auf den oben genannten Bedarf an Selbstmanagementkompetenzen (vgl. DNQP, 2015, S. 44 f.).

Zur Ermittlung des individuellen Edukationsbedarfs bei Menschen mit chronischen Wunden können beim Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom der Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege – Prävention Diabetisches Fußsyndrom (FAS-PräDiFuß) und beim Patienten mit einem Ulcus cruris venosum der Wittener Aktivitätenkatalog der Selbstpflege bei venös bedingten offenen Beinen (WAS-VOB) genutzt werden. Dies sind Instrumente, mit denen die Selbstpflege und -defizite der Betroffenen aufgezeigt werden (vgl. DNQP, 2015, S. 128 ff., 138 ff.). Ein solches Instrument für Patienten mit Dekubitus ist nicht bekannt (DNQP, 2015, S. 72). Auch Instrumente, die die Lebensqualität oder deren wundbezogene einschränkende Faktoren erfassen, eignen sich als Unterstützung zur Ermittlung des Edukationsbedarfs, indem diese Hinweise auf den Optimierungsbedarf der Therapie geben (vgl. Protz, 2014, S. 343). An deutschsprachigen Instrumenten liegen dazu folgende vor: Würzburger Wundscore (WWS), Cardiff Wound Impact Schedule – deutsche Version (CWIS), Wound-QoL, Wund- und Therapiebedingte Einschränkungen der Lebensqualität (WTELQ) und Freiburger Life Quality Assessment plus Kernmodul Wunden (FLQA-w) (vgl. DNQP, 2015, S. 66 ff.).²

2.3 Durchführung der pflegerischen Patientenedukation

2.3.1 Grundlagen und Struktur der Patientenedukation

Pflege theoretisch kann Patientenedukation auf der Selbstpflege-Defizit-Theorie nach Orem begründet werden (vgl. de la Chaux, Sailer, 2002, S. 221; Sailer, 2004, S. 19 ff.; Löber, Bauernfeind, 2007, S. 172 f.). Weitere Theorien, Konzepte und Modelle – vor allem aus den Bereichen der Psychologie (vgl. Schmidt, Dlugosch, 1997, S. 36 ff.; Müller-Mundt et al., 2000, S. 43) und Kommunikation – dienen der pflegerischen Patientenedukation als theoretische Grundlage oder als Ansätze zur Gestaltung und Umsetzung. Tab. 2 zeigt eine Übersicht an theoretischen Grundlagen mit Bezug zur pflegerischen Patientenedukation, die in der gesichteten Literatur angegeben wurden.

² Kurze Erläuterungen zu den in diesem Abschnitt angegebenen Assessmentinstrumenten befinden sich im Anhang 1 ab S. 66.

Arten theoretischer Grundlagen	Theorien, Konzepte und Modelle³
Theorien, Konzepte und Modelle als Grundlage der Patientenedukation	<p>Selbstpfledefizit-Theorie nach Orem (vgl. de la Chaux, Sailer, 2002, S. 221; Sailer, 2004, S. 19 ff.; Löber, Bauernfeind, 2007, S. 172 f.)</p> <p>Common-Sense-Selbstregulationsmodell des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens nach Leventhal et al. Transaktionales Stress- und Coping-Modell nach Lazarus und Folkmann (vgl. Müller-Mundt, 2011, S. 709)</p> <p>Coaching/Case Management (vgl. Schaeffer, Petermann, 2015, online)</p> <p>Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Selbstmanagement(unterstützung) (vgl. Schaeffer, Petermann, 2015, online; Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V., 2017, online)</p> <p>Empowerment Ermutigung/Hoffnung Modell der Salutogenese nach Antonovsky Soziale Unterstützung/Theorien aus den Sozialwissenschaften Subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien/Kultursensible Aspekte Theorie der Selbstwirksamkeit nach Bandura Trajekt-(Verlaufskurven-)Modell nach Corbin/Strauss (vgl. Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V., 2017, online)</p>
Lerntheorien	<p>behavioristische Lerntheorie kognitive Lerntheorie sozial-kognitive Lerntheorie (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 23 ff.)</p>
Theorien zur Beurteilung und Anregung von Motivation	<p>Health-Belief-Modell transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 19 ff.)</p>
Beratungsansätze und -konzepte	<p>Wittener Werkzeuge (Double Care Beratungsansatz in der Pflege) (vgl. Kocks, Segmüller, 2012, S. 60 ff.; Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V., 2017a, online)</p> <p>kooperative Pflegeberatung nach Hüper, Hellige (vgl. Hüper, Hellige, 2015, S. 51)</p> <p>Fünf-A-Modell (vgl. Sailer, 2015, S. 510)</p> <p>Lösungsorientierte Beratung nach Bamberger Patientenorientierte Beratung nach Rogers (vgl. Reibnitz et al., 2017b, S. 21 f.)</p>
Gesprächstechniken	<p>Motivierende Gesprächsführung (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 22 f.; Sailer, 2015, S. 510)</p> <p>Beratungsleitfaden EWE-Prinzip Kooperativ-vernetzte Beratung NURSE-Modell Realitäten- und Ideenkellner WWSZ-Techniken (vgl. Reibnitz et al., 2017c, S. 61 ff.)</p>

Tab. 2: Theoretische Grundlagen zur Patientenedukation

³ Kurze Erläuterungen zu den einzelnen Theorien, Konzepten und Modellen befinden sich im Anhang 2 ab S. 69.

Patientenedukation wird als ein Prozess beschrieben, der parallel zum Pflegeprozess verläuft: Als Erstes erfolgt das Assessment zur Analyse des Lernbedarfs und der Lernbereitschaft sowie der Motivation des Betroffenen. Dann folgen eine klare Diagnosestellung des Edukationsbedarfs und die Zielsetzung gemeinsam mit dem Patienten/Angehörigen. Nach Planung und Durchführung der edukativen Maßnahmen werden das Lernergebnis und der bisherige Prozess evaluiert. Ergibt sich daraus ein weiterer Edukationsbedarf, beginnt der Prozess von vorn (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 16; London, 2010, S. 29). London hebt gleichzeitig hervor, dass Edukation nicht nur aus geplanten und formellen Maßnahmen besteht, sondern es ebenso wichtig ist, auf die spontanen Fragen und Anmerkungen der Patienten und Angehörigen einzugehen. Damit nehmen Pflegefachkräfte den pädagogisch günstigen Moment wahr (vgl. London, 2010, S. 78 ff.). Patienten und Angehörige sind da am empfänglichsten für Edukation. Die einzelnen Schritte des Edukationsprozesses – auch die spontanen Bedarfsäußerungen und Handlungen – sollten transparent dokumentiert und im Team übergeben werden, damit die Patientenedukation strukturiert abläuft, so dass weder etwas vergessen noch etwas doppelt durchgeführt wird und die Effektivität der Maßnahmen gemessen werden kann (vgl. London, 2010, S. 43; Löber, Bauernfeind, 2007, S. 173). Gleichzeitig dient die Dokumentation der Inhalte und Ergebnisse als Leistungsnachweis. Sie ist als Kriterium der Ergebnisqualität im Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden genannt (vgl. DNQP, 2015, S. 46).

Die Ziele der Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden können auf verschiedenen Ebenen – je nach Lernkompetenz und -bereitschaft – angesiedelt werden. Diese Ebenen bauen aufeinander auf:

- 1.) Kommunikation und Interaktion
- 2.) Wissensaneignung
- 3.) Entscheidungsfindung
- 4.) Kompetenz- und Fertigkeitserwerb
- 5.) Verhaltensänderung
- 6.) Bewältigung der Wundsituation und Erkrankung
- 7.) Bewältigung alltäglicher Handlungen (vgl. Sailer, 2015, S. 492)

Neben diesen theoretischen Grundlagen lassen sich in Lehr- und Praxishandbüchern (zum Beispiel in: London, 2010: Informieren, Schulen, Beraten; Klug Redmann, 2009: Patientenedukation) und Artikeln in Fachzeitschriften auch Anregungen, Vorgaben und Tipps zur praktischen Umsetzung pflegerischer Patientenedukation – sowohl allgemein, als auch bezogen auf die Edukation bei Menschen mit chronischen Wunden – finden. Die Darstellung aller Angaben zur Umsetzung würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

2.3.2 Kompetenzprofil zur Patientenedukation

Zur Umsetzung der Patientenedukation sind vonseiten der Pflegenden fachliche, feld-/systembezogene, soziale, kommunikative, pädagogische, methodische und personale Kompetenzen notwendig (vgl. Protz, 2014, S. 342; Büker, 2015, S. 136 ff.; DNQP, 2015, S. 44; Sunder, Segmüller, 2017, S. 8 ff., S. 21), die im Folgenden näher erläutert werden.

Fachkompetenz: Zur Fachkompetenz gehört, dass die Pflegefachkraft einen aktuellen, möglichst evidenzbasierten Wissensstand hat (vgl. Büker, 2015, S. 136; Panfil, 2015, S. 55, 66). Test- und Studienergebnisse müssen richtig interpretiert und ihre Zuverlässigkeit eingeschätzt werden (vgl. Drube, 2015, S. 255). Zum Fachwissen zur Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements bei Menschen mit chronischen Wunden zählen die Förderung der Mobilität, Schmerzbekämpfung, Möglichkeiten der Druckentlastung und -verteilung, die Anwendung von Materialien zur Kompression, Hautpflege, die Beseitigung von Geruch und Exsudat sowie die Beachtung der individuellen psychischen und sozialen Bedürfnisse und deren Verbesserung. Zudem gehören Kenntnisse zur Infektionsprävention und -bekämpfung, zur Wundreinigung und zur Anlage eines Wundverbandes dazu. Die Pflegefachkräfte müssen über umfassendes Wissen zu den einzelnen Krankheitsbildern der Wunden verfügen (vgl. DNQP, 2015, S. 44 f.).

Feldkompetenz/Systemkompetenz: Unter feld-/systembezogenen Kompetenzen werden beispielsweise das Wissen über den Zugang zum Versorgungssystem – zum Beispiel sozial-rechtliche Aspekte – sowie zu Dienstleistern vor Ort gezählt. Patienten und deren Angehörige benötigen Orientierungshilfe zu den intransparenten Strukturen des Gesundheitswesens mit den unterschiedlichen Leistungsansprüchen und Leistungserbringern (vgl. SVR, 2012, S. 52; SVR, 2014, S. 496; Büker, 2014, S. 140 f.; Hüper, Hellige, 2015, S. 15).

Sozial- und Kommunikationskompetenz: Sozial- und Kommunikationskompetenz bedarf einer professionellen Haltung der Pflegefachkräfte und einer tragfähigen Beziehung mit guter Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten (vgl. Haslbeck, Klein, 2014, S. 10). Die Pflegenden sollen zwischen Pflegebedarf und den individuellen Pflegebedürfnissen unterscheiden und neben ihrer Fachexpertise die Betroffenen als Experten ihres Alltags anerkennen (vgl. Hüper, Hellige, 2015, S. 42). Durch Partizipation können Versorgungsangebote nutzerorientiert und alltagsrelevant gestaltet werden (vgl. Haslbeck, Klein, 2014, S. 11).

Pädagogisch-methodische Kompetenzen: Edukative Maßnahmen müssen für Patienten und Angehörige in einer ihnen verständlichen Art vermittelt und ihren individuellen Bedürfnissen angepasst werden. Dazu müssen sie in ihrer Gestaltung der Zielgruppe/-person didaktisch angepasst werden. Unterschiedliche Lerntypen

und -formen müssen berücksichtigt werden und die Durchführung in klarer, verständlicher Weise erfolgen (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 110; Sailer, 2004, S. 43; DNQP, 2015, S. 44; Sailer, 2015, S. 493). Auch das Erleben der aktuellen Krankheitsphase und – bezogen auf chronische Wunden – der aktuellen Wundsituation sowie vorhandene Ressourcen müssen bei der methodischen und inhaltlichen Vorbereitung edukativer Maßnahmen berücksichtigt werden (vgl. Abt-Zegelin, 2003, S. 110; DNQP, 2015, S. 44). Für die Umsetzung edukativer Maßnahmen stehen eine Reihe von Konzepten und Techniken zur Verfügung (siehe Kap. 2.3.1), die von den Pflegefachkräften gekannt und beherrscht werden müssen (vgl. Büker, 2015, S. 136 ff.).

Personale Kompetenzen: Bei der personalen Kompetenz geht es um Fähigkeiten, die die eigene Person betreffen – in diesem Fall die Pflegefachkraft. Es geht um die Selbstwahrnehmung und -reflexion im Rahmen der Durchführung edukativer Maßnahmen. Personale Kompetenz beinhaltet unter anderem das Bewusstmachen und die Entwicklung eigener Wertvorstellungen und Haltungen sowie die Reflexion des eigenen Handelns, der Gefühle, Kompetenzen und Grenzen (vgl. Büker, 2015, S. 139 f.).

Es wird davon ausgegangen, dass all diese Kompetenzen nicht allein in der dreijährigen Pflegeausbildung zu vermitteln sind (vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S. 49; BMBF, 2014, S. 180; Ewers et al., 2017, S. 253). Darauf aufbauend sind Weiterqualifizierungen notwendig. Internationale Erfahrungen weisen darauf hin, dass für eine professionelle Pflegeberatung eine grundständige Pflegebildung auf Bachelor- bzw. Masterniveau sinnvoll ist (Müller-Mundt et al., 2000, S. 49).

3. Methodisches Vorgehen

3.1 Darstellung der Untersuchungsmethode

Anhand einer Literaturrecherche verschaffte sich die Autorin zunächst einen Überblick über das Thema als Grundlage für die Arbeit. Die Forschungsfrage lautete:

Wie wird aus Sicht der Pflegefachkräfte pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung aktuell im Pflegealltag gestaltet und umgesetzt?

Sie sollte schließlich empirisch mittels quantitativer Methode beantwortet werden. Dazu führte die Autorin eine schriftliche Befragung unter Pflegefachkräften durch, die – unter anderem – Menschen mit chronischen Wunden pflegen. Diese wurden zu ihrem Erleben und ihren Erfahrungen mit der Umsetzung pflegerischer Patientenedukation im Kontext der chronischen Wundversorgung befragt. Hierzu diente ein selbst erstellter standardisierter Fragebogen, der online zu beantworten war.

Zur Forschungsfrage hatte die Autorin folgende Hypothesen aufgestellt, die untersucht werden sollten:

1. Pflegefachkräfte fühlen sich in Bezug auf pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung sicherer, wenn sie
 - a. eine zertifizierte wundbezogene Weiterbildung/Zusatzqualifikation vorweisen können.
 - b. einen Hochschulabschluss vorweisen können.
2. Die Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung ist abhängig vom Arbeitsbereich.

Ziel war es, aus den Ergebnissen der Befragung in Verbindung mit den Ergebnissen der Literaturrecherche Handlungsempfehlungen für die Rahmenbedingungen und Umsetzung sowie zur Vorbereitung auf die Aufgabe der Patientenedukation herauszuarbeiten.

Im Folgenden werden die Durchführung der Literaturrecherche und Umfrage genauer beschrieben.

3.2 Durchführung der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche sollte Erkenntnisse zum aktuellen Forschungsstand bringen. Eingeschlossen wurde deutschsprachige Literatur ab dem Jahr 2000. Die sprachliche Einschränkung wurde vorgenommen, da der Fokus auf der Bedeutung und Umsetzung der Patientenedukation in Deutschland lag. Die zeitliche Eingrenzung wurde gewählt,

weil aus dem Jahr 2000 von Müller-Mundt et al. eine erste Literaturanalyse zum Thema Patientenedukation in Deutschland vorliegt. Zu diesem Zeitpunkt hatte Patientenedukation in der Pflege noch einen geringen Stellenwert. Eine Betrachtung des Themas ab diesem Zeitpunkt erschien günstig, um die Entwicklung seitdem mit abzubilden.

Die Literaturrecherche erfolgte über die Suchportale: Livivo, Springer Link, PubMed und Google Scholar sowie über das Portal der Bibliotheks- und Landesbibliothek der Universität Düsseldorf und dem Karlsruher Virtuellen Katalog. Auf Grundlage dieser Quellen erfolgten weitere Recherchen per Handsuche nach dem Schneeballsystem.

Als Suchbegriffe wurden folgende Angaben genutzt:

„Patientenedukation“, „Patientenberatung“, „Pflege AND Edukation“, „Patientenberatung AND Wunde“, „Edukation AND Wunde“, „Wundversorgung AND Beratung“, „Ulcus cruris AND Edukation“, „Ulcus cruris AND Beratung“, „Kompression AND Edukation“, „Dekubitus AND Edukation“, „Dekubitus AND Beratung“, „Diabetischer Fuß AND Edukation“, „Diabetischer Fuß AND Beratung“, „Anleitung AND Wunde“, „Selbstmanagement AND Wunde“, „Gesundheitsförderung AND Pflege AND Wunde“, „Selbstpflegekompetenz AND Wunde“, „Verband(s)wechsel AND Edukation“, „Verband(s)wechsel AND Anleitung“.

Eine Unterteilung der Literatur erfolgte in Literatur allgemein zur pflegerischen Patientenedukation und in Literatur speziell zur Patientenedukation bei chronischen Wunden. Die Literatur wurde nach Angaben zu Rahmenbedingungen, zur Umsetzung, zu den Inhalten und zur Effektivität von Patientenedukation durchgesehen sowie zur Förderung der Selbstmanagementkompetenzen, die das Ziel der Patientenedukation darstellt. Dabei fanden vor allem Publikationen zu Forschungsergebnissen und Übersichtsarbeiten sowie Lehr- und Praxishandbücher, die pflegerische Patientenedukation beschrieben und Hinweise zur Umsetzung gaben, Berücksichtigung.

3.3 Durchführung der Umfrage

3.3.1 Vorgehen bei der Umfrage

Die Befragung wurde anhand eines selbsterstellten standardisierten Fragebogens über das Online-Befragungstool unipark als Teilerhebung durchgeführt. Die Methode der Online-Befragung wurde gewählt, um mit relativ geringem Aufwand möglichst viele Teilnehmer zu rekrutieren und die Umfrage möglichst weit zu streuen. Die Befragung

richtete sich an Pflegefachkräfte, die – unter anderem – Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland pflegen. Gefragt wurde nach ihren Erfahrungen mit der Umsetzung von Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden im pflegerischen Alltag. Daneben wurden persönliche Angaben zu Geschlecht, Alter, Qualifikation und dem Arbeitsbereich abgefragt. Die Umfrage sollte Aufschluss geben über Inhalte, Vorgehensweise, Strukturen und Voraussetzungen zur Patientenedukation im Kontext der chronischen Wundversorgung.

Die Rekrutierung der Teilnehmer der Befragung erfolgte passiv als Selbstselektionsstichprobe. Der Link zum Fragebogen wurde neben persönlichen Kontakten und Anfragen in Pflegeeinrichtungen vor Ort über Mail-Verteiler oder Newsletter von Verbänden, Fachgesellschaften und Akademien für Gesundheits-/Pflegeberufe sowie über Foren des Online-Campus der Apollon-Hochschule und soziale Netzwerke verteilt. Die Befragung war insgesamt sieben Wochen lang aktiv geschaltet (08.07.2018 bis 02.09.2018). Wegen der Ferienzeit war ein möglichst langer Umfragezeitraum gewählt worden, um trotz Urlaubszeit möglichst vielen Pflegefachkräften eine Teilnahme an der Umfrage zu ermöglichen.

Die Durchführung einer ethischen Reflexion mithilfe des Fragebogens der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften e. V.⁴ ergab, dass es aus ethischen Gesichtspunkten keine Bedenken für die Durchführung der Untersuchung gab, sodass kein Antrag an eine Ethikkommission zur Prüfung gestellt wurde. Es handelte sich um eine reine nicht-interventionelle Befragung. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und anonym. Für die Teilnehmenden gab es keine Bedenken über mögliche negative Folgen für sie.

3.3.2. Erstellung des Fragebogens

Der Fragebogen bestand aus 12 Fragenkomplexe unterteilt in insgesamt 69 Einzelfragen (siehe Anhang 3 ab S. 80). Größtenteils wurden geschlossene Antworten vorgegeben, um sowohl die Beantwortung als auch die Auswertung zu vereinfachen. Einige Fragen bestanden aber auch aus einem Mix an geschlossenen und offenen Antwortmöglichkeiten. Damit konnten neue bzw. nicht bedachte Aspekte mit eingebracht werden, sodass sich ggf. neue Sichtweisen eröffnen konnten. Die vorgegebenen Antworten differenzierten gleiche und ungleiche Angaben (Nominalskala) oder erlaubten eine Rangordnung ohne aber messbar gleiche Abstände zu haben

⁴ Der Fragebogen steht zum Download kostenlos zur Verfügung unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/FragenEthReflexion.pdf> (letzter Aufruf: 02.10.2018)

(Ordinalskalen). Bei Fragen, die mit Häufigkeitsangaben beantwortet werden sollten, gab es jeweils vier Antwortmöglichkeiten: „nie“, „selten“, „häufig“, „sehr oft“. Obwohl in der Literatur fünf bis sieben Antwortmöglichkeiten als Optimum empfohlen werden (vgl. Döring, Bortz, 2016, S. 249; Mayer, 2008, S. 83), wurde hier die Abstufung in vier Merkmalswerte als ausreichend angesehen. Sie dürften für alle verständlich und differenzierbar gewesen sein. Zudem wies die Aufteilung ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen den Tendenzen zu den beiden Polen auf. Weitere Differenzierungen zwischen „selten“ und „häufig“ sowie die Antwort „immer“ erschienen in diesem Kontext nicht sinnvoll und unrealistisch. Wegen der geringen Zahl an Abstufungen wird das Skalenniveau dieser Rating-Skala noch nicht als Intervallskala bezeichnet (vgl. Döring, Bortz, 2016, S. 241). Die Auswahl einer geraden Anzahl an Antwortmöglichkeiten verlangt von den Befragten, sich zumindest für eine Tendenz zu entscheiden, und verhindert eine Verfälschung des Gesamtergebnisses durch übermäßige Tendenz zur Mitte oder dem Problem, zwischen ambivalenten und indifferenten Antworten unterscheiden zu müssen (vgl. Döring, Bortz, 2016, S. 249). Im Fragenkomplex 6 wurde nach der Beurteilung von Aussagen gefragt. Hier wurde zusätzlich zu den vier Merkmalswerten „trifft überhaupt nicht zu“, „trifft ein bisschen zu“, „trifft größtenteils zu“, „trifft voll zu“ noch eine fünfte Antwortmöglichkeit für Meinungslosigkeit – „weiß nicht“ – hinzugefügt, da es durchaus sein konnte, dass einige Befragte, zu einigen Aussagen, kein klares Urteil fällen konnten. So sollte verhindert werden, dass Befragte einfach irgendetwas auswählten, wenn sie die Aussage nicht beurteilen konnten, und somit die Antworten verfälschten.

Bei Fragenkomplex 1 ging es um die Inhalte von pflegerischer Patientenedukation. Grundlage für die Auflistung der Inhalte zur Patientenedukation waren der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (vgl. DNQP, 2015, S. 44 ff.) und ergänzende Literatur, die Bezug auf Edukationsinhalte und Selbstmanagementkompetenzen bei chronischen Wunden nimmt (vgl. Haslbeck, Klein, 2014, S. 9 f.; Schmitz, 2011, S. 164 f.; Sailer, 2015, S. 493). Die Fragen sollten anhand der Erfahrungen der Pflegefachkräfte klären, welche Rolle die inhaltlichen Aspekte tatsächlich im pflegerischen Alltag spielen.

Fragenkomplex 2 und 4 sollten Auskunft über die Strukturen der pflegerischen Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung geben. Allgemein war bisher wenig darüber bekannt, wie der Edukationsprozess tatsächlich von Gesundheitsfachkräften umgesetzt wird (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 15). In Fragenkomplex 2 wurde gefragt, in welchem pflegerischen Zusammenhang Patientenedukation am Arbeitsplatz stattfindet. Die einzelnen Aussagen bei

Fragenkomplex 4 stellen Schritte im Edukationsprozess dar. Hier sollten die Befragten angeben, welche Schritte davon in ihrem Arbeitsalltag durchgeführt werden.

Die Vorhaltung von Informations- und Schulungsmaterial wird im Expertenstandard vorgegeben (vgl. DNQP, 2015, S. 21, 44). Eine Untersuchung zum Einsatz von Broschüren an Patienten mit chronischen Wunden, Kompressionstherapie oder MRSA zeigte, dass die Patienten einen signifikanten subjektiven Wissenszuwachs durch die Broschüren angaben und somit vom Einsatz von Broschüren profitieren (vgl. Protz et al., 2013, S. 658 f.). Fragenkomplex 3 griff die Thematik Informations- und Schulungsmaterial auf und untersuchte, wie oft welche Art von Patienten- und Angehörigenbroschüren/-flyer im Alltag zur Patientenedukation genutzt werden.

Gründe für eine mögliche defizitäre Umsetzung der Patientenedukation sollte Fragenkomplex 5 liefern. Die angegebenen Antwortmöglichkeiten bezogen sich auf die persönlichen Kompetenzen und Erfahrungen der Pflegefachkräfte sowie weitere Rahmenbedingungen.

Der Fragenkomplex 6 sollte Einstellungen der Pflegefachkräfte gegenüber Patientenedukation und einzelner Aspekte zu den Rahmenbedingungen beleuchten. Diese Antworten sollten unter anderem Aufschluss geben über edukationsfördernde und -hindernde Faktoren.

Mit den Fragen nach einer wundbezogenen Weiterbildung (Frage 11) und einem Hochschulabschluss (Frage 10) sollte die Hypothese geklärt werden, ob diese Personen besser vorbereitet sind für Patientenedukation, als Pflegefachkräfte ohne eine solche Weiterbildung oder ohne einen Hochschulabschluss. Eine hochschulische Qualifizierung für die Durchführung der Patientenedukation wird an einigen Stellen in der Literatur angeregt (vgl. z. B. Müller-Mundt et al., 2000, S. 49; Sunder, Segmüller, 2017, S. 16). In den wundspezifischen Fachweiterbildungen der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW) und der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz, Wunde e. V. ist das Thema Edukation im Curriculum integriert (vgl. ICW, 2018, online; FgSKW, 2015, S. 39). Bei der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW) konnte dies den öffentlichen Ausschreibungen zu den Weiterbildungen nicht entnommen werden (vgl. DGfW, 2018, 2018a, online).

Bei Fragenkomplex 12 ging es um unterschiedliche Einsatzbereiche von Pflegefachkräften. Anhand dieser Frage sollte die Hypothese untersucht werden, ob die Umsetzung der Patientenedukation abhängig ist vom Arbeitsbereich.

Die Fragen zum Alter (Frage 7), zum beruflichen Abschluss (Fragenkomplex 8) und zum Zeitpunkt des Examens (Frage 9) wurden gewählt, um mögliche weitere Einflussfaktoren auf die Umsetzung der Patientenedukation darstellen zu können. Die

angegebenen Zeiträume bei den Antwortmöglichkeiten zum Zeitpunkt des Examens (Frage 9) wurden aufgrund von Änderungen im Kranken- bzw. Altenpflegegesetz in den Jahren 1985 und 2003 (vgl. Sunder, Segmüller, 2017, S. 15) festgelegt. Änderungen, die die Ausbildung betreffen, können etwa drei bis vier Jahre später erstmalig im Examen ihre Wirkung zeigen, weshalb die Antwortmöglichkeiten etwas zeitversetzt festgelegt wurden. Bei der Novellierung des Kranken- und Altenpflegegesetzes 2003 wurde das Thema Patienten- und Angehörigenedukation erstmalig als eine der Kernaufgaben in der Pflege mit aufgeführt (vgl. Sunder, Segmüller, 2017, S. 15).

Bei allen inhaltlichen Fragen (bis einschließlich Fragenkomplex 6) wurden die Teilnehmenden der Umfrage auf fehlende Antworten mit einem Hinweis aufmerksam gemacht. Sie konnten diesen Hinweis aktiv ignorieren. Diese Einstellung bei den Funktionen sollte helfen, dass Teilnehmende nicht versehentlich Antworten ausließen, gleichzeitig aber auch verhindern, dass von den Teilnehmenden irgendetwas angekreuzt wurde, nur damit sie in der Umfrage weiterkamen. Anders war es bei den Fragen zur Person (Fragenkomplexe 7 bis 12). Diese Fragen wurden als Pflichtfragen deklariert. Die Beantwortung wurde eingefordert, um die Möglichkeit zu haben, Unterschiede und Zusammenhänge zwischen einzelnen Angaben zur Umsetzung der Patientenedukation und persönlichen Merkmalen herzustellen.

Die in der Umfrage erfassten persönlichen Daten waren so weit gefasst, dass sie keine Rückschlüsse auf einzelne Personen zuließen. Auch IP-Adressen wurden nicht erfasst, sodass eine Rückverfolgung der Daten zu den Teilnehmenden nicht möglich war. Somit war allerdings auch keine Kontrolle darüber möglich, ob eine Person mehrfach an der Umfrage teilgenommen hatte.

3.3.3 Pretest

Bevor die Befragung startete, wurde ein Pretest durchgeführt, um den Fragebogen zu erproben. Dazu hat die Autorin fünf ihr bekannte Pflegefachkräfte gebeten, den Fragebogen zu bearbeiten und eine kritische Rückmeldung zu geben. Inhaltlich wurden der Einleitungstext und die Frage zu Fragenkomplex 1 konkretisiert, da eine Testperson die Fragestellung von der Intention her nicht eindeutig genug fand. Konkretisiert wurde, dass sich die Fragen auf die tatsächliche Umsetzung (nicht die Wunschvorstellung) und den aktuellen Arbeitsplatz beziehen. Zudem gab es eine Rückmeldung, dass die Aussage „Vielen Pflegefachkräften fehlt es an theoretischem Grundlagenwissen zur Patientenedukation (z. B. Lerntheorien, Beratungskonzepte

etc.)“ unter Fragenkomplex 6 vermutlich überwiegend mit „ich weiß nicht“ beantwortet werden würde, da eine Beurteilung „vieler Pflegefachkräfte“ schwierig sein dürfte. Aus diesem Grund wurde die Aussage umformuliert in: „Mir fehlt es an theoretischem Grundlagenwissen zur Patientenedukation (z. B. Lerntheorien, Beratungskonzepte etc.)“ und diese Aussage dem Fragenkomplex 5 zugeordnet, in der es um Faktoren ging, die die Befragten von Edukation abhalten. Ansonsten wurde der Fragebogen als verständlich, gut strukturiert und in einem angemessenen Umfang beurteilt. Die technische Umsetzung erfolgte größtenteils problemlos. Die Umfrage wurde an verschiedenen Endgeräten (PCs, Smartphones) mit unterschiedlichen Betriebssystemen getestet. Auf einem mobilen Endgerät einer Testperson waren Layout und Handhabung nicht optimal. Als Grund wurde am ehesten das Alter des Gerätes bzw. des Betriebssystems vermutet. Eine Testperson ist einmal während der Umfrage aus dem Programm quittiert worden. Der Grund hierfür war nicht erkennbar. In allen anderen Fällen kam es zu keinerlei Schwierigkeiten.

3.3.4 Auswertung der Umfragedaten

Nach Beendigung der Umfrage konnten die Daten vom Online-Befragungstool unipark direkt als xlsx-Datei in Excel exportiert werden. Es erfolgte eine Datenbereinigung durch die Autorin. Zunächst wurde die Vollständigkeit der Beantwortung des Fragebogens überprüft. Ein Ausschlusskriterium sollte sein, wenn weniger als 50% der Fragenkomplexe 1 bis 6 beantwortet waren. Dies traf für keinen Datensatz zu. Die einzelnen Datensätze wurden daraufhin auf Plausibilität geprüft, indem sie auf widersprüchliche, unrealistische oder unverständliche Antworten durchgesehen wurden. Bei den Freitext-Antworten unter „Sonstiges“ entsprachen einige Antworten den vorgegebenen Antworten, sodass diese nachträglich von der Autorin dort zugeordnet wurden. Dies war vor allem bei Fragenkomplex 8 zum Berufsabschluss der Fall. Dort hatten einige Befragte das Feld „Sonstiges“ nur dazu genutzt, weitere Qualifizierungen mit anzugeben. Von den 44 Antworten, die unter „Sonstiges“ bei Fragenkomplex 8 gegeben worden waren, konnten 14 Fälle eindeutig einer Pflege-Berufsgruppe zugeordnet werden. In 30 Fällen war keine eindeutige Zuordnung möglich oder es handelte sich bei den Teilnehmenden um Pflegehilfspersonen oder Personen anderer Berufsgruppen (z. B. Ärzte oder medizinische Fachangestellte). Da nur die Sicht der Pflegefachkräfte anhand der Untersuchung dargestellt werden sollte, wurden diese Fälle komplett aus der Auswertung herausgenommen und gelöscht. Bei der Frage zum derzeitigen Arbeitsplatz (Fragenkomplex 12) waren zwar Mehrfachantworten erlaubt gewesen, eine gleichzeitige Tätigkeit in drei oder mehr unterschiedlichen Pflege- und

Gesundheitseinrichtungen schien jedoch unrealistisch. Es wurden drei Fälle komplett aus der Auswertung herausgenommen und gelöscht, bei denen diese unrealistische Antwortkombination gegeben war. Bei Fragenkomplex 4 („Wie ist pflegerische Patientenedukation zur chronischen Wundversorgung in Ihrer Einrichtung organisiert?“) hätte die Autorin gedacht, dass die Aussage „Es gibt keine klare Struktur zur Durchführung von Patientenedukation.“ die übrigen Aussagen ausschließt. Da jedoch ein Großteil der Befragten diese Antwortmöglichkeit mit weiteren Aussagen kombiniert hatte, wurden alle Fälle zur Bewertung dieser Frage belassen. Bei Fragenkomplex 5 („Welche Faktoren halten Sie davon ab, edukative Maßnahmen bei Menschen mit chronischen Wunden durchzuführen?“) waren einige Antworten widersprüchlich. Es war sowohl die Aussage „Keine, ich führe immer edukative Maßnahmen durch.“ als auch mindestens ein Faktor, der von edukativen Maßnahmen abhält, ausgewählt worden. In 12 solcher Fälle löschte die Autorin die Aussage, dass immer edukative Maßnahmen durchgeführt wurden, da es offensichtlich Faktoren gab, die davon abhielten.

Die Auswertung der Befragung wurde mithilfe von Microsoft Excel vorgenommen. Die Datenanalyse erfolgte uni- und bivariat als deskriptive Statistik. Dazu wurden zunächst die Häufigkeitsverteilungen zu allen Antworten der Umfrage berechnet. Bei den personenbezogenen Fragen (Fragenkomplexe 7 bis 12) wurden keine Mittelwerte ermittelt. Die Antworten waren entweder nominalskaliert oder die vorgegebenen Zeitabschnitte waren nicht gleich groß, weshalb dies keinen Sinn gemacht hätte.

Im nächsten Schritt ging es um die Analyse von Zusammenhängen. Im Vorfeld waren folgende Hypothesen von der Autorin aufgestellt worden:

1. Pflegefachkräfte fühlen sich in Bezug auf pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung sicherer, wenn sie
 - a. eine zertifizierte wundbezogene Weiterbildung/Zusatzqualifikation vorweisen können.
 - b. einen Hochschulabschluss vorweisen können.
2. Die Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung ist abhängig vom Arbeitsbereich.

Da die Umfrage keine direkte Frage beinhaltete, wie sicher sich die Pflegefachkräfte auf dem Gebiet der Patientenedukation fühlen (z. B. wurde nicht gefragt: „Wie sicher fühlen Sie sich in Patientenedukation?“), wurden verschiedene Fragen zu den eigenen Kompetenzen der Pflegefachkräfte zur Untersuchung der ersten Hypothesen herangezogen. Unabhängige Variablen zu Hypothese 1a stellten die Antworten von Frage 11 („Haben Sie eine zertifizierte wundbezogene Weiterbildung/Zusatzqualifikation?“) und zu Hypothese 1b die Antworten zu Frage 10

(„Haben Sie zusätzlich einen Hochschulabschluss?“) dar. Als abhängige Variablen wurden jeweils die ersten vier Aussagen des Fragenkomplexes 5 („Ich fühle mich auf dem Gebiet chronische Wundversorgung fachlich zu unsicher“; „Mir fehlt es an Wissen, wie ich edukative Maßnahmen am besten angehen und umsetzen sollte“; „Mir fehlt es an theoretischem Grundlagenwissen zur Patientenedukation (z. B. Lerntheorien, Beratungskonzepte etc.)“; „Ich finde schwer Zugang zum Patienten/seinen Angehörigen, um Themen zur Edukation anzusprechen“) und die Antworten zur Aussage „Komplexe Beratungsgespräche delegiere ich lieber an Kollegen weiter.“ des Fragenkomplexes 6 genutzt. Zusätzlich wurden die Antworten zur Aussage „Patientenedukation ist fester Bestandteil meiner täglichen Arbeit.“ des Fragenkomplexes 6 verglichen.

Zur Untersuchung der 2. Hypothese galten die einzelnen Angaben des Fragenkomplexes 12 („In welchem Arbeitsbereich sind Sie derzeit tätig?“) als unabhängige Variablen. Ausgewertet wurden die Arbeitsbereiche ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege, Krankenhaus (Station) und Krankenhaus (freigestellte/r Wundmanager/in). Weitere Arbeitsbereiche wurden bei der Korrelationsanalyse nicht einbezogen, um zu kleine Zahlen und damit zu ungenaue Ergebnisse zu vermeiden. Dort arbeiteten jeweils weniger als 10% der Teilnehmenden. Die Angaben der Fragenkomplexe 2 („In welchem Setting führen Sie Patientenedukation durch?“) und 4 („Wie ist die pflegerische Patientenedukation zur chronischen Wundversorgung in Ihrer Einrichtung organisiert?“) stellten die unabhängigen Variablen bezüglich der Struktur der Patientenedukation und die einzelnen Aspekte des Fragekomplexes 1 („Welche Aspekte spielen an Ihrem aktuellen Arbeitsplatz Ihrer Erfahrung nach tatsächlich im pflegerischen Alltag bei der Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden eine Rolle?“) bezüglich der Inhalte der Patientenedukation dar. Eine Überprüfung der Validität der Variablen zur Fragestellung war im Vorfeld nicht vorgenommen worden.

Die Zusammenhangshypothesen wurden mittels klassischem Nullhypothesen-Signifikanztest untersucht (Döring, Bortz, 2016c, S. 657). Dazu wurden folgende Hypothesenpaare aufgestellt:

- 1a: Alternativhypothese: Pflegefachkräfte fühlen sich in Bezug auf pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung sicherer, wenn sie eine zertifizierte wundbezogene Weiterbildung/Zusatzqualifikation vorweisen können.
- Nullhypothese: Das subjektive Sicherheitsgefühl der Pflegefachkräfte bei der Durchführung pflegerischer Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung ist unabhängig davon, ob die Pflegefachkräfte eine

zertifizierte wundbezogene Weiterbildung/Zusatzqualifikation vorweisen können oder nicht.

- 1b: Alternativhypothese: Pflegefachkräfte fühlen sich in Bezug auf pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung sicherer, wenn sie einen Hochschulabschluss vorweisen können.

Nullhypothese: Das subjektive Sicherheitsgefühl der Pflegefachkräfte bei der Durchführung pflegerischer Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung ist unabhängig davon, ob die Pflegefachkräfte einen Hochschulabschluss vorweisen können oder nicht.

- 2: Alternativhypothese: Die Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung ist abhängig vom Arbeitsbereich.

Nullhypothese: Die Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung ist unabhängig vom Arbeitsbereich.

Zur Korrelationsanalyse wurde der korrigierte Kontingenzkoeffizient berechnet. Er misst die Stärke des Zusammenhangs, wenn mindestens ein Merkmal nominalskaliert ist (vgl. Bourier, 2014, S. 223). Dies traf in diesem Fall zu. Der korrigierte Kontingenzkoeffizient ist auf den Wertebereich 0 bis 1 normiert. Das Ergebnis ist bei vollständiger Abhängigkeit der Merkmale 1, bei Unabhängigkeit 0 (vgl. Bourier, 2014, S. 227). Zur Ermittlung der Signifikanz dienten die nicht-parametrischen Testverfahren Chi-Quadrat-Test und exakter Test nach Fisher (Fisher-Yates-Test). Nicht-parametrische Testverfahren sind bei nominalskalierten Variablen anwendbar (vgl. Leonhart, 2009, S. 205). Für den Chi-Quadrat-Test waren nicht alle Voraussetzungen gegeben: Der Stichprobenumfang war zwar groß genug, aber einige der erwarteten Häufigkeiten waren kleiner 5. So wurden Fragen mit einer 2x2-Kontingenztafel (Fragenkomplex 5) mit dem Fisher-Yates-Test beurteilt. Dieser ist durchzuführen, wenn die Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test nicht erfüllt sind (vgl. Leonhart, 2009, S. 210). Da der Autorin keine Formel für den erweiterten exakten Test nach Fisher vorlag, wurde bei den Fragen mit mehrfach gestuften Variablen (Fragenkomplexe 1, 2, 6) obwohl, dass nicht alle Voraussetzungen erfüllt waren, der Chi-Quadrat-Test eingesetzt. Die Ergebnisse könnten dadurch ggf. verzerrt sein, scheinen aber beim Vergleich der relativen Häufigkeiten der Antworten logisch. Um den Chi-Quadrat-Test durchführen zu können, wurde die Antwort „weiß nicht“ aus dem Fragenkomplex 6, die in mehreren Fällen von keinem gewählt wurde (also den Wert 0 hatte), für die Berechnung gelöscht. Um das Problem der kleinen Häufigkeiten größtenteils zu umgehen, wurden bei Fragenkomplex 1 und 2 die Antworten „nie“ und „selten“ sowie „häufig“ und „sehr oft“ zur Kontingenzanalyse und Ermittlung der Signifikanz

zusammengefasst. Das Signifikanzniveau wurde im Vorfeld – wie in der Literatur empfohlen – auf $\alpha = 5\%$ festgelegt (vgl. Leonhart, 2009, S. 167; Döring, Bortz, 2016c, S. 664). Die Beurteilung der Effektgröße erfolgte in Anlehnung an Cohen. Bei Zusammenhangsmaßen, wozu der korrigierte Kontingenzkoeffizient zählt, gilt folgende Klassifikation als verbreitet: 0,1: kleiner Effekt; 0,3: mittlerer Effekt; 0,5: großer Effekt (vgl. Döring, Bortz, 2016d, S. 820).

4 Ergebnisse

4.1 Gesamtergebnisse der Umfrage

Die Online-Umfrage wurde im Zeitraum 08.07.2018 bis 02.09.2018 insgesamt 2793-mal aufgerufen. 547 Personen starteten die Umfrage nach dem Einleitungstext. Beantwortet und beendet haben die Umfrage 299 Personen (10,71% aller Aufrufe; 54,66% derjenigen, die die Umfrage gestartet haben). Die meisten Abbrüche gab es nach dem Einleitungstext und innerhalb der ersten beiden Fragenkomplexe. Die Abbruchquote während der weiteren Fragen lag jeweils bei unter einem Prozent. Nach der Datenbereinigung durch die Autorin (siehe Kap. 3.3.4) blieben noch 266 Datensätze zur Auswertung.

Es beteiligten sich 188 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, 12 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen und 66 Altenpfleger/innen an der Umfrage. Davon hatten 226 Personen (85%) eine zertifizierte wundbezogene Weiterbildung/Zusatzqualifikation. Rund ein Viertel aller Befragten gaben an, entweder ein pflegespezifisches Studium oder einen anderweitigen Hochschulabschluss zu haben (jeweils 33 Personen). 200 Personen (75%) hatten keinen Hochschulabschluss. Vom Alter und dem Zeitpunkt des Examens in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege her zeigten die Befragten ein sehr heterogenes Bild (siehe Tab. 3 und 4). Die Teilnehmenden der Umfrage arbeiteten in sehr unterschiedlichen Arbeitsbereichen (siehe Tab. 5).

Alter der Befragten	Häufigkeiten
< 26 Jahre	absolut 9
	relativ 3,38
26 - 35 Jahre	absolut 52
	relativ 19,6
36 - 45 Jahre	absolut 71
	relativ 26,7
46 - 55 Jahre	absolut 97
	relativ 36,5
> 55 Jahre	absolut 37
	relativ 13,9

Tab. 3: Alter der Befragten

Zeitpunkt des Examens	Häufigkeiten
vor 1988	absolut 52
	relativ 19,6
1988 - 2006	absolut 144
	relativ 54,1
2007 - 2015	absolut 58
	relativ 21,80
nach 2015	absolut 12
	relativ 4,51

Tab. 4: Zeitpunkt des Examens der Befragten

Tätigkeitsbereich	Anzahl der Befragten, die dort arbeiten <i>(Mehrfachnennungen waren möglich)</i>
ambulanter Pflegedienst	72
ambulanter Pflegedienst (nur "Wundtouren")	4
stationäre Langzeitpflege	33
Krankenhaus (Station)	61
Krankenhaus (allgemeine Ambulanz)	7
Krankenhaus (freigestellte/r Wundmanager/in)	46
Wundambulanz oder Schwerpunktpraxis mit chronischen Wunden	22
Sanitätshaus oder Home Care	15
Angaben unter Sonstiges:	
selbstständige Tätigkeit	5
Aus-/Fortbildung	4
Hospiz	4
Reha-Einrichtung	4
außerklinische Intensivpflege/Beatmung	3
Intensivstation	3
Behindertenwohnheim/-werkstatt	2
Industrie	2
Psychiatrie	2
Tätigkeit mit drogenkonsumierenden Menschen	2
Wundzentrum	2
Apotheke	1
Arztpraxis	1
Familiale Pflege	1
Krankenhaus (Sonstiges)	1
Patienteninformationszentrum	1
Pflegekasse	1
Sonstiges (nicht konkret zuordenbar)	5

Tab. 5: Tätigkeitsbereiche der befragten Pflegefachkräfte

Fast alle abgefragten Inhalte der Patientenedukation werden nach Angaben der Befragten größtenteils „häufig“ oder „sehr oft“ im pflegerischen Alltag vermittelt. Nur die Anleitung zum Verbandswechsel spielt eine etwas geringere Rolle (siehe Tab. 6). Unter „Sonstiges“ wurden bei den Inhalten folgende weitere Themen genannt (die Werte in den Klammern geben die absoluten Häufigkeiten der Nennungen an): interdisziplinäre Behandlung (4), Bewegungsförderung/Steigerung der Kondition (2), Begleitung/Sicherheit vermitteln (2), Tipps zum Alltag (1), hygienisches Arbeiten in der Wundversorgung (1), psychische Einstellung zur Wunde (1), Medizinproduktegesetz (1).

Strukturell wird Patientenedukation in unterschiedlichen Settings durchgeführt. Am häufigsten wurde angegeben, dass edukative Maßnahmen zu Beginn des pflegerischen Auftrags oder während der Verbandswechsel durchgeführt werden. Seltener werden organisierte Schulungen für Patienten oder Angehörige angeboten

oder separate Termine zur Edukation vereinbart (siehe Tab. 7). Eine Person nannte unter „Sonstiges“, dass sie in seltenen Fällen auch telefonisch informiert und berät.

39% der Befragten gaben an, dass es in ihrer Einrichtung keine klare Struktur gibt, wie Patientenedukation durchgeführt wird. In weniger als der Hälfte der Fälle finden systematische Bedarfserhebungen oder Evaluationen der Patientenedukation statt. Der Anteil, der eine Dokumentation zur pflegerischen Patientenedukation durchführt, liegt bei rund 50% (siehe Tab. 9).

Wenn Informationsbroschüren oder -flyer zur Unterstützung der Patientenedukation genutzt werden, handelt es sich etwas häufiger um selbsterstellte Materialien oder Materialien von Fachgesellschaften als um Informationsmaterialien von Produktfirmen (siehe Tab. 8).

Über 80% der Befragten stimmten voll oder größtenteils zu, dass Patienten- und Angehörigenedukation sich positiv auf die Therapietreue der Patienten und auf die Bewältigung ihrer Situation auswirkt. Bei der Aussage, dass Patientenedukation eine regelmäßige Wiederholung braucht, waren es über 90%. Die geringste Zustimmung bei der Bewertung von Aussagen zur Patientenedukation bei chronischen Wunden gab es für die Aussage „Komplexe Beratungsgespräche delegiere ich lieber an Kollegen weiter“. 84% sprachen sich klar dagegen aus (siehe Tab. 11). Bei den Faktoren, die von edukativen Maßnahmen abhalten, wurden weniger die eigenen Kompetenzen gesehen (Nennungen jeweils < 6%). Trotzdem sprach sich ein Großteil der Befragten für mehr Schulungsangebote zum Thema Patientenedukation für die Pflegefachkräfte aus.

Als häufigste Gründe, Patientenedukation nicht durchzuführen, wurden fehlende Zeitressourcen (49%) und patientenbezogene Faktoren wie kognitive oder krankheitsbedingte Einschränkungen und ablehnendes Verhalten (knapp 10% der Befragten nannten solche Faktoren unter „Sonstiges“) angegeben. Für 36% der Befragten gab es keine Faktoren, die sie von edukativen Maßnahmen abhalten (siehe Tab. 10). Gut 60% der Befragten plädierten größtenteils oder voll dafür, dass der Patientenedukation an ihrem Arbeitsplatz mehr Zeit eingeräumt werden sollte.

Fragenkomplex 1: Welche Aspekte spielen an Ihrem aktuellen Arbeitsplatz Ihrer Erfahrung nach tatsächlich im pflegerischen Alltag bei der Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden eine Rolle?	Häufigkeiten	keine Angaben	1 = nie	2 = selten	3 = häufig	4 = sehr oft	Summe ¹	arithmetischer Mittelwert ¹	Standardabweichung ¹	Median ¹	
											absolut
Erklärungen zum Krankheitsbild (z. B. Wundentstehung und -heilung, notwendige und mögliche Therapien ...)	absolut	0	2	39	116	109	266				
	relativ*	0,00	0,75	14,66	43,61	40,98	100	3,25	0,72	3	
Hinweise zur Wundbeobachtung und -beurteilung	absolut	3	4	58	131	70	263				
	relativ*	1,13	1,50	21,80	49,25	26,32	98,87	3,02	0,74	3	
Beratung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen (z. B. Schmerz, Exsudat, Geruch, Mobilitätseinschränkungen ...)	absolut	2	3	44	124	93	264				
	relativ*	0,75	1,13	16,54	46,62	34,96	99,25	3,16	0,73	3	
Anleitung zur Durchführung eines Verbandwechsels	absolut	4	28	135	60	39	262				
	relativ*	1,50	10,53	50,75	22,56	14,66	98,5	2,42	0,87	2	
Anleitung zur Durchführung von Kausal- und Begleittherapien (z. B. Druckentlastung, Kompression ...)	absolut	0	10	38	124	94	266				
	relativ*	0,00	3,76	14,29	46,62	35,34	100	3,14	0,79	3	
Erklärungen zum Einsatz von und Umgang mit Hilfsmitteln	absolut	3	5	48	130	80	263				
	relativ*	1,13	1,88	18,05	48,87	30,08	98,87	3,08	0,75	3	
Tipps zur Hautpflege	absolut	4	4	37	118	103	262				
	relativ*	1,50	1,50	13,91	44,36	38,72	98,5	3,22	0,74	3	
Empfehlungen zur Ernährung	absolut	6	15	109	99	37	260				
	relativ*	2,26	5,64	40,98	37,22	13,91	97,74	2,61	0,80	3	
Informationen zu (Rezidiv-)Prophylaxemaßnahmen	absolut	3	5	58	137	63	263				
	relativ*	1,13	1,88	21,8	51,5	23,68	98,87	2,98	0,73	3	
Informationen zur Beschaffung von Verbandmaterialien und Hilfsmitteln	absolut	4	11	82	94	75	262				
	relativ*	1,50	4,14	30,83	35,34	28,20	98,5	2,89	0,87	3	
Informationen über Leistungsansprüche und weitere Unterstützungsmöglichkeiten	absolut	2	26	98	98	42	264				
	relativ*	0,75	9,77	36,84	36,84	15,79	99,25	2,59	0,87	3	

¹ ohne Werte "keine Angaben"

* vom Gesamt n=266

Tab. 6: Ergebnisse zum Fragenkomplex 1

Fragenkomplex 2: In welchem Setting führen Sie Patientenedukation durch?	Häufigkeiten	keine Angaben	1 = nie	2 = selten	3 = häufig	4 = sehr oft	Summe ¹	arithmetischer Mittelwert ¹	Standardabweichung ¹	Median ¹	
											absolut
zu Beginn des pflegerischen Auftrags/beim Erstbesuch	absolut	5	10	59	98	94	261				
	relativ*	1,88	3,76	22,18	36,84	35,34	98,12	3,06	0,86	3	
während des Verbandwechsels	absolut	6	4	38	123	95	260				
	relativ*	2,26	1,50	14,29	46,24	35,71	97,74	3,19	0,73	3	
im Anschluss an die Behandlung/Pflege	absolut	5	10	74	128	49	261				
	relativ*	1,88	3,76	27,82	48,12	18,42	98,12	2,83	0,77	3	
während anderer pflegerischer Tätigkeiten	absolut	10	57	100	80	19	256				
	relativ*	3,76	21,43	37,59	30,08	7,14	96,24	2,24	0,88	2	
bei einem separaten Termin	absolut	10	123	96	19	18	256				
	relativ*	3,76	46,24	36,09	7,14	6,77	96,24	1,73	0,87	2	
im Rahmen von geplanten Pflegevisiten/Wundvisiten	absolut	7	41	56	92	70	259				
	relativ*	2,63	15,41	21,05	34,59	26,32	97,37	2,74	1,03	3	
im Rahmen des Entlass-/Überleitungsmanagements	absolut	13	57	80	75	41	253				
	relativ*	4,89	21,43	30,08	28,20	15,41	95,11	2,40	1,01	2	
zusammen mit Angehörigen	absolut	5	11	94	123	33	261				
	relativ*	1,88	4,14	35,34	46,24	12,41	98,12	2,68	0,74	3	
als organisierte Schulungen für Patienten/Angehörige	absolut	9	149	76	21	11	257				
	relativ*	3,38	56,02	28,57	7,89	4,14	96,62	1,59	0,81	1	

¹ ohne Werte "keine Angaben"

* vom Gesamt n=266

Tab. 7: Ergebnisse zum Fragenkomplex 2

Fragenkomplex 3: Nutzen Sie Informationsbroschüren/-flyer zur Unterstützung der Patientenedukation?	Häufigkeiten					Summe ¹	arithmetischer Mittelwert ¹	Standardabweichung ¹	Median ¹
	keine Angaben	1 = nie	2 = selten	3 = häufig	4 = sehr oft				
Broschüren/Flyer von Fachgesellschaften	absolut	2	82	106	42	34	264		
	relativ*	0,75	30,83	39,85	15,79	12,78	99,25	2,11	0,99
Broschüren/Flyer von Produktfirmen	absolut	5	104	106	38	13	261		
	relativ*	1,88	39,10	39,85	14,29	4,89	98,12	1,85	0,85
Broschüren/Flyer, die in der Einrichtung selbst erstellt wurden	absolut	3	94	77	47	45	263		
	relativ*	1,13	35,34	28,95	17,67	16,92	98,87	2,16	1,09
¹ ohne Werte "keine Angaben"		* vom Gesamt n=266							

Tab. 8: Ergebnisse zum Fragenkomplex 3

Fragenkomplex 4: Wie ist pflegerische Patientenedukation zur chronischen Wundversorgung in Ihrer Einrichtung organisiert?	Häufigkeiten	trifft zu
Der Bedarf an edukativen Maßnahmen wird systematisch erfasst (z. B. mit Hilfe von Assessmentbögen, Checklisten etc.).	absolut	99
	relativ*	37,22
Patientenedukation findet anlassbezogen/auf Nachfrage des Patienten/Angehörigen statt.	absolut	159
	relativ*	59,77
Themen/Inhalt der durchgeführten Patientenedukation werden dokumentiert.	absolut	157
	relativ*	59,02
Ergebnisse/Auswirkungen der Patientenedukation werden durch gezielte Fragestellungen überprüft.	absolut	66
	relativ*	24,81
Durch Kontrolle während einer durch den Patienten/Angehörigen durchgeführten Pflegehandlung (z. B. Verbandswechsel) wird das Ergebnis der Patientenedukation überprüft.	absolut	122
	relativ*	45,86
Ergebnisse/Auswirkungen der Patientenedukation werden dokumentiert.	absolut	124
	relativ*	46,62
Es gibt keine klare Struktur zur Durchführung von Patientenedukation.	absolut	104
	relativ*	39,10
* vom Gesamt n=266		

Tab. 9: Ergebnisse zum Fragenkomplex 4

Fragenkomplex 5: Welche Faktoren halten Sie davon ab, edukative Maßnahmen bei Menschen mit chronischen Wunden durchzuführen?	Häufigkeiten	trifft zu
Ich fühle mich auf dem Gebiet chronische Wundversorgung fachlich zu unsicher.	absolut	9
	relativ*	3,38
Mir fehlt es an Wissen, wie ich edukative Maßnahmen am besten angehen und umsetzen soll.	absolut	5
	relativ*	1,88
Mir fehlt es an theoretischem Grundlagenwissen zur Patientenedukation (z. B. Lerntheorien, Beratungskonzepte etc.).	absolut	15
	relativ*	5,64
Ich finde schwer Zugang zum Patienten/seinen Angehörigen, um Themen zur Edukation anzusprechen.	absolut	14
	relativ*	5,26
Es fehlt mir an Zeitressourcen.	absolut	130
	relativ*	48,87
Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sich der Aufwand für Patientenedukation nicht lohnt (Aufwand und Nutzen stehen in keinem angemessenen Verhältnis zueinander).	absolut	28
	relativ*	10,53
Es gibt andere Personen in meiner Einrichtung, die für edukative Maßnahmen zuständig sind.	absolut	23
	relativ*	8,65
Keine, ich führe immer edukative Maßnahmen durch.	absolut	97
	relativ*	36,47
* vom Gesamt n=266		

Tab. 10: Ergebnisse zum Fragenkomplex 5

Fragenkomplex 6: Wie beurteilen Sie aus Ihrer Erfahrung heraus folgende Aussagen im Kontext der chronischen Wundversorgung?	Häufigkeiten	keine Angaben	1 = trifft überhaupt nicht zu	2 = trifft manchmal/ein bisschen zu	3 = weiß nicht	4 = trifft meistens/größtenteils zu	5 = trifft voll zu	Summe ¹	arithmetischer Mittelwert ¹	Standardabweichung ¹	Median ¹
	absolut										
Patientenedukation ist fester Bestandteil meiner täglichen Arbeit.	absolut 2	11	63	0	83	107	264				
	relativ*	0,75	4,14	23,68	0,00	31,20	40,23	99,25	3,80	1,30	4
Patientenedukation führt zu einer verbesserten Adhärenz/Therapietreue.	absolut 5	2	43	3	115	98	261				
	relativ*	1,88	0,75	16,17	1,13	43,23	36,84	98,12	4,01	1,06	4
Patientenedukation hilft den Patienten/Angehörigen, besser mit ihrer Situation zurecht zu kommen.	absolut 2	2	35	4	105	118	264				
	relativ*	0,75	0,75	36,16	1,50	39,47	44,36	99,25	4,14	1,02	4
Viele Patienten sind beratungsresistent.	absolut 2	15	178	3	44	24	264				
	relativ*	0,75	5,64	66,92	1,13	16,54	9,02	99,25	2,56	1,11	2
Der Patientenedukation muss an meinem Arbeitsplatz mehr Zeit eingeräumt werden.	absolut 3	32	63	5	48	115	263				
	relativ*	1,13	12,03	23,68	1,88	18,05	43,23	98,87	3,57	1,53	4
Komplexe Beratungsgespräche delegiere ich lieber an Kollegen weiter.	absolut 2	224	27	3	7	3	264				
	relativ*	0,75	84,21	10,15	1,13	2,63	1,13	99,25	1,25	0,71	1
Zum Thema Patientenedukation sollten mehr Schulungsangebote für die Fachkräfte angeboten werden.	absolut 5	7	53	7	76	118	261				
	relativ*	1,88	2,63	19,92	2,63	28,57	44,36	98,12	3,94	1,24	4
Patientenedukation ist für den Leistungserbringer finanziell unattraktiv.	absolut 2	36	41	42	50	95	264				
	relativ*	0,75	13,53	15,41	15,79	18,8	35,71	99,25	3,48	1,45	4
Patientenedukation braucht regelmäßige Wiederholung.	absolut 2	0	18	6	66	174	264				
	relativ*	0,75	0,00	6,77	2,26	24,81	65,41	99,25	4,50	0,84	5
¹ ohne Werte "keine Angaben"	* vom Gesamt n=266										

Tab. 11: Ergebnisse zum Fragenkomplex 6

4.2 Bewertung der Hypothese 1a

Hypothese: Pflegefachkräfte fühlen sich in Bezug auf pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung sicherer, wenn sie eine zertifizierte wundbezogene Weiterbildung/Zusatzqualifikation vorweisen können.

Die Angaben zur Fachkompetenz im Bereich chronischer Wundversorgung und der Delegation von komplexen Beratungsgesprächen ergaben eine statistisch signifikante Abhängigkeit zum Nachweis einer wundbezogenen Weiterbildung/Zusatzqualifikation (p-Wert <0,05 im Fisher-Yates-Test bzw. Chi-Quadrat-Test). Ein Fünftel der Pflegefachkräfte ohne eine Zusatzqualifikation im Bereich chronische Wunden gab an, sich fachlich auf dem Gebiet zu unsicher zu fühlen, während dies bei den Pflegefachkräften mit Zusatzqualifikation weniger als ein Prozent waren. Die Abhängigkeit der Fachkompetenz von der Zusatzqualifikation im Bereich chronischer Wunden kann bei einem korrigierten Kontingenzkoeffizienten von 0,51 als groß bezeichnet werden. Eine mittelgroße Abhängigkeit ergab der Zusammenhang zwischen der Zusatzqualifikation und der Delegation von komplexen Beratungsgesprächen. Hier gaben 12,5% der Pflegefachkräfte ohne Zusatzqualifikation an, komplexe Beratungsgespräche meistens oder immer lieber zu delegieren, im Gegensatz zu 2,2% bei den Pflegefachkräften mit Zusatzqualifikation, was einen korrigierten Kontingenzkoeffizienten von 0,35 ausmachte. Eine geringe Abhängigkeit

scheint es auch bei der Patientenedukation im Bereich chronische Wunden als fester Bestandteil der täglichen Arbeit zu geben (korrigierter Kontingenzkoeffizient von 0,22), die jedoch statistisch nicht signifikant ist. Für Dreiviertel der Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation gehört Patientenedukation größtenteils oder voll zum pflegerischen Alltag dazu. Bei den Pflegefachkräften ohne Zusatzqualifikation ist dies nur bei etwas mehr als der Hälfte der Befragten der Fall. Keine signifikanten Unterschiede zwischen Pflegefachkräften mit oder ohne zertifizierte wundbezogene Zusatzqualifikation gab es bei den Angaben zum theoretischen Grundlagenwissen und der Methoden- und Sozialkompetenz (korrigierter Kontingenzkoeffizient von jeweils < 0,1) (siehe Tab. 12 und 13).

analysierte Fragen zur Hypothese 1a: Pflegefachkräfte fühlen sich in Bezug auf pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung sicherer, wenn sie eine zertifizierte wundbezogene Weiterbildung/Zusatzqualifikation vorweisen können.	korrigierter Kontingenzkoeffizient ¹	p-Wert ²	1 = Fisher-Yates-Test 2 = Chi-Quadrat-Test	Freiheitsgrad (df)
Ich fühle mich auf dem Gebiet chronische Wundversorgung fachlich zu unsicher.	0,51	1,1E-06	1	1
Mir fehlt es an Wissen, wie ich edukative Maßnahmen am besten angehen und umsetzen soll.	0,03	0,396	1	1
Mir fehlt es an theoretischem Grundlagenwissen zur Patientenedukation (z. B. Lerntheorien, Beratungskonzepte etc.)	0,05	0,225	1	1
Ich finde schwer Zugang zum Patienten/seinen Angehörigen, um Themen zur Edukation anzusprechen.	0,06	0,211	1	1
Patientenedukation ist fester Bestandteil meiner täglichen Arbeit.	0,22	0,084	2	3
Komplexe Beratungsgespräche delegiere ich lieber an Kollegen weiter.	0,34	0,001	2	3
¹ Je näher der korr. Kontingenzkoeffizient an 1 ist, desto größer der Zusammenhang				
² festgelegtes Signifikanzniveau (α) = 5%: Wenn $p < 0,05$, ist das Ergebnis statistisch				

Tab. 12: Ergebnisse der Kontingenzanalyse zur Hypothese 1a

relative Häufigkeiten zu den statistisch signifikanten Zusammenhängen zwischen der subjektiv empfundenen Sicherheit der Pflegefachkräfte in der Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung und einer wundbezogenen Zusatzqualifikation		mit wundbezogener Zusatzqualifikation	ohne wundbezogenen Zusatzqualifikation
	Ich fühle mich auf dem Gebiet chronische Wundversorgung fachlich zu unsicher.	trifft zu	0,44
Komplexe Beratungsgespräche delegiere ich lieber an Kollegen weiter.	trifft größtenteils oder voll zu	2,26	12,50

Tab. 13: relative Häufigkeiten zu den statistisch signifikanten Zusammenhängen der Hypothese

1a

4.3 Bewertung der Hypothese 1b

Hypothese: Pflegefachkräfte fühlen sich in Bezug auf pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung sicherer, wenn sie einen Hochschulabschluss vorweisen können.

Im Ergebnis konnte die Nullhypothese nicht widerlegt werden. Es scheint keine signifikante Abhängigkeit zwischen der subjektiven Sicherheit bei der pflegerischen Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung und einem pflegebezogenen oder anderweitigen Hochschulabschluss zu geben (korrigierter Kontingenzkoeffizient jeweils <0,1 bis maximal 1,4; p-Wert jeweils >0,05) (siehe Tab. 14).

analysierte Fragen zur Hypothese 1b: Pflegefachkräfte fühlen sich in Bezug auf pflegerische Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung sicherer, wenn sie ein Hochschulabschluss vorweisen können.	korrigierter Kontingenzkoeffizient ¹	p-Wert ²	1 = Fisher-Yates-Test 2 = Chi-Quadrat-Test	Freiheitsgrad (df)
Ich fühle mich auf dem Gebiet chronische Wundversorgung fachlich zu unsicher.	0,05	0,235	1	1
Mir fehlt es an Wissen, wie ich edukative Maßnahmen am besten angehen und umsetzen soll.	0,11	0,237	1	1
Mir fehlt es an theoretischem Grundlagenwissen zur Patientenedukation (z. B. Lerntheorien, Beratungskonzepte etc.)	0,09	0,157	1	1
Ich finde schwer Zugang zum Patienten/seinen Angehörigen, um Themen zur Edukation anzusprechen.	0,03	0,225	1	1
Patientenedukation ist fester Bestandteil meiner täglichen Arbeit.	0,14	0,452	2	3
Komplexe Beratungsgespräche delegiere ich lieber an Kollegen weiter.	0,05	0,966	2	3
¹ Je näher der korr. Kontingenzkoeffizient an 1 ist, desto größer der Zusammenhang				
² festgelegtes Signifikanzniveau (α) = 5%: Wenn $p < 0,05$, ist das Ergebnis statistisch signifikant				

Tab. 14: Ergebnisse der Kontingenzanalyse zur Hypothese 1b

4.4 Bewertung der Hypothese 2

Hypothese: Die Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung ist abhängig vom Arbeitsbereich.

Bei der strukturellen Umsetzung der Patientenedukation gab es zu einzelnen Aspekten und den verschiedenen Arbeitsbereichen (ambulanter Pflegedienst, stationäre Langzeitpflege, Krankenhaus (Station und freigestellte Wundmanager)) einen signifikanten, mittelgroßen Zusammenhang (siehe Tab. 15). Mitarbeiter im

Krankenhaus gaben zu gut der Hälfte an, dass es in ihrer Einrichtung keine klaren Strukturen zur pflegerischen Patientenedukation gibt, während dies bei den ambulanten Pflegediensten und der stationären Langzeitpflege je rund 30% angaben. Dass Themen und Inhalte der edukativen Maßnahmen dokumentiert werden, bejahten rund drei Viertel der Mitarbeiter aus den Pflegediensten und Heimen. Aus dem Krankenhaus gaben dies etwas weniger als die Hälfte an. Auch bei der Dokumentation der Ergebnisse und Auswirkungen der Patientenedukation zeigten die relativen Häufigkeiten deutliche Unterschiede zwischen Pflegediensten und Heimen (jeweils gut 50% bejahten dies) und Krankenhaus (weniger als 40% bejahten dies). Das Ergebnis war jedoch statistisch nicht signifikant. Im Krankenhaus findet pflegerische Patientenedukation seltener zu Beginn des pflegerischen Auftrags oder im Rahmen von Pflege- oder Wundvisiten statt als in der ambulanten Pflege oder in der stationären Langzeitpflege. Dafür ist dort Patientenedukation häufiger ein Thema im Entlass- und Überleitungsmanagement, was in der Langzeitversorgung zu Hause oder im Heim seltener der Fall ist. Die Mitarbeiter aus der ambulanten Pflege gaben am häufigsten an, dass sie auch die Angehörigen bei edukativen Maßnahmen mit einbeziehen. Edukation während anderer pflegerischer Tätigkeiten findet laut Umfrage am häufigsten im Krankenhaus auf den Stationen statt (siehe Tab. 16).

Die inhaltliche Umsetzung der Patientenedukation weist zu allen abgefragten Themen in der Patientenedukation eine kleine bis mittlere Abhängigkeit vom Arbeitsbereich auf. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Patientenedukation scheinen je nach Arbeitsbereich anders zu liegen. Der Zusammenhang ist aber nur in rund der Hälfte der Punkte auch statistisch signifikant (siehe Tab. 17). Die größten Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen gab es bei den Themen Anleitung zur Durchführung des Verbandwechsels, Empfehlungen zur Ernährung, Informationen zur (Rezidiv-) Prophylaxe, zur Beschaffung von Verbandmaterialien und Hilfsmittel sowie zu Leistungsansprüchen und weiteren Unterstützungsmöglichkeiten. Die Anleitung zur Durchführung des Verbandwechsels spielt im Krankenhaus eine deutlich größere Rolle als im ambulanten Pflegedienst oder in der stationären Langzeitversorgung. Beim Thema Ernährung ist es umgekehrt. Informationen zur Beschaffung von Verbandmaterialien und Hilfsmitteln sowie zu Leistungsansprüchen und weiteren Unterstützungsmöglichkeiten sind in den ambulanten Pflegediensten im Vergleich zu den anderen Arbeitsbereichen mit Abstand am häufigsten nachgefragt. Das Thema Prophylaxe spielt bei freigestellten Wundmanagern im Krankenhaus und in ambulanten Pflegediensten eine größere Rolle als im Krankenhaus auf den Stationen oder in Langzeitpflegeeinrichtungen (siehe Tab. 18).

analysierte Fragen zur Hypothese 2: Die Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung ist abhängig vom Arbeitsbereich. (Strukturen)	korrigierter Kontingenzkoeffizient ¹	p-Wert ² des Chi-Quadrat-Tests
In welchem Setting führen Sie Patientenedukation durch?		
zu Beginn des pflegerischen Auftrags/beim Erstbesuch	0,33	7,2E-03
während des Verbandwechsels	0,17	0,389
im Anschluss an die Behandlung/Pflege	0,17	0,406
während anderer pflegerischer Tätigkeiten	0,36	0,003
bei einem separaten Termin	0,06	0,954
im Rahmen von geplanten Pflegevisiten/Wundvisiten	0,27	0,054
im Rahmen des Entlass-/Überleitungsmanagements	0,49	3,0E-06
zusammen mit Angehörigen	0,30	0,022
als organisierte Schulungen für Patienten/Angehörige	0,11	0,743
Wie ist pflegerische Patientenedukation zur chronischen Wundversorgung in Ihrer Einrichtung organisiert?		
Der Bedarf an edukativen Maßnahmen wird systematisch erfasst (z. B. mit Hilfe von Assessmentbögen, Checklisten etc.).	0,26	0,064
Patientenedukation findet anlassbezogen/auf Nachfrage des Patienten/Angehörigen statt.	0,14	0,578
Themen/Inhalt der durchgeführten Patientenedukation werden dokumentiert.	0,44	4,2E-05
Ergebnisse/Auswirkungen der Patientenedukation werden durch gezielte Fragestellungen überprüft.	0,15	0,490
Durch Kontrolle während einer durch den Patienten/Angehörigen durchgeführten Pflegehandlung (z. B. Verbandwechsel) wird das Ergebnis der Patientenedukation überprüft.	0,03	0,989
Ergebnisse/Auswirkungen der Patientenedukation werden dokumentiert.	0,25	0,069
Es gibt keine klare Struktur zur Durchführung von Patientenedukation.	0,33	0,008
¹ Je näher der korrigierte Kontingenzkoeffizient an 1 ist, desto größer der Zusammenhang		
² festgelegtes Signifikanzniveau (α) = 5%: Wenn $p < 0,05$, ist das Ergebnis statistisch signifikant Freiheitsgrad (df) = 3		

Tab. 15: Ergebnisse zur Kontingenzanalyse zur Hypothese 2 bezüglich der strukturellen Umsetzung

relative Häufigkeiten zu den Antworten der statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen der Struktur der Patientenedukation und dem Arbeitsbereich der Pflegenden	amb. Pflegedienst	stationäre Langzeitpflege Krankenhaus (Station)	Krankenhaus (freigestellte Wundmanager)
Patientenedukation wird häufig/sehr oft ... durchgeführt.			
... zu Beginn des pflegerischen Auftrags/beim Erstbesuch ...	79	88	65
... während anderer pflegerischer Tätigkeiten ...	43	36	52
... im Rahmen des Entlass-/Überleitungsmanagements ...	24	30	66
... zusammen mit Angehörigen ...	70	45	44
Folgende Aussagen zur Struktur der Patientenedukation treffen zu:			
Themen/Inhalt der durchgeführten Patientenedukation werden dokumentiert.	75	73	44
Es gibt keine klare Struktur zur Durchführung von Patientenedukation.	32	30	51

Tab. 16: Relative Häufigkeiten zu den statistisch signifikanten Zusammenhängen bezüglich der strukturellen Umsetzung der Patientenedukation und dem Arbeitsbereich

analysierte Fragen zur Hypothese 2: Die Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung ist abhängig vom Arbeitsbereich. (Inhalte)	korrigierter Kontingenzkoeffizient ¹	p-Wert ² des Chi-Quadrat-Tests
Welche Aspekte spielen an Ihrem Arbeitsplatz Ihrer Erfahrung nach tatsächlich im pflegerischen Alltag bei der Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden eine Rolle?		
Erklärungen zum Krankheitsbild (z. B. Wundentstehung und -heilung, notwendige und mögliche Therapien ...)	0,22	0,157
Hinweise zur Wundbeobachtung und -beurteilung	0,18	0,310
Beratung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen (z. B. Schmerz, Exsudat, Geruch, Mobilitätseinschränkungen ...)	0,18	0,340
Anleitung zur Durchführung eines Verbandwechsels	0,35	0,004
Anleitung zur Durchführung von Kausal- und Begleittherapien (z. B. Druckentlastung, Kompression ...)	0,23	0,113
Erklärungen zum Einsatz von und Umgang mit Hilfsmitteln	0,23	0,124
Tipps zur Hautpflege	0,25	0,081
Empfehlungen zur Ernährung	0,28	0,039
Informationen zu (Rezidiv-)Prophylaxemaßnahmen	0,30	0,020
Informationen zur Beschaffung von Verbandmaterialien und Hilfsmitteln	0,40	3,6E-04
Informationen über Leistungsansprüche und weitere Unterstützungsmöglichkeiten	0,38	0,001
¹ Je näher der korrigierte Kontingenzkoeffizient an 1 ist, desto größer der Zusammenhang		
² festgelegtes Signifikanzniveau (α) = 5%: Wenn $p < 0,05$, ist das Ergebnis statistisch signifikant Freiheitsgrad (df) = 3		

Tab. 17: Ergebnisse zur Kontingenzanalyse zur Hypothese 2 bezüglich der inhaltlichen Umsetzung

relative Häufigkeiten bei den Antworten "häufig" und "sehr oft" für die statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen den Inhalten der Patientenedukation und dem Arbeitsbereich der Pflegenden	amb. Pflegedienst	stationäre Langzeitpflege	Krankenhaus (Station)	Krankenhaus (freigestellte Wundmanager)
Welche Aspekte spielen an Ihrem aktuellen Arbeitsplatz Ihrer Erfahrung nach tatsächlich im pflegerischen Alltag bei der Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden eine Rolle?				
Anleitung zur Durchführung eines Verbandwechsels	18	21	44	39
Empfehlungen zur Ernährung	61	57	40	44
Informationen zu (Rezidiv-) Prophylaxemaßnahmen	84	67	65	82
Informationen zur Beschaffung von Verbandmaterialien und Hilfsmitteln	83	48	52	63
Informationen über Leistungsansprüche und weitere Unterstützungsmöglichkeiten	70	36	46	46

Tab. 18: Relative Häufigkeiten zu den statistisch signifikanten Zusammenhängen bezüglich der inhaltlichen Umsetzung der Patientenedukation und dem Arbeitsbereich

4.5 Diskussion der Ergebnisse

4.5.1 Methodische Reflexion

Bei Betrachtung der Ergebnisse dieser Untersuchung muss bedacht werden, dass Online-Umfragen generell als nicht repräsentativ gelten (vgl. Döring, Bortz, 2016b, S. 415). Die Teilnehmenden konnten nicht kontrolliert werden, wie gewissenhaft sie die Fragen beantworteten oder ob sie die Fragestellung richtig verstanden hatten. Außerdem konnte nicht überprüft werden, ob Teilnehmer mehrmals an der Umfrage teilgenommen haben. Die Repräsentativität wird auch dadurch verringert, dass es sich bei den Befragten um eine Gelegenheitsstichprobe handelte (vgl. Döring, Bortz, 2016a, S. 306 f.). Der Link zur Umfrage wurde nicht an alle Pflegefachkräfte in Deutschland weitergeleitet, sondern nur über Medien verteilt, die sich gerade für die Autorin anboten. 2793-mal wurde die Umfrage in Internet aufgerufen. 547 Personen starteten die Umfrage. Davon beantworteten letztlich 299 Personen die Befragung komplett. Es ist möglich, dass Pflegefachkräfte, die Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden oder deren Angehörigen weniger durchführen – aus welchen Gründen auch immer – erst gar nicht an der Umfrage teilgenommen haben. Somit könnten die Ergebnisse verzerrt sein und in Wirklichkeit die Umsetzung der Patientenedukation vielleicht doch schlechter sein als hier dargestellt. Auffällig ist, dass der Anteil der Teilnehmenden mit wundspezifischer Zusatzqualifikation dermaßen überwog (85% mit Zusatzqualifikation, 15% ohne Weiterbildung). Dies könnte zum einen einer systematischen Verzerrung geschuldet sein, weil die Umfrage unter anderem gezielt in solchen Kreisen beworben worden war. Zum anderen könnte dies aber auch ein Zeichen dafür sein, dass das Thema bei Personen mit wundspezifischer Zusatzqualifikation präsenter ist und auf mehr Interesse stößt.

Der Fragebogen wurde im Vorfeld keiner Überprüfung der Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität für standardisierte Messinstrumente unterzogen. Da die Pflegefachkräfte ihre eigene Einschätzung und Erfahrungen angeben sollten, fehlt es an Objektivität. Die Begriffe der Antworten (z. B. „selten“, „häufig“ usw.) wurden im Vorfeld nicht genauer definiert. Wenn Teilnehmende angaben, dass sie etwas „selten“ durchführten, bleibt unklar, ob sich „selten“ darauf bezieht, dass selten der Bedarf da ist, weil beispielsweise wenige Menschen mit chronischen Wunden gepflegt werden, oder ob mit „selten“ gemeint ist, dass nur dieser Aspekt im Rahmen der Patientenedukation selten durchgeführt wird. Es bleibt außerdem unklar, von welcher Qualität die von den Teilnehmenden beschriebene Umsetzung der Patientenedukation in Wirklichkeit ist. Da es keine Fragen gab, die die Hypothesen direkt beantwortet hätten, wurden zur Untersuchung der Hypothesen Fragen analysiert, die indirekt

Antworten dazu lieferten. Es gab jedoch keine Überprüfung, ob diese tatsächlich und im vollen Umfang das gemessen haben, worum es in der Hypothese ging.

Die Genauigkeit der Bewertung der 2. Hypothese muss wegen folgender Faktoren als eingeschränkt angesehen werden: Da bei Fragenkomplex 12 („In welchem Arbeitsbereich sind Sie derzeit tätig?“) Mehrfachnennungen möglich waren, wovon auch einige wenige Gebrauch machten, konnten die Inhalte und Strukturen in diesen Fällen nicht eindeutig einem Arbeitsbereich zugeordnet werden, sondern wurden jeweils allen in diesen Fällen genannten Bereichen zugeordnet. Zudem ist unklar, aus wie vielen Einrichtungen die Befragten stammten. Möglich bzw. wahrscheinlich ist, dass aus einigen Einrichtungen mehrere Personen an der Befragung teilgenommen haben, so dass sich die Bewertung tatsächlich auf weniger Einrichtungen als Fälle bezieht.

Trotz dieser methodisch bedingten Einschränkungen erlauben die Ergebnisse der Untersuchung Einblicke in das subjektive Empfinden der Pflegefachkräfte zur Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung.

4.5.2 Inhaltliche Reflexion

Der Aussage, dass Patientenedukation zu ihrem pflegerischen Arbeitsalltag gehört, stimmten rund 70% der Befragten größtenteils oder voll zu. Diese Antwort lässt allerdings offen, welche Form von Edukation (Information, Anleitung, Beratung, Schulung) zum Einsatz kommt, und auch, von welcher Qualität diese ist.

Den Forderungen nach einer geplanten und systematischen pflegerischen Patientenedukation (vgl. z. B. Ewers, 2001, S. 33) scheint man in der Praxis immer noch nicht ausreichend nachzukommen. Knapp 40% der Befragten gaben an, dass es in ihrer Einrichtung keine klaren Strukturen zur Durchführung der Patientenedukation gibt. Der Edukationsbedarf wird bei weniger als 40% systematisch erfasst. Ähnlich waren die Antworten zur Evaluation der edukativen Maßnahmen: Diese führen weniger als 50% durch.

Fehlende Zeitressourcen und finanzielle Erlöse gelten als Faktoren, die Umsetzung von Patientenedukation behindern (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 165; London, 2010, S. 34 f.; SVR 2014, S. 511). Dies gaben auch jeweils rund die Hälfte der Befragten an. Zusätzlich nannten knapp 10% der Teilnehmenden als Freitext unter „Sonstiges“ in der Person der Patienten oder Angehörigen begründete Faktoren wie kognitive oder krankheitsbedingte Einschränkungen oder ablehnendes Verhalten, die sie von

edukativen Maßnahmen abhalten. Etwa ein Viertel der Befragten war größtenteils oder voll der Meinung, dass viele Patienten beratungsresistent sind. Eigene Kompetenzen sahen die Pflegefachkräfte weniger als Grund, edukative Maßnahmen nicht durchzuführen (Werte jeweils unter 6%). Nur 5,64% der Teilnehmenden gaben an, dass es ihnen an theoretischem Grundlagenwissen zur Patientenedukation fehlt. Hier hätte die Autorin eine höhere Anzahl erwartet. Es stellt sich die Frage, ob die restlichen Teilnehmenden wirklich dieses Wissen haben oder ob sie das Grundlagenwissen als nicht notwendig für die Umsetzung erachten und sie es deshalb nicht als Faktor empfinden, der sie von Patientenedukation abhält, was wiederum die Qualität der Patientenedukation infrage stellen muss. Der Aussage, dass Patientenedukation für den Leistungserbringer finanziell unattraktiv ist, stimmten insgesamt gut die Hälfte der Befragten größtenteils oder voll zu. Bei Betrachtung einzelner Arbeitsbereiche war die überwiegende bis volle Zustimmung zu dieser Aussage bei den ambulanten Pflegediensten und den freigestellten Wundmanagern im Krankenhaus sogar noch höher (jeweils 63%). Insgesamt rund 10% der Befragten sahen den Aufwand für Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden im Verhältnis zum Nutzen als nicht lohnend an.

In der Literatur werden geringe Gesundheitskompetenz, Sprachbarrieren und Erschwernisse durch kulturelle Unterschiede als Probleme in Bezug auf Patientenedukation thematisiert (vgl. beispielsweise Sailer, 2015, S. 499; Protz, 2014, S. 343; Schaeffer et al., 2016, S. 40). Bei den Ergebnissen der Umfrage wurden kulturelle und sprachliche Barrieren als von edukativen Maßnahmen abhaltender Faktor nur einmal im Freitextfeld unter „Sonstiges“ genannt. Eine geringe Gesundheitskompetenz außerhalb krankhafter kognitiver Veränderungen wurde gar nicht angegeben. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass diese Aspekte noch viel häufiger ein Problem bei der Patientenedukation von Menschen mit chronischen Wunden darstellen. Möglicherweise wären diese Aspekte häufiger angegeben worden, wäre eine entsprechende Frage mit vorgegebener Antwort von der Autorin für den Fragebogen formuliert worden.

60% der Befragten gaben an, Patientenedukation auf Nachfrage durchzuführen. Dies assoziiert auf den ersten Blick zwar eine fehlende Struktur, ist aber eine wichtige Komponente im Sinne der Wahrnehmung des pädagogisch günstigen Moments in der Patientenedukation (vgl. London, 2010, S. 78 ff.).

In wie vielen Fällen gemäß des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden Informationsmaterialien zur Unterstützung der Patientenedukation genutzt werden, kann aufgrund der Fragestellung nicht beantwortet werden (Fragenkomplex 3). Die Antworten erlaubten nur eine Aussage darüber,

welche Art an Informationsmaterialien genutzt wird. Am häufigsten kommen dabei in den Einrichtungen selbst erstellte Broschüren oder Flyer zum Einsatz, gefolgt von Informationsmaterialien von Fachgesellschaften.

Patientenedukation bedarf einer regelmäßigen Wiederholung. Dieser Aussage stimmten rund 90% der Befragten größtenteils oder voll zu. Diese subjektive Einschätzung kann durch mindestens eine Studie unterstützt werden: Panfil et al. konnten für den Bereich Selbstpflege der Füße bei Diabetikern statistisch signifikante Hinweise dafür finden (vgl. Panfil et al., 2010, S. 65).

Organisierte Schulungen für Patienten und Angehörige spielen insgesamt eine geringe Rolle. Rund 56% der Befragten gaben an, solche Schulungen nie, knapp 30% selten durchzuführen. Hier muss sich die Frage gestellt werden, ob dies an mangelndem Interesse oder Bedarf der Betroffenen oder an unzureichenden strukturellen Rahmenbedingungen (z. B. fehlende strukturierte Schulungsprogramme, unzureichende Vergütung etc.) liegt. Aus der Umfrage geht nicht hervor, wie die durchgeführten Schulungen aussehen.

In dieser Untersuchung konnten statistisch signifikante Abhängigkeiten hinsichtlich Patientenedukation und wundspezifischer Zusatzqualifikation festgestellt werden (Hypothese 1a). In den Bereichen Fachkompetenz und komplexe Beratungsgespräche fühlten sich die weitergebildeten Pflegefachkräfte sicherer als Pflegefachkräfte ohne wundspezifische Zusatzqualifikation. Deutliche Wissensdefizite zu den Krankheitsbildern chronischer Wunden konnte auch Mehnert in einer Untersuchung unter 20 Pflegefachkräften in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen feststellen. Eine Person darunter gab an, sich bei der Anleitung und Beratung chronischer Wundpatienten eher unsicher zu fühlen (vgl. Mehnert, 2012, S. 340 ff.). Eine Studie von Rust et al. aus den Jahren 2013/2014 zeigte, dass Menschen mit chronischen Wunden ihr Selbstmanagement besser einschätzten, wenn Wundexperten (zertifizierte Zusatzqualifikation der Initiative Chronische Wunden e. V.) in der Versorgung im häuslichen Bereich involviert waren (vgl. Rust et al., 2016, S. 327). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass vor allem eine ausreichende Fachkompetenz auf dem Gebiet, zu der die Patientenedukation stattfinden soll, eine wichtige Voraussetzung zur Befähigung dieser ist.

Keinen statistisch signifikanten Zusammenhang konnte diese Untersuchung dagegen zwischen einem Hochschulabschluss und den Kompetenzen zur pflegerischen Patientenedukation feststellen (Hypothese 1b), obwohl internationale Erfahrungen darauf hinweisen, dass eine professionelle Pflegeberatung eine grundständige Pflegebildung auf Bachelor- bzw. Masterniveau erfordert (Müller-Mundt et al., 2000, S. 49; Sunder, Segmüller, 2017, S. 16).

Limitierend zu den Ergebnissen der Analyse zur Hypothese 1 muss allerdings bedacht werden, dass offenbleibt, von welcher Qualität die von den Teilnehmenden durchgeführte Patientenedukation in Wirklichkeit ist.

Die Ergebnisse der Analyse zur Hypothese 2 zeigten mehrere statistisch signifikante kleinere und mittelgroße Abhängigkeiten zwischen dem Arbeitsbereich der Pflegefachkräfte und der inhaltlichen und strukturellen Umsetzung der Patientenedukation. Mitarbeiter in den ambulanten Pflegediensten gaben bei der Bedeutung der einzelnen Edukationsthemen im Vergleich zur stationären Langzeitpflege und dem Krankenhaus (Station und freigestellte Wundmanager) insgesamt die höchsten Werte an. Auch bei der strukturellen Umsetzung bewerteten die Teilnehmenden aus ambulanten Pflegediensten die Umsetzung der Patientenedukation in ihrer Einrichtung bei vielen Aspekten besser als ihre Kollegen aus den Krankenhäusern. Hier scheint eine positive Entwicklung stattgefunden zu haben. Ewers beschrieb 2001 noch, dass das Thema Patienten- und Angehörigenedukation im häuslichen Bereich im Vergleich zum Krankenhaus geringer ausgeprägt war (vgl. Ewers, 2001, S. 35). Angehörige werden im ambulanten Pflegedienst signifikant häufiger in die Patientenedukation mit einbezogen als in den anderen Arbeitsbereichen. Inhaltlich fällt lediglich die Anleitung zum Verbandswechsel in ambulanten Pflegediensten am geringsten aus. Dies scheint logisch. Ein Verbandswechsel ist eine abrechenbare Leistung für den Pflegedienst, den diese bei Patienten mit Wunden vermutlich in den meisten Fällen übernehmen, sodass eine Anleitung zum Verbandswechsel nicht notwendig oder gar kontraproduktiv wäre. Auch die hohen Werte bei den anderen Themen erscheinen sinnvoll, da die Patienten im ambulanten Bereich mehr auf sich selbst gestellt sind bzw. von ihren Angehörigen mit betreut werden und nicht wie in stationären Einrichtungen mehr oder weniger voll durch die Mitarbeiter vor Ort umsorgt werden. Dieser Aspekt wird auch bei der Betrachtung der angegebenen Werte aus der stationären Langzeitpflege deutlich. Im Vergleich der oben genannten Arbeitsbereiche wurden hier insgesamt die geringsten Werte angegeben. Dies könnte allerdings auch damit zusammenhängen, dass kognitive Einschränkungen und Multimorbidität der Bewohner hier am ausgeprägtesten sind. Vier der 33 Mitarbeiter aus der stationären Langzeitpflege hatten unter Punkt Sonstiges die kognitiven Einschränkungen ihrer Bewohner als Faktor frei ergänzt, der sie von edukativen Maßnahmen abhält. Strukturell scheinen Pflegeheime bei der Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung ähnlich aufgestellt zu sein wie die ambulanten Pflegedienste. Die Ergebnisse aus den Krankenhäusern schnitten hier im Vergleich am schlechtesten ab. Diese Ergebnisse ähneln denen einer Bestandsaufnahme zur Ausbildung in Gesundheitsberufen im europäischen Vergleich. Diese ergaben für Deutschland, dass Informations-, Anleitungs- und

Beratungsaufgaben am häufigsten in der ambulanten Pflege erbracht werden, gefolgt von der stationären Langzeitversorgung. Das Schlusslicht bildeten in diesem Bereich die Krankenhäuser (vgl. BMBF, 2014, S. 167 f.). Anzumerken ist, dass sich die Untersuchungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie von Ewers allgemein auf Patientenedukation bezogen und nicht nur auf den Bereich der chronischen Wundversorgung, wie es in dieser Untersuchung der Fall war.

Die Umfrage würde noch eine weitere Auswertung der Ergebnisse bezogen auf die unterschiedlichen Altersabschnitte oder auf den Zeitpunkt des Examens der Teilnehmenden sowie auf den jeweiligen Berufsabschluss erlauben. Diese Informationen könnten Hinweise darauf geben, wie gut die Ausbildung auf Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung vorbereitet und inwieweit das Lebensalter die Patientenedukation beeinflusst. Aufgrund der befristeten Bearbeitungszeit mit fehlenden Ressourcen für weitere Analysen und vermutlich eher geringer Aussagekraft dieser Korrelationsanalysen wurde darauf jedoch in dieser Arbeit verzichtet.

4.6 Handlungsempfehlungen

Knapp drei Viertel der Befragten wünschten sich mehr Schulungsangebote für Pflegefachkräfte zum Thema Patientenedukation. Dieses Ergebnis sollte als Anregung genommen werden, das Thema in Fortbildungsprogramme aufzunehmen. Neben theoretischen Grundlagen allgemein zur Patientenedukation wäre eine fachspezifische Verknüpfung zur Förderung der Selbstmanagementkompetenzen bei chronischen Wunden sinnvoll (vgl. auch Bauernfeind, Strupeit, 2010, S. 28). Auch der Aspekt Edukation bei kognitiv eingeschränkten Menschen sollte dabei aufgegriffen werden, da dieser Aspekt offenbar für mehrere Pflegefachkräfte ein Problem bei der Durchführung von edukativen Maßnahmen darstellt. Zertifizierte wundbezogene Zusatzqualifikationen erfordern in der Regel regelmäßige Fortbildungen, um die Qualifizierung zu behalten. Im Rahmen dieser Rezertifizierungsfortbildungen könnte das Thema Patientenedukation beispielsweise aufgegriffen werden. Für Pflegefachkräfte ohne wundspezifische Weiterbildung scheinen bereits Auffrischungen zu den Krankheitsbildern chronischer Wunden und deren Therapie sinnvoll. Dies könnte einrichtungsintern beispielsweise im Rahmen von Schulungen zum Expertenstandard erfolgen oder aber auch als externe Fortbildung in einer Art Kompaktkurs zu chronischen Wunden.

Die Antworten zur Frage nach der Nutzung von Informationsbroschüren und -flyern ergaben, dass Pflegefachkräfte am häufigsten selbst erstellte Broschüren und Flyer zur Unterstützung der Patientenedukation nutzen. Hierzu wäre zu eruieren, inwieweit Pflegefachkräfte Unterstützung bei der Gestaltung von eigenen, evidenzbasierten und nutzerfreundlichen Broschüren und Flyern benötigen, um dies gegebenenfalls in Fortbildungskonzepte zu integrieren. Auch die Nutzung anderer – z. B. digitaler Medien – sollte, um mit der Zeit zu gehen, mehr in den Fokus gerückt werden.

Pflegefachkräfte mit wundbezogener zertifizierter Weiterbildung scheinen für die Patientenedukation von Menschen mit chronischen Wunden – zumindest hinsichtlich des Fachwissens und komplexer Beratungsgespräche – besser aufgestellt zu sein, als Pflegefachkräfte ohne eine solche Weiterbildung. Die Studie von Rust et al. zeigte, dass sich die Involvierung von Wundexperten (Personen mit zertifizierter wundbezogener Weiterbildung der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)) im häuslichen Setting positiv auf die Lebensqualität der Patienten auswirkt. Die Ergebnisse sprechen dafür, auch weiterhin pflegerische Fachexperten in der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden einzusetzen, wie der Expertenstandard dies auch vorgibt, bzw. dies in der Praxis noch weiter zu forcieren.

Eine Überlegenheit von Pflegefachkräften mit Hochschulabschluss gegenüber nicht-akademisierten Pflegefachkräften im Bereich der Patientenedukation konnte diese Untersuchung nicht feststellen. Da aber in der Literatur eine hochschulische Qualifizierung für Patientenedukation empfohlen wird (vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S. 49; SVR, 2012, S. 43), wären hierzu weitere Forschung und Überlegungen für eine praktikable Umsetzung sinnvoll. Müller sieht den Ansatz des Advanced Nursing Practice (ANP) als Möglichkeit zur Verbesserung der pflegerischen Patientenedukation. ANP stellt ein Bindeglied zwischen Pflegewissenschaft und -praxis dar. Akademisch qualifizierte Pflegekräfte könnten in der direkten Patientenversorgung evidenzbasiertes Wissen und Schulungs- und Beratungskonzepte integrieren (vgl. Müller, 2013, S. 49 ff.).

Da die Ergebnisse dieser Umfrage bei den Strukturen zur Umsetzung der Patientenedukation noch deutliche Defizite aufweisen, sollten die Strukturen weiter ausgebaut und gefestigt werden. Eine Maßnahme könnte sein, praxisnahe Arbeitshilfen zur systematischen Erfassung des Edukationsbedarfs sowie zur Durchführung und Evaluation von edukativen Maßnahmen zu erarbeiten und bereitzustellen. Dabei sollten die verschiedenen Anforderungen in den einzelnen Arbeitsbereichen berücksichtigt werden. Zudem ist die Bereitstellung ausreichender Zeitressourcen ein wichtiger ein Punkt.

Unter den Befragten gehört Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung in den meisten Fällen zum pflegerischen Alltag dazu. Dies muss jedoch nicht

selbstverständlich für alle Pflegefachkräfte zutreffen. Pflegefachkräfte, die der Patientenedukation einen geringeren Stellenwert zurechnen, haben möglicherweise gar nicht an der Umfrage teilgenommen. Um das Selbstverständnis für edukative Maßnahmen als pflegerische Kernaufgabe zu stärken, sollte die Durchführung der Patientenedukation transparenter gemacht und die Wichtigkeit über Medien und Schulungsmaßnahmen sowie bereits in der Ausbildung hervorgehoben werden. Zur Transparenz gehört auch die Dokumentation des Edukationsprozesses. In Anbetracht knapper Zeitressourcen sollte dafür in den Dokumentationssystemen eine Systematik geschaffen werden, die eine einfache und schnelle und trotzdem aussagekräftige Dokumentation zulässt.

Eine Transparenz durch Dokumentation könnte auch bei der Argumentation helfen, sich für eine bessere Vergütung edukativer Maßnahmen einzusetzen (vgl. auch Löber, Bauernfeind, 2007, S. 173). Auch wenn Patientenedukation oft während des Verbandswechsels oder anderer pflegerischer Tätigkeiten durchgeführt wird, ist sie in vielen Fällen nicht „mal eben nebenbei“ gemacht. Eine leistungsgerechte Vergütung wäre eine Voraussetzung, um ausreichend Zeitressourcen zur Verfügung stellen zu können. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn sich Pflege- und fachspezifische Verbände für eine leistungsgerechte Vergütung edukativer Maßnahmen bei den Krankenkassen einsetzen würden. Viele Informations- und Beratungsleistungen können bisher finanziell und strukturell vor allem im ambulanten Pflegebereich nicht abgebildet werden (vgl. Bauernfeind, Strupeit, 2010, S. 23 f.; SVR, 2014, S. 511). Darauf deuteten auch die Ergebnisse dieser Untersuchung hin. Über die Hälfte der Befragten waren größtenteils oder voll der Meinung, dass Patientenedukation für den Leistungserbringer finanziell unattraktiv ist. Teilnehmende aus ambulanten Pflegediensten und freigestellte Wundmanager in Krankenhäusern gaben dies mit jeweils über 60% am häufigsten an.

5. Fazit

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Diese Arbeit nimmt die subjektiven Einschätzungen und Erfahrungen von Pflegefachkräften zur Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation im Kontext der chronischen Wundversorgung in den Blick. Dazu wurde eine Online-Befragung durchgeführt. 266 Datensätze von Pflegefachkräften konnten für die Untersuchung ausgewertet werden.

Pflegerische Patientenedukation dient der Förderung der gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen (vgl. Lorig, 1996, S. xiii f.; Abt-Zegelin, 2003, S. 104; Sailer, 2015, S. 492). 80% der Teilnehmenden an der Befragung stimmten größtenteils oder voll zu, dass Patientenedukation im Rahmen der chronischen Wundversorgung zu einer verbesserten Therapietreue führt und den Patienten und Angehörigen hilft, besser mit ihrer Situation zurecht zu kommen. 11% gaben dagegen aber auch an, dass sich der Aufwand für Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden im Verhältnis zum Nutzen nicht lohnt. Dass Patientenedukation mit zu den Kernaufgaben der Pflege gehört, scheint für die meisten der Teilnehmenden an der Umfrage selbstverständlich. 71% von ihnen stimmten größtenteils oder voll zu, dass Patientenedukation in der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden ein fester Bestandteil ihrer täglichen Arbeit sei. Dies sagt jedoch noch nichts über die Qualität der durchgeführten edukativen Maßnahmen aus. Ein Großteil der Befragten wünschte sich mehr Schulungsangebote zum Thema Patientenedukation. 73% stimmten dieser Aussage größtenteils oder voll zu. Pflegefachkräfte mit zertifizierter wundbezogener Zusatzqualifikation stuften sich in den Bereichen Fachwissen und komplexe Beratungsgespräche sicherer ein als ihre Kollegen ohne eine solche Zusatzqualifikation. Keine statistisch signifikanten Zusammenhänge konnten zwischen den Kompetenzen zur Patientenedukation und dem Vorhandensein eines Hochschulabschlusses gefunden werden. Die in der Literatur – vor allem dem Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden – angegebenen Inhalte der Patientenedukation bei chronischen Wunden werden von den allermeisten der Befragten vollzählig behandelt. Werden Informationsbroschüren oder -flyer zur Unterstützung der Edukation verwendet, sind dies mit knapper Mehrheit meist selbst erstellte Materialien. Wie oft insgesamt Informationsmaterialien bei der Patientenedukation eingesetzt werden, wie der Expertenstandard dies empfiehlt, geht aus der Umfrage nicht hervor. Inhaltlich und strukturell ist die Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung in mehreren Bereichen abhängig vom Arbeitsbereich der Pflegefachkräfte (siehe Kap. 4.1.4). Die Strukturen sind allgemein noch verbesserungswürdig. 39% der Befragten gaben an, dass es in ihrer Einrichtung keine

klaren Strukturen zur Durchführung pflegerischer Patientenedukation gibt. Die Dokumentation edukativer Maßnahmen und deren Ergebnisse ist lückenhaft. Ein großes Problem stellen fehlende Zeitressourcen dar. 49% der Teilnehmenden gaben an, dass fehlende Zeitressourcen sie von der Durchführung edukativer Maßnahmen abhalten. 62% stimmten größtenteils oder voll zu, dass an ihrem Arbeitsplatz mehr Zeit für Patientenedukation eingeräumt werden muss. Ein weiterer Faktor, der die Umsetzung von Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung behindert, ist die unzureichende finanzielle Vergütung. Ein Großteil der Befragten gab an, dass Patientenedukation für den Leistungserbringer finanziell unattraktiv ist. Dem stimmten 55% größtenteils oder voll zu. Dies sahen vor allem die Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten und freigestellte Wundmanager in Krankenhäusern so.

Auch wenn die Ergebnisse dieser Untersuchung wegen geringer Repräsentativität nicht auf die Gesamtpopulation der Pflegefachkräfte in Deutschland zu verallgemeinern sind (siehe Kap. 4.2.1), können sie zumindest Anhaltspunkte liefern auf Aspekte, die in Zukunft zur Vorbereitung auf Patientenedukation und hinsichtlich der Rahmenbedingungen für Patientenedukation mehr Beachtung finden sollten. Dabei beziehen sich die Aussagen der Befragung nur auf den Bereich der Patientenedukation im Rahmen der chronischen Wundversorgung. Eine Verallgemeinerung auf den gesamten Bereich der pflegerischen Patientenedukation ist nicht möglich.

Die Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen für Pflegefachkräfte und die Verbesserung der Strukturen und Prozesse zur Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation. Die Weiterbildung von pflegerischen Fachexperten scheint sich positiv auf Patientenedukation im Bereich chronischer Wundversorgung auszuwirken. Hier empfiehlt es sich, das Thema Edukation weiter zu vertiefen und den Einsatz von pflegerischen Fachexperten zu intensivieren. Pflegefachkräfte ohne wundspezifische Zusatzqualifikation benötigen Möglichkeiten, ihr Fachwissen zur chronischen Wundversorgung aufzufrischen und zu erweitern, um edukative Maßnahmen in diesem Bereich besser durchführen zu können. Für die Umsetzung der Patientenedukation werden mehr Zeitressourcen und eine leistungsgerechte Vergütung gewünscht. Um sich dafür einsetzen zu können, aber auch um die Qualität der Patientenedukation messen und verbessern zu können, sollte bei der Umsetzung strukturierter vorgegangen und die Dokumentation des Edukationsprozesses verbessert werden. Dabei sollten die Anforderungen in den unterschiedlichen pflegerischen Arbeitsbereichen Berücksichtigung finden.

5.2 Ausblick

Patientenedukation wird aufgrund der Entwicklungen im Gesundheitswesen (unter anderem Zunahme von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit, kürzere Verweildauern in Kliniken, Fokussierung der Pflege in den ambulanten Bereich (siehe Kap. 1 und 2.1.2)) auch in Zukunft eine große Rolle spielen, wenn nicht sogar noch an Bedeutung zunehmen. Deshalb sollte das Thema pflegerische Patientenedukation mehr in den Blick genommen und die Strukturen dafür verbessert werden. Die Strukturen sind dabei auf die unterschiedlichen Arbeitsbereiche anzupassen. Hierfür wären weitere Untersuchungen notwendig, um die speziellen Anforderungen unterschiedlicher Arbeitsbereiche aufzeigen zu können.

In dieser Arbeit ging es vor allem um die Sicht der Pflegenden auf das Thema Patientenedukation und deren Umsetzung. Die Sicht der Patienten und Angehörigen zu diesem Thema, deren Edukationsbedarfe und deren Erleben ihrer Erkrankung und Pflegesituation sollte ebenfalls weiter untersucht werden, um Edukation bedarfs- und bedürfnisgerecht gestalten zu können. Zudem wäre es sinnvoll auch die Qualität der Patientenedukation zu untersuchen. Dabei sollten die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Blick genommen werden.

Die Durchführung von Patientenedukation sollte strukturierter gestaltet und besser dokumentiert werden. Erst eine aussagekräftige Dokumentation über den Prozess und die Ergebnisse kann Transparenz über die Leistung schaffen. Dies wiederum ist für Aussagen über die Qualität und zur Argumentation für eine angemessene Vergütung der Leistung wichtig (vgl. auch Löber, Bauernfeind, 2007, S. 173).

Ein Großteil der Teilnehmenden der Befragung wünschte sich mehr Schulungsangebote zum Thema Patientenedukation für Pflegefachkräfte. Dies sollte zum Anlass genommen werden, Schulungskonzepte zu entwickeln und in Fortbildungsprogramme zu integrieren. Diese Forderung gilt erst einmal für den Bereich der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Der Bedarf an Schulungsangeboten zur Patientenedukation in anderen pflegerischen Bereichen wäre neu zu erheben, um auch hierfür Empfehlungen geben zu können. Zur Feststellung, ob das Thema Patientenedukation im Rahmen der Ausbildung heutzutage ausreichend Berücksichtigung findet, müssten ebenfalls weitere Untersuchungen und Analysen durchgeführt werden.

6. Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, A. (2003). *Patienten- und Familienedukation in der Pflege*. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.): *Das Originäre in der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Sonderausgabe Pflege & Gesellschaft*. Frankfurt: Mabuse Verlag, S. 103 – 115.

Abt-Zegelin, A. (2003a). *Wer kommuniziert, pflegt*. *Pflege Aktuell*, 57 (12), S. 642 – 644.

Abt-Zegelin, A. (2006). *Mikroschulungen*. *Pflegewissen für Patienten und Angehörige*. 1. Teil. *Die Schwester Der Pfleger*, 45 (1), S. 62 – 65.

AWMF – Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (2010). *Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum*. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 037/009. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-009I_S3_Diagnostik_und_Therapie_des_Ulcus_cruris_venosum_abgelaufen.pdf (01.09.2018).

AWMF – Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (2012). *Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz*. Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 091/00a. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001I_S3_Lokaltherapie_chronischer_Wunden_2012-ungueltig.pdf (01.09.2018).

Bauernfeind, G.; Strupeit S. (2010). *Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden und deren Dependenzpflege – Implementierung und Umsetzung in einem ambulanten Setting mit dem Fokus Verbesserung der Lebensqualität*. *Zeitschrift für Wundheilung*, 15 (1), S. 22 – 29.

Behrens, J.; Görres, S.; Schaeffer, D.; Bartholomeyczik, S.; Stemmer, R. (2012). *Agenda Pflegeforschung für Deutschland*. http://www.dpo-rlp.de/agenda_pflegeforschung.pdf (01.09.2018).

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich*. Publikation des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. Bonn.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend; BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2014). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. 11. Auflage. https://www.pflegecharta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_-_Aktive_PDF_-_Charta.pdf (02.10.2018).

Bourier, G. (2014). *Beschreibende Statistik*. Praxisorientierte Einführung – Mit Aufgaben und Lösungen. 12., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.

Büker, C. (2015). *Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgabe der professionellen Pflege*. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.

Büscher, A.; Horn, A. (2010). *Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege Ergebnisse einer Expertenbefragung*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P10-145. Bielefeld (Hrsg.). <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-145.pdf> (01.09.2018).

BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V. (2013). *Fakten und Zahlen. Moderne Wundversorgung*. http://www.info-wundversorgung.de/download/bvmed-daten-und-fakten-moderne-wundversorgung.pdf?pk_campaign=tsr_CHK&pk_kwd=chronische-wunden_tsr-freier-teaser_re_bvmed-daten-und-fakten-moderne-wundversorgung.pdf (01.09.2018).

DDG – Deutsche Diabetes Gesellschaft (2018). *Schulungs- und Handlungsprogramme nach den Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft*. https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Zertifizierung/Schulungsprogramme/Liste_anerkannter_Schulungs-_und_Behandlungsprogramme_DDG_2018_1.pdf (01.09.2018).

de la Chaux, C.; Sailer, M. (2002). *Die konzeptionelle Verankerung der Patientenorientierung in Patientenschulungs- und -anleitungsprogrammen*. Pflegewissenschaft, 4 (10), S. 221 – 234.

Deml, A.; Schöning, D.; Behrens, J. (2014). *Selbstfürsorge fördern bei Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom durch Partizipative Entscheidungsfindung und edukative Maßnahmen*. Wund Management, 8 (1), S. 13 – 16.

DGfW – Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (2018). DGfW-Akademie. *Stichwort: Wundassistent WAcert® DGfW (Beruf)*. Online. http://dgfw-akademie.de/index_69_.html (02.10.2018).

DGfW – Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (2018a). DGfW-Akademie. *Stichwort: Wundtherapeut WTcert® DGfW (Beruf)*. Online. http://dgfw-akademie.de/index_80_.html (02.10.2018).

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. 1. Aktualisierung 2009 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009a). *Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2011). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. 1. Aktualisierung 2011 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013). *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*. 1. Aktualisierung 2013 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2014). *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege*. 1. Aktualisierung 2014 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2014a). *Expertenstandard nach §113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege*. Abschlussbericht. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015). *Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. 1. Aktualisierung 2015 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015a). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen*. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2017). *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*. 2. Aktualisierung 2017 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2017a). *Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*. 1. Aktualisierung 2017 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2018). *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Sonderdruck einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

Döring, N.; Bortz, J. (2016). *Operationalisierung*. In: Döring, N.; Bortz, J. (Hrsg.): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 221 – 289.

Döring, N.; Bortz, J. (2016a). *Stichprobenziehung*. In: Döring, N.; Bortz, J. (Hrsg.): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 291 – 320.

Döring, N.; Bortz, J. (2016b). *Datenerhebung*. In: Döring, N.; Bortz, J. (Hrsg.): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 321 – 578.

Döring, N.; Bortz, J. (2016c). *Datenanalyse*. In: Döring, N.; Bortz, J. (Hrsg.): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 597 – 784.

Döring, N.; Bortz, J. (2016d). *Bestimmung von Teststärke, Effektgröße und optimalem Stichprobenumfang*. In: Döring, N.; Bortz, J. (Hrsg.): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 807 – 866.

Drube, P. (2015). *Risikokompetenz in der Pflege. Was Pflegende wissen sollten, um Patienten gut zu beraten*. PADUA, 10 (4), S. 255 – 257.

Ewers, M. (2001). *Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). P01-115. <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-115.pdf> (01.09.2018).

Ewers, M.; Schaeffer, D.; Meleis, A. I. (2017). „*Teach more, do less.*“ – *Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege*. In: Schaeffer, D.; Pelikan, J. M. (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe Verlag, S. 237 – 257.

FgSKW – Fachgesellschaft für Stoma, Kontinenz, Wunde e. V. (2015). *Aktualisierung der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung samt Curriculum zur Weiterbildung zur/zum Pflegeexpertin/Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde abgeschlossen!* MagSi, 20 (67), S. 38 – 39.

GKV-Spitzenverband (2008). *Beratungsleitfaden*. Anhang I. Pflege- und Wohnberatung. Modellprojekt Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen und das Land Niedersachsen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/case_und_care/Anhang_I_Beratungsleitfaden_Maerz_2008_10285.pdf (01.09.2018).

Görres, S. (2013). *Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe*. In: *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln: Grundsätze und Perspektiven*. – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Stuttgart, S. 19 – 49. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (01.09.2018).

Haslbeck, J.; Klein, M. (2014). *Leben mit chronischen Wunden - Selbstmanagement fördern*. *Wund Management* 8 (1), S. 9 – 12.

Haslbeck, J. W.; Schaeffer, D. (2007). *Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept, Herausforderungen*. *Pflege*, 20 (2), S. 82 – 92.

Hasseler, M.; Fünfstück, M. (2014). *Durchführung einer systematischen Literaturrecherche und Beschreibung von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung*. In: Hasseler, M.; Stemmer, R.; Macsenaere, M.; Arnold, J.; Weidekamp-Maicher, M. (2016). *Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Abschlussbericht. Teil II*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/wiss_qualitaetsverstaendnis/2016-08-25_Abschlussbericht_wiss_Qualitaetsverstaendnis.pdf (01.09.2018).

Herber, O. R.; Schnepf, W.; Rieger, M. A.; Wilm, S. (2008). „... seitdem ist ein heilendes Moment drin.“: *Die pflegerische Begleitung und Erhöhung der Selbstpflegekompetenz von Patienten mit Ulcus cruris in Tandempraxen*. *Pflegewissenschaft*, 10 (11), S. 581 – 586.

Hüper, C.; Hellige, B. (2015). *Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke*. Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden. 3. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

ICW – Initiative Chronische Wunden e. V. (2018). *Curriculum Basisseminar Wundexperte ICW*.

https://www.icwunden.de/fileadmin/Wundseminare/Textdateien/Wundexperte/Wundexperte_Curriculum.pdf (02.10.2018).

Klug Redman, B. (2009). *Patientenedukation*. Kurzlehrbuch für Pflege und Gesundheitsberufe. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von A. Abt-Zegelin und M. Tolsdorf. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Knelange, C.; Schieron, M. (2000). *Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt?* Darstellung zweier qualitativer Studien aus stationären Bereichen der psychiatrischen und somatischen Krankenpflege. *Pflege und Gesellschaft*, 5 (1), S. 4 – 11.

Koch-Straube, U. (2000). *Beratung in der Pflege – eine Skizze*. *Pflege und Gesellschaft*, 5 (1), S. 1 – 3.

Koch-Straube, U. (2008). *Beratung in der Pflege*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Kocks, A.; Segmüller, T. (2012). „Wittener Werkzeuge“ *Ein Double Care Beratungsansatz in der Pflege*. *PADUA*, 7 (2), S. 60 – 62.

Kuckeland, H.; Scherpe, M. (2008). *Beratungskompetenz von Pflegefachkräften*. *Unterricht Pflege*, 13 (3), S. 20 – 21.

Langenscheidt (2018). *Education*. Übersetzung aus dem Englischen ins Deutsche. Online. <https://de.langenscheidt.com/englisch-deutsch/education> (01.09.2018).

Langer, J.; Ewers, M. (2013). „*Es ist nicht mehr das alte Leben, das wir führen ...*“ – *Beratung von Angehörigen im pflegerischen Entlassungsmanagement*. *Pflege*, 26 (5), S. 311 – 320.

Leonhart, R. (2009). *Lehrbuch Statistik*. Einstieg und Vertiefung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Löber, V.; Bauernfeind, G. (2007). *Patientenedukation in der Wundtherapie – eine Aufgabe der professionellen Pflege?* Zeitschrift für Wundheilung, 12 (3), S. 172 – 177.

London, F. (2010). *Informieren, Schulen, Beraten*. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von A. Abt-Zegelin. 2., durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Lorig, K. (1996). *Patient Education. A practical Approach*. 2nd Edition. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Lorig, K.; Holman, H. (2003). *Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms*. Annals of Behavioral Medicine, 26 (1), S. 1 – 7.

Macsenaere, M; Arnold, J.; Stemmer, R. (2016). *Abschlussbericht zum Projekt „Darstellung von 31 Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung“*. In: Hasseler, M.; Stemmer, R.; Macsenaere, M.; Arnold, J.; Weidekamp-Maicher, M. (2016). Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Abschlussbericht. Teil III. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/wiss_qualitaetsverstaendnis/2016-08-25_Abschlussbericht_wiss_Qualitaetsverstaendnis.pdf (01.09.2018).

Mayer, H. O. (2008). *Interview und schriftliche Befragung*. Entwicklung, Durchführung, Auswertung. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. München, Wien: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Mehnert, K. (2012). *Chronische Wunden versorgen*. Wissensstand des Pflegepersonals zum Thema Wundmanagement. Pflegezeitschrift, 65 (6), S. 340 – 343.

Morbach, S.; Müller, E.; Reike, H.; Risse, A.; Rümenapf, G.; Spraul, M. (2017). *Diabetisches Fußsyndrom*. DDG Praxisempfehlung. In: Diabetologie, 12 (Suppl 2), S. 181 – 189. https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Praxisempfehlungen/2017/dus_2017_S2_Praxisempfehlungen_3973452_Morbach_Diabetisches_Fußsyndrom__10__Online-PDF.PDF (01.09.2018).

Müller, A. (2013). *Chronische Krankheit im Alltag bewältigen*. Patienten- und Angehörigenbildung als Baustein erweiterter Pflegepraxis. PADUA, 8 (1), S. 49 – 54.

Müller-Mundt, G.; Schaeffer, D.; Pleschberger, S.; Brinkhoff, P. (2000). *Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege?* Pflege und Gesellschaft, 5 (2), S. 42 – 53.

Müller-Mundt, G. (2011). *Patientenedukation als Aufgabe der Pflege*. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 705 – 726.

Netzwerk Patienten- und Familienbildung in der Pflege e. V. (2017). *Theoretische Konzepte*. Online. <https://patientenedukation.de/themen/theoretische-konzepte> (01.09.2018).

Netzwerk Patienten- und Familienbildung in der Pflege e. V. (2017a). *Wittener Werkzeuge*. Online. <https://patientenedukation.de/themen/wittener-werkzeuge> (01.09.2018).

NPUAP/EPUAP/PPPIA – National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel/Pan Pacific Injury Alliance (2014). *Prävention und Behandlung von Dekubitus*. Kurzfassung der Leitlinie. 2. Ausgabe. Cambridge Media: Osborne Park, Australia. http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/german_quick-reference-guide.pdf (01.09.2018).

Panfil, E.-M. (2003). *Messung der Selbstpflege bei Ulcus cruris venosum*. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.). Reihe Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Panfil, E.-M.; Mayer, H.; Schmidt, S. G. (2010). *Selbstpflege zur Verhinderung eines Diabetischen Fußsyndroms: Eine empirische Studie*. Wund Management, 4 (2), S. 62 – 66.

Panfil, E.-M. (2015). *Pflegeforschung*. In: Panfil, E.-M.; Schröder, G. (Hrsg.): Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegende und Wundexperten. 3., korrigierte und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, S. 55 – 78.

Petermann, F. (1997). *Patientenschulung und Patientenberatung – Ziele, Grundlagen und Perspektiven*. In: Petermann, F. (Hrsg.): Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, S. 3 – 21.

PMV – Forschungsgruppe (Hrsg.) (2015). *Epidemiologie und Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden*. Eine Analyse auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. Abschlussbericht für MedInform – Informations- und Seminarservice Medizintechnologie. <http://www.info-wundversorgung.de/download/pmv-abschlussbericht-2015-12-03> (01.09.2018).

Protz, K.; Verheyen-Cronau, I.; Heyer, K. (2013). *Broschüren zur Unterstützung der Patientenedukation*. Peer-Review-Artikel. Pflegewissenschaft, 2013, 15 (12), S. 658 – 670.

Protz, K. (2014). *Richtig schulen*. Pflegezeitschrift, 67 (6), S. 342 – 347.

Reibnitz, von, C.; Sonntag, K. (2017). *Patientenorientierte Beratung bei degenerativen Erkrankungen*. Herausforderung in der stationären Pflege. Pflegezeitschrift, 70 (12), S. 22 – 26.

Reibnitz, von, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (2017a). *Grundlagen der Beratung*. In: Reibnitz, von, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (Hrsg.): *Patientenorientierte Beratung in der Pflege. Leitfäden und Fallbeispiele*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 10 – 18.

Reibnitz, von, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (2017b). *Beratungsansätze*. In: Reibnitz, von, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (Hrsg.): *Patientenorientierte Beratung in der Pflege. Leitfäden und Fallbeispiele*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 19 – 24.

Reibnitz, von, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (2017c). *Gesprächstechniken in der Beratung*. In: Reibnitz, von, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (Hrsg.): *Patientenorientierte Beratung in der Pflege. Leitfäden und Fallbeispiele*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 61 – 71.

Rust, L.; Klaußen-Mielke, R.; Kugler, C. (2016). *Einfluss von Wundexperten auf Selbstmanagement, Schmerzen und Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden im häuslichen Setting*. *Pflege & Gesellschaft*, 21 (4), S. 314 – 330.

Sailer, M. (2004). *Patientenedukation – Schulung, Anleitung, Beratung*. Praxishandbuch. 1. Auflage. Elchingen: WK-Fachbücher.

Sailer, M. (2015). *Patientenedukation*. In: Panfil, E.-M.; Schröder, G. (Hrsg.): *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegende und Wundexperten*. 3., korrigierte und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, S. 491 – 512.

Schaeffer, D.; Petermann, F. (2015). *Patientenedukation*. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BzgA. Online. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/?id=angebote&idx=129> (01.09.2018).

Schaeffer, D.; Vogt, D.; Berens, E. M.; Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland*. Ergebnisbericht. Geringfügig überarbeitete Fassung vom 27.02.2017. Universität Bielefeld. http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf (01.09.2018).

Schmidt, L. R.; Dlugosch, G. E. (1997). *Psychologische Grundlagen der Patientenschulung und Patientenberatung*. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Patientenschulung und Patientenberatung*. Ein Lehrbuch. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, S. 23 – 51.

Schmitz, A. (2011). *Informationsbedarf von Menschen mit chronischen Wunden. Expertenwissen Betroffener als Grundlage für patientenzentrierte Information*. *Pflege* 24 (3), S. 161 – 170.

Schneider, I., Keller, A., Fleischer, S., Berg, A. (2011). „*Und Propagandamaterial ist auch viel da*“ Eine qualitative Studie zur Situation von Patienten mit Ulcus cruris und ihren Bedürfnissen hinsichtlich Patientenedukation. *Pflegezeitschrift*, 66 (8), S. 488 – 493.

Siebenthal, D. (2011). *Selbstmanagement – Theoretischer Hintergrund*. *Wund Management*, 5 (6), S. 302 – 305.

Sonntag, K.; Reibnitz, von, C.; Strackbein, D. (2017). *Die Rolle der Beratung in der Pflege*. In: Reibnitz, von, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (Hrsg.): *Patientenorientierte Beratung in der Pflege. Leitfäden und Fallbeispiele*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 33 – 49.

Sunder, N.; Segmüller T. (2017). *Pflegebezogene Patientenedukation in Deutschland – ein deskriptives Update*. In: Segmüller, T. (Hrsg.). *Beraten, Informieren und Schulen. Ausgewählte Beiträge der Sektionsarbeit. Sektion BIS – Beraten, Informieren, Schulen*. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e. V., Duisburg, S. 5 – 34.

SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung. Bonn. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/kurzf-de00.pdf (01.09.2018).

SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Gutachten 2003. Kurzfassung. Bonn. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2003/kurz-de03.pdf (01.09.2018).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. Bonn. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (01.09.2018).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Sondergutachten 2012. Kurzfassung. Bonn. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf (01.09.2018).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten 2014. Langfassung. Bonn, Berlin. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (01.09.2018).

Uschok, A. (2011). „Den Patienten eine Stimme geben“ – Die organisatorische Umsetzung zur Förderung des Selbstmanagement in der Wundversorgung. *Wund Management*, 5 (6), S. 306 – 309.

Vdek – Verband der Ersatzkassen. Landesvertretung Nordrhein-Westfalen (o. A.) *Muster Anlage a zur Vergütungsvereinbarung ab 01.01.2017*. - https://www.vdek.com/LVen/NRW/Service/Pflegeversicherung/Ambulante_Pflege/_jcr_content/par/download_7/file.res/Muster_Anlage%20a%20zur%20Vergütungsvereinbarung%20ab%202017_01_01.pdf (01.09.2018).

Wörmann, M. (2003). *Personenzentrierte Beratung durch Pflegende*. In: Schneider K.; Brinker-Meyendriesch, E.; Schneider A. (Hrsg.): *Pflegepädagogik für Studium und Praxis*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, S. 57 – 75.

Zegelin, A. (2012). *Mikroschulungen – ein pflegegeeignetes, praxisnahes Format*. Grundlagen und pädagogische Orientierungen. PADUA, 7 (2), S. 56 – 59.

Anhang 1

Erläuterungen zu den Assessmentinstrumenten zur Erfassung des Edukationsbedarfs bei Menschen mit chronischen Wunden

Cardiff Wound Impact Schedule – deutsche Version (CWIS)

Der CWIS ist ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Wunden (vgl. DNQP, 2015, S. 66). Er besteht aus drei Skalen mit 47 Items. Der Patient wird zu seinem Wohlbefinden, seinen physischen Symptomen, zum täglichen und sozialen Leben und zur allgemeinen Lebensqualität befragt (vgl. DNQP, 2009a, S. 88).

Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege – Prävention Diabetisches Fußsyndrom (FAS-PräDiFuß)

FAS-PräDiFuß ist ein Instrument zur Messung der Selbstpflege bei Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom (vgl. DNQP, 2015, S. 71). Der Katalog besteht aus insgesamt 19 Aussagen zu alltäglichen Selbstpflegetätigkeiten, die ein Patient mit Diabetischem Fußsyndrom ausführen sollte, um weitere Verletzungen oder Komplikationen zu vermeiden. Der Betroffene muss auf einer fünfstufigen Rating-Skala beantworten, wie oft er diese Tätigkeiten durchführt. Die Fragen umfassen die Bereiche Selbstkontrolle der Füße, Inanspruchnahme von professioneller Fußpflege und Selbstkontrolle von Schuhen und Strümpfen (vgl. DNQP, 2015, S. 138 ff.).

Freiburger Life Quality Assessment plus Kernmodul Wunden (FLQA-w)

Der FLQA-w ist ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Wunden. Dieses Assessmentinstrument besteht aus sechs Skalen zu den Themen physische Beschwerden, Alltagsleben, soziales Leben, psychisches Wohlbefinden, Zufriedenheit und Therapie. Die Lebensqualität bei chronischen Wunden wird anhand von 29 Items erfasst (vgl. DNQP, 2015, S. 67 f.).

Wittener Aktivitätenkatalog der Selbstpflege bei venös bedingten offenen Beinen (WAS-VOB):

Der WAS-VOB ist ein Instrument zur Messung der Selbstpflege bei Patienten mit Ulcus cruris venosum (vgl. DNQP, 2015, S. 72). Es handelt sich um eine Liste von Maßnahmen. Einige davon wirken sich positiv auf die Wunde bzw. Venenerkrankung

aus. Andere sollten von den Betroffenen eher gemieden werden. Die Betroffenen sind aufgefordert anzugeben, inwieweit die Aussagen auf sie persönlich für das vergangene Jahr zutreffen. Der Katalog besteht aus insgesamt 59 Items (vgl. DNQP, 2015, S. 128 ff.).

Wound-QoL

Der Wound-QoL ist ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Wunden (vgl. DNQP, 2015, S. 68). Der Fragebogen besteht aus 17 Items, die die Beeinträchtigungen durch die Wunde und Wundtherapie innerhalb der letzten sieben Tage erfragen. Dabei geht es um die Dimensionen Alltagsleben, Körper und Psyche. Die Fragen werden mithilfe einer fünf-stufigen Rating-Skala beantwortet (vgl. DNQP, 2015, S. 68, S. 124 ff.).

Würzburger Wundscore (WWS)

Der Würzburger Wundscore ist ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden (vgl. DNQP, 2015, S. 66). Er kann für Patienten mit arteriellen, venösen und diabetisch-angiopathischen Wunden genutzt werden. In 19 Items werden die Themen Schmerz, Emotionen, Schlaf, Finanzen, tägliche Aktivitäten, Mobilität, Urlaub, soziale Isolation, Kranksein, psychische Stimmung, Heilungsüberzeugung, Angst vor Amputation, Lebenserwartung, Mobilitätshilfen und Zeit für Wundversorgung abgefragt (vgl. DNQP, 2009a, S. 88).

Wund- und Therapiebedingte Einschränkungen der Lebensqualität (WTELQ)

Der WTELQ ist ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Wunden. Dieses Assessmentinstrument erfragt die allgemeine und wundbezogene Anamnese, Selbstmanagementkompetenzen und -möglichkeiten, sowie Einschränkungen der Lebensqualität (vgl. DNQP, 2015, S. 67 f.).

Quellenangaben zu Anhang 1:

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009a). *Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015). *Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. 1. Aktualisierung 2015 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

Anhang 2

Erläuterungen zu den Theorien, Konzepten und Modellen als theoretische Grundlagen für Patientenedukation

Behavioristische Lerntheorie

Der Mensch „lernt“ durch die Konsequenzen seines Verhaltens. Angenehme Konsequenzen verstärken sein Verhalten, unangenehme Konsequenzen schwächen es (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 26).

Beratungsleitfaden

Der Beratungsleitfaden ist eine Technik zur Unterstützung von Beratungsgesprächen. Der Leitfaden soll Beratungsschwerpunkte aufführen, an denen sich der Berater im Gespräch orientieren kann, um alle relevanten Aspekte anzusprechen (vgl. Reibnitz et al., 2017c, S. 70).

Coaching/Case Management

Coaching und Case Management stellen eine anwaltschaftliche Unterstützung der Patienten dar, um deren Sicherheit zu verbessern. Im Rahmen von Patientenedukation besteht ihre Aufgabe darin, Selbststeuerungsfähigkeiten zu remobilisieren und Bewältigungskompetenzen zu stärken (vgl. Schaeffer, Petermann, 2015, online).

Common-Sense-Selbstregulationsmodell

Das Common-Sense-Selbstregulationsmodell des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens nach Leventhal et al. ist ein psychologisches Grundlagenmodell, das die Regulationsprozesse bei der Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Bedrohung und Krankheit erklären soll. Die Regulationsprozesse laufen über mehrere Phasen sowohl kognitiv als auch emotional ab (vgl. Salewski, 2018, online).

Empowerment

Im Kontext des Gesundheitswesens bedeutet Empowerment, dass der Patient befähigt werden soll, sein Schicksal selbst in die Hand zu nehmen (vgl. Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V., 2017, online). Unter Empowerment werden

Strategien und Maßnahmen verstanden, die die Selbständigkeit und Autonomie im Leben der Menschen steigern und sie in die Lage versetzen, ihre Belange selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten (vgl. GKV-Spitzenverband, 2008, S. 11).

Ermutigung/Hoffnung

Ermutigung/Hoffnung wird als theoretisches Konzept in der Patientenedukation angesehen. Pflegerische Patientenedukation soll sich an Ermutigung und Hoffnung orientieren. Dieses Konzept ähnelt der Steigerung des Kohärenzgefühls aus der Theorie der Salutogenese (vgl. Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V., 2017, online).

EWE-Prinzip

Das EWE-Prinzip beschreibt die Kernmerkmale einer personenzentrierten Gesprächsführung. Diese sind: Empathie, Wertschätzung und Echtheit (vgl. Reibnitz et al., 2017c, S. 65 ff.).

Fünf-A-Modell

Das Fünf-A-Modell ist ein Leitfaden in fünf Schritten, der die Vorbereitung, Umsetzung und Überprüfung einer Verhaltensänderung unterstützt. Nach Erfassung von Risikofaktoren und Ressourcen zur Verhaltensänderung (Assess) wird der Betroffene beraten (Advise). Anschließend gibt es eine gemeinsame Entscheidung zur Verhaltensänderung (Agree) und Hilfestellung bei der Umsetzung (Assist). Bei einer Nachuntersuchung (Arrange) können die vorherigen Schritte aktualisiert oder vertieft werden (vgl. Sailer, 2015, S. 510).

Gesundheitskompetenz (Health Literacy)

Gesundheitskompetenz umfasst Wissen, Motivation und Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen und diese zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen. Ziel der Gesundheitskompetenz ist es, Gesundheit zu erhalten oder sich im Krankheitsfall im Gesundheitssystem zurechtzufinden, um die benötigte Unterstützung zu erhalten, informierte Entscheidungen treffen zu können und sich partizipativ am Behandlungsprozess zu beteiligen (vgl. Sørensen et al., 2012, S. 3 zit. n. Schaeffer et al., 2016, S. 6 f.).

Health-Belief-Modell

Das Health-Belief-Modell gehört zu den Gesundheitsverhaltensmodellen aus dem Fachbereich der Psychologie (vgl. Schmidt, Dlugosch, 1997, S. 38). Im Health-Belief-Modell wird davon ausgegangen, dass eine Person voraussichtlich erst etwas für ihre Gesundheit tut, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- Die Person glaubt, dass der infrage kommende Krankheitszustand sie betreffen kann und dieser ihr Leben ernsthaft beeinflussen wird.
- Die Person ist der Meinung, dass die Vorteile, etwas zu verändern, die Barrieren dagegen überwiegen.
- Die Person vertraut darauf, notwendige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung vollbringen zu können (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 19).

Integratives Beratungsmodell

Das integrative Beratungsmodell nach Sander ist ein personenbezogenes Beratungsmodell. Probleme lassen sich in drei Erfahrungsfelder (Lebenswelterfahrung, Beziehungserfahrung und Selbsterfahrung) einordnen. Diesen werden folgende drei Beratungsangebote zur Lösung oder Bewältigung der Probleme gegenübergestellt:

- Information und Orientierung zur Aneignung von Wissen, Sachverhalten und als Handlungsgrundlage
- Deutung und Klärung, um Erlebtes, Erfahrungen, Unbekanntes, Einstellungen und mögliche Zusammenhänge ordnen zu können
- Handlung und Bewältigung in Form von Übungen, Handlungserprobung und Kompetenzerwerb

Hierdurch entsteht eine Matrix mit neun Typen. So soll eine Systematisierung der Beratung erfolgen mit einem auf den Klienten abgestimmten Beratungsangebot (vgl. Sander, 1999, S. 34 ff. zit. n. Wörmann, 2003, S. 70 f. und Hüper, Hellige, 2015, S. 96).

Kognitive Lerntheorie

Der Mensch lernt durch Entwicklung von Erkenntnis und Verständnis. Es geht vor allem darum, komplexe Sachverhalte, logisches Denken und Problemlösungen zu verstehen und umzusetzen (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 28).

Kooperatives Pflegeberatungsmodell

Hüper und Hellige beschreiben ein kooperatives Pflegeberatungsmodell für chronisch Kranke und ihre Angehörigen. Dieses Konzept umfasst den gesamten Prozess professioneller Beratung in der Pflege. Es integriert die Pflege- und Krankheitsverlaufskurve nach Corbin und Strauss, die Theorie der Salutogenese nach Antonovsky und das integrative Beratungsmodell nach Sander als theoretische Grundlage (vgl. Hüper, Hellige, 2015, S. 51 f.).

Kooperativ-vernetzte Beratung

Diese Methode zur Gesprächsführung und Gestaltung von Beratung gibt eine klare Struktur vor, um ein Problem ressourcen- und lösungsorientiert anzugehen (vgl. Reibnitz et al., 2017c, S. 67 f.).

Lösungsorientierte Beratung nach Bamberger

Bei diesem Beratungsansatz werden lösungsrelevante Ressourcen des Patienten durch ein Beratungsgespräch aktiviert (vgl. Reibnitz et al., 2017b, S. 21).

Motivierende Gesprächsführung

Zur Förderung der Motivation wird die motivierende Gesprächsführung als mögliche Intervention beschrieben. Sie ist ein klientenzentrierter, zielgerichteter Beratungsstil, der fünf Beratungstechniken umfasst, die einer Person helfen sollen, sich für ein gesundheitsförderndes Verhalten zu entscheiden. Zu den Techniken gehören: Empathie zeigen, Diskrepanz erzeugen, Auseinandersetzung vermeiden, mit Widerstand flexibel umgehen und Selbstwirksamkeit stärken (vgl. Adamian et al., 2004 zit. n. Klug Redmann, 2009, S. 22 f.).

NURSE-Modell

Das NURSE-Modell beschreibt Techniken zum Umgang mit Emotionen im Beratungsgespräch. Diese lauten: Naming (Emotionen benennen), Understanding (Verständnis für die Emotionen zeigen), Respecting (Anerkennung gegenüber dem Patienten aussprechen), Supporting (Unterstützung anbieten), Exploring (weitere Aspekte zur Emotion herausfinden) (vgl. SAMW, 2013, S. 25 f.).

Patientenorientierte Beratung nach Rogers

Bei diesem Beratungsansatz wird der Patient unterstützt, sich mit seinen Gefühlen auseinanderzusetzen, um seine Individualität und eigenen Ressourcen zu entdecken (vgl. Reibnitz et al., 2017b, S. 21 f.).

Realitäten- und Ideenellner

Dies ist ein Konzept zur Beratung, bei dem der Patient oder Angehörige mehrere Optionen vorgestellt bekommt, von denen er selbst entscheiden kann, was er umsetzen möchte (vgl. Reibnitz et al., 2017c, S. 68 ff.).

Salutogenese

Das salutogenetische Modell nach Antonovsky beschäftigt sich mit der Frage, was Menschen gesund macht bzw. gesund hält. Der Fokus liegt auf gesundheitsfördernden Ressourcen und möglichen Widerständen statt auf Krankheitsentstehen und -behandlung. Antonovsky geht dabei von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus. Gesundheit und Krankheit bezeichnen die gegenseitigen Pole. Dazwischen platziert sich eine Person – je nach Befinden – mal näher Richtung Gesundheit, mal näher Richtung Krankheit (vgl. Antonovsky, 1997, S. 23 ff., 29; Hüper, Hellige, 2015, S. 76 f.). Inwieweit es einem Menschen gelingt, auf der gesunden Seite des Kontinuums zu leben, hängt von seinem Kohärenzgefühl und den Widerstandsressourcen ab, mit denen er Stressoren begegnet. Das Kohärenzgefühl entsteht aus den bisherigen Lebenserfahrungen und formt sich aus der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit (vgl. Antonovsky, 1997, S. 36 f.; Hüper, Hellige, 2015, S. 78 ff.). Wer seine Umwelt versteht, Abläufe vorausschauend erkennen kann und unbekannte Situationen zu strukturieren und einzuordnen weiß, wer Selbstvertrauen in die eigene Problemlösung hat und sich der Hilfe durch vertraute Menschen für die Bewältigung von Anforderungen sicher ist, und wer die Fähigkeit besitzt, sein Leben sinnvoll zu führen und mitzugestalten, der hat ein hohes Kohärenzgefühl (vgl. Antonovsky, 1997, S. 39 ff.; Hüper, Hellige, 2015, S. 79 f.).

Selbstmanagement

Die Förderung des Selbstmanagements zielt darauf ab, Patienten in ihrem Umgang und der Bewältigung ihrer Krankheitssituation in ihrem Alltag zu unterstützen. Hierzu gibt es aus den USA und aus Großbritannien unterschiedliche Ansätze. Vor allem bei chronischen Erkrankungen ist das Konzept weit verbreitet (vgl. Schaeffer, Petermann,

2015, online; Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V., 2017, online).

Selbstpflegetheorie

Die Selbstpflegetheorie nach Orem ist eine Pflegetheorie, die sich in drei Untertheorien gliedert: 1. Die Theorie der Selbstpflege: Die Selbstpflegetherorien beschreiben den Bedarf an Selbstpflege, die ein Mensch benötigt, um sein Leben in Gesundheit und Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Dabei werden allgemeine, entwicklungsbedingte und gesundheitsbedingte Selbstpflegetherorien unterschieden. 2. Die Theorie des Selbstpflegetheories: Gibt es eine Diskrepanz zwischen den Selbstpflegefähigkeiten und dem aktuellen Selbstpflegebedarf, besteht ein Selbstpflegetheories. Dies kann bedingt sein durch eingeschränkte Selbstpflegefähigkeiten oder aber auch durch einen erhöhten Selbstpflegebedarf (z. B. im Rahmen einer Krankheit). 3. Die Theorie der Pflegesysteme: Zum Ausgleich eines Selbstpflegetheories stehen verschiedene Pflegesysteme zur Verfügung: das vollständig-kompensatorische Pflegesystem, bei dem die Pflegekraft Pflegehandlungen vollständig übernimmt; das teilweise kompensatorische Pflegesystem, bei dem die Pflegekraft zusammen mit der pflegebedürftigen Person Handlungen durchführt; das unterstützend-erzieherische Pflegesystem, bei dem die Pflegekraft eine anleitende Rolle übernimmt, sodass die pflegebedürftige Person die Pflegehandlung selber ausführen kann (vgl. Hein, 2017, S. 63 ff.).

Sozial-kognitive Lerntheorie

Nach dieser Lerntheorie lernt der Mensch durch Beobachtung anderer (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 28).

Soziale Unterstützung

Theorien aus den Sozialwissenschaften zeigen, dass Menschen in Krisensituationen gegenseitig Unterstützung suchen. Dies sollte bei der Patienten- und Angehörigenedukation berücksichtigt werden. Deshalb gilt soziale Unterstützung als ein theoretisches Konzept der Patientenedukation (vgl. Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V., 2017, online).

Subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien/Kultursensible Aspekte

Subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien sowie kultursensible Aspekte gehören zu den theoretischen Grundlagen der Patientenedukation. Menschen versuchen, sich ihr Krankheitsgeschehen selbst zu erklären. Ihre subjektiven Deutungsmuster können wichtige Ansatzpunkte für die individuelle Patientenedukation sein. Zudem ist es für eine gute Zusammenarbeit mit dem Patienten wichtig, sich bei Patienten aus anderen Kulturkreisen mit deren kulturellen Hintergründen zu beschäftigen (vgl. Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V., 2017, online).

Theorie der Selbstwirksamkeit

Die Theorie der Selbstwirksamkeit nach Bandura beschreibt, dass der Mensch von sich überzeugt sein muss, dass er eine Aufgabe bewältigen kann, damit er diese überhaupt angeht. Die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst das eigene Handeln. Sie definiert sich aus der persönlichen Einschätzung der eigenen Kompetenzen. Diese Selbstwirksamkeitserwartung kann positiv beeinflusst werden durch positive eigene Erfahrungen, Zuspruch durch andere (soziale Unterstützung), Erfolge anderer (Modelllernen) und positiven körperlichen Begleiterscheinungen (vgl. Stangl, 2018, online).

Trajekt-(Verlaufskurven-)Modell

Die Pflege- und Krankheitsverlaufskurve nach Corbin und Strauss berücksichtigt die unterschiedlichen Anpassungs- und Bewältigungsleistungen der Patienten und deren Angehörigen bei einer Erkrankung. Es wird zwischen akuten Phasen, Normalisierungsphasen, stabiler und instabiler Phase, Phasen der Verschlechterung und Sterbephase unterschieden, die Patient und Angehörige teils episodenhaft durchlaufen (vgl. Corbin, Strauss, 2004, S. 60). In jeder Phase gilt es unterschiedliche medizinische, psychologische und soziale Probleme zu bewältigen, weshalb es zu Beginn der professionellen Beratung darum geht, die aktuelle Phase mit den jeweiligen individuellen Herausforderungen zu benennen, um darauf die pflegerische Beratung aufbauen zu können (vgl. Corbin, Strauss, 2004, S. 58 f.; Hüper, Hellige, 2015, S. 55 f., S. 62 f.).

Transaktionales Stress- und Coping-Modell

Das transaktionale Stress- und Coping-Modell nach Lazarus und Folkman beschreibt die Entstehung und Bewältigung von Stress. Ob eine Situation als Stress empfunden

wird, hängt von der kognitiven Bewertung personenspezifischer und umweltspezifischer Faktoren ab. Wird eine Situation als gewinnbringend oder motivational irrelevant bewertet, entsteht kein Stress. Stressbegünstigend ist dagegen, wenn eine Situation die eigenen Ressourcen strapaziert oder überfordert. Zur Stressbewältigung (Coping) werden die problemorientierte und emotionsorientierte Bewältigung unterschieden. Erstere versucht, die Ursache des Problems zu verändern oder die eigenen Ressourcen auszubauen. Zweitere versucht, die stressassoziierten Emotionen zu regulieren. Bewertung und Bewältigung von Stress haben Auswirkungen auf die langfristige emotionale, gesundheitliche und soziale Anpassung des Individuums (vgl. Knoll, 2018, online).

Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

Das transtheoretische Modell beschreibt fünf verschiedene Stadien, die bis zu einer langfristigen Verhaltensänderung durchlaufen werden müssen. Dazu zählen das Absichtslosigkeitsstadium, das Absichtsbildungsstadium, das Vorbereitungsstadium, das Handlungsstadium und das Aufrechterhaltungsstadium (vgl. Klug Redmann, 2009, S. 21).

Wittener Werkzeuge (Double Care Beratungsansatz in der Pflege)

Bei den Wittener Werkzeugen handelt es sich um eine Reihe von Werkzeugen zur Unterstützung einer pragmatischen, anwendungsorientierten Umsetzung pflegerischer Beratungsgespräche (vgl. Kocks, Segmüller, 2012, S. 60 ff.; Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V., 2017a, online).

WWSZ-Techniken

Warten, Wiederholen, Spiegeln und Zusammenfassen (WWSZ) sind Techniken für ein patientenorientiertes Gespräch (vgl. Reibnitz et al., 2017c, S. 63 f.).

Quellenangaben zu Anhang 2:

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Herausgabe von Franke, A. Tübingen: dgvt-Verlag.

Corbin, J. M.; Strauss, A. L. (2003). *Weiterleben lernen*. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Aus dem Englischen von A. Hildenbrand. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

GKV-Spitzenverband (2008). *Beratungsleitfaden*. Anhang I. Pflege- und Wohnberatung. Modellprojekt Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen und das Land Niedersachsen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/case_und_care/Anhang_I_Beratungsleitfaden_Maerz_2008_10285.pdf (01.09.2018).

Hein, B. (2017). *Dorothea Orem: Selbstpflege-Defizit-Theorie*. In: Breuer, R.; Ecker, A.; Fichtl, C.; Hein, B.; Hollich, S.; Lunk, S. (Hrsg.): *Altenpflege konkret*. Pflgetheorie und -praxis. München: Elsevier Verlag, S. 63 – 65.

Hüper, C.; Hellige, B. (2015). *Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke*. Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden. 3. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Klug Redman, B. (2009). *Patientenedukation*. Kurzlehrbuch für Pflege und Gesundheitsberufe. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von A. Abt-Zegelin und M. Tolsdorf. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Kocks, A.; Segmüller, T. (2012). „Wittener Werkzeuge“ Ein Double Care Beratungsansatz in der Pflege. *PADUA*, 7 (2), S. 60 – 62.

Knoll, N. (2018). Stichwort: *Stressmodell, transaktionales*. In: Wirtz, M. A. (Hrsg.): *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Online. <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/stressmodell-transaktionales/> (01.09.2018).

Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V. (2017). *Theoretische Konzepte*. Online. <https://patientenedukation.de/themen/theoretische-konzepte> (01.09.2018).

Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V. (2017a). *Wittener Werkzeuge*. Online. <https://patientenedukation.de/themen/wittener-werkzeuge> (01.09.2018).

Reibnitz, von, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (2017b). *Beratungsansätze*. In: Reibnitz, von, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (Hrsg.): *Patientenorientierte Beratung in der Pflege. Leitfäden und Fallbeispiele*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 19 – 24.

Reibnitz, von, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (2017c). *Gesprächstechniken in der Beratung*. In: Reibnitz, von, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (Hrsg.): *Patientenorientierte Beratung in der Pflege. Leitfäden und Fallbeispiele*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 61 – 71.

Sailer, M. (2015). *Patientenedukation*. In: Panfil, E.-M.; Schröder, G. (Hrsg.): *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. Lehrbuch für Pflegende und Wundexperten. 3. korrigierte und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 491 – 512.

SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.) (2013). *Kommunikation im medizinischen Alltag*. Ein Leitfaden für die Praxis. Basel.

Salewski, C. (2018). Stichwort: *Common-Sense-Selbstregulationsmodell (CSM)*. In: Wirtz, M. A. (Hrsg.): *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. online. <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/common-sense-selbstregulationsmodell-csm/> (01.09.2018).

Schaeffer, D.; Petermann, F. (2015). *Patientenedukation*. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BzgA. Online. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/?id=angebote&idx=129> (01.09.2018).

Schaeffer, D.; Vogt, D; Berens, E. M.; Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland*. Ergebnisbericht. Geringfügig überarbeitete Fassung vom 27.02.2017. Universität Bielefeld. http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf (01.09.2018).

Schmidt, L. R.; Dlugosch, G. E. (1997). *Psychologische Grundlagen der Patientenschulung und Patientenberatung*. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Patientenschulung und Patientenberatung*. Ein Lehrbuch. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, S. 23 – 51.

Stangl, W. (2018). Stichwort: *Selbstwirksamkeit*. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. online. <http://lexikon.stangl.eu/1535/selbstwirksamkeit-selbstwirksamkeitserwartung/> (01.09.2018).

Wörmann, M. (2003). *Personenzentrierte Beratung durch Pflegende*. In: Schneider K.; Brinker-Meyendriesch, E.; Schneider A. (Hrsg.): *Pflegepädagogik für Studium und Praxis*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, S. 57 – 75.

Anhang 3

Fragebogen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich bitte alle interessierten Pflegefachkräfte in Deutschland, die – unter anderem – im Bereich chronischer Wundversorgung tätig sind, an meiner Umfrage teilzunehmen.

Im Rahmen meiner Bachelor-Thesis des Fernstudiengangs Pflegemanagement B. A. an der Apollon-Hochschule in Bremen untersuche ich die pflegerische Patientenedukation im Kontext der chronischen Wundversorgung.

Unter Patientenedukation wird die Information, Beratung, Anleitung und Schulung der Patienten und deren Angehörigen verstanden. Durch Edukation sollen Patienten und deren Angehörige in ihren gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen gestärkt werden. Sie sollen befähigt werden, eigene Strategien zu entwickeln, um mit ihrer Erkrankung leben zu können und aktiv an der Behandlungsgestaltung mitzuwirken.

In dem nachfolgenden Fragebogen geht es darum, wie Sie als Pflegefachkraft die Umsetzung der Patientenedukation im Rahmen der chronischen Wundversorgung erleben.

Mit der Teilnahme an dieser Befragung helfen Sie mit, Erkenntnisse zum heutigen Umsetzungsstand zu gewinnen, um daraus Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen und der Vorbereitung auf die Aufgabe der Patientenedukation abzuleiten.

Bitte nehmen Sie sich ca. 10 Minuten Zeit, um den Fragebogen auszufüllen.

Selbstverständlich ist die Teilnahme freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden.

Bitte lesen Sie jede Frage in Ruhe durch und beantworten alle Fragen.

Sollten Mehrfachnennungen zur Antwort möglich sein, ist dies angegeben. Ist nichts vermerkt, ist nur eine Antwort möglich.

Verstehen Sie bitte alle Fragen im Kontext der chronischen Wundversorgung und auf Ihren aktuellen Arbeitsplatz bezogen.

Die erhobenen Daten werden ausschließlich zum Zweck der Befragung verwendet. Personenbezogene Daten, die Rückschlüsse auf einzelne Personen ermöglichen würden (z. B. Namen, Geburtsdatum, Adressen, IP-Adressen etc.), werden nicht erhoben oder gespeichert. Alle Antworten bleiben anonym.

Sollten Sie Fragen haben oder Interesse bestehen an den Umfrageergebnissen, können Sie mich gerne kontaktieren: Michaela-Wiese@gmx.de

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1.) Patienten mit chronischen Wunden und deren Angehörige sollen durch Information, Beratung, Anleitung und Schulung in ihren gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen gefördert werden (siehe Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden).

Welche Aspekte spielen an Ihrem aktuellen Arbeitsplatz Ihrer Erfahrung nach tatsächlich im pflegerischen Alltag bei der Patientenedukation bei Menschen mit chronischen Wunden eine Rolle?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Variablen		Code	1 nie	2 selten	3 häufig	4 sehr oft
v_1.1	Erklärungen zum Krankheitsbild (z. B. Wundentstehung und -heilung, notwendige und mögliche Therapien ...)					
v_2.1	Hinweise zur Wundbeobachtung und -beurteilung					
v_3.1	Beratung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen (z. B. Schmerz, Exsudat, Geruch, Mobilitätseinschränkungen ...)					
v_4.1	Anleitung zur Durchführung eines Verbandwechsels					
v_5.1	Anleitung zur Durchführung von Kausal- und Begleittherapien (z. B. Druckentlastung, Kompression etc.)					
v_6.1	Erklärungen zum Einsatz von und Umgang mit Hilfsmitteln					
v_7.1	Tipps zur Hautpflege					
v_8.1	Empfehlungen zur Ernährung					
v_9.1	Informationen zu (Rezidiv-) Prophylaxemaßnahmen					
v_10.1	Informationen zur Beschaffung von Verbandmaterialien und Hilfsmitteln					
v_11.1	Informationen über Leistungsansprüche und weitere Unterstützungsmöglichkeiten					
v_12.1	Sonstiges					
v_13.1	(Fehlende Aspekte bitte benennen!)					

2.) In welchem Setting führen Sie Patientenedukation durch?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Variablen		Code	1 nie	2 selten	3 häufig	4 sehr oft
v_14.2	zu Beginn des pflegerischen Auftrags/beim Erstbesuch					
v_15.2	während des Verbandwechsels					
v_16.2	im Anschluss an die Behandlung/Pflege					
v_17.2	während anderer pflegerischer Tätigkeiten					
v_18.2	bei einem separaten Termin					
v_19.2	im Rahmen von geplanten Pflegevisiten/Wundvisiten					
v_20.2	im Rahmen des Entlass-/Überleitungsmanagements					
v_21.2	zusammen mit Angehörigen					
v_22.2	als organisierte Schulungen für Patienten/Angehörige					
v_23.2	Sonstiges:					
v_24.2	(Bitte benennen!)					

3.) Nutzen Sie Informationsbroschüren/-flyer zur Unterstützung der Patientenedukation?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Variablen		Code	1 nie	2 selten	3 häufig	4 sehr oft
v_25.3	Broschüren/Flyer von Fachgesellschaften					
v_26.3	Broschüren/Flyer von Produktfirmen					
v_27.3	Broschüren/Flyer, die in der Einrichtung selbst erstellt wurden					

4.) Wie ist pflegerische Patientenedukation zur chronischen Wundversorgung in Ihrer Einrichtung organisiert?

(Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachnennungen möglich)

		Code	0 trifft nicht zu	1 trifft zu
Variablen				
v_28.4	Der Bedarf an edukativen Maßnahmen wird systematisch erfasst (z. B. mit Hilfe von Assessmentbögen, Checklisten etc.)			
v_29.4	Patientenedukation findet anlassbezogen/auf Nachfrage des Patienten/Angehörigen statt.			
v_30.4	Themen/Inhalt der durchgeführten Patientenedukation werden dokumentiert.			
v_31.4	Ergebnisse/Auswirkungen der Patientenedukation werden durch gezielte Fragestellungen überprüft			
v_32.4	Durch Kontrolle während einer durch den Pat./Ang. durchgeführten Pflegehandlung (z. B. Verbandswechsel) wird das Ergebnis der Patientenedukation überprüft.			
v_33.4	Ergebnisse/Auswirkungen der Patientenedukation werden dokumentiert.			
v_34.4	Es gibt keine klare Struktur zur Durchführung von Patientenedukation.			

5.) Welche Faktoren halten Sie davon ab, edukative Maßnahmen bei Menschen mit chronischen Wunden durchzuführen?

(Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachnennungen möglich)

		Code	0 trifft nicht zu	1 trifft zu
Variablen				
v_35.5	Ich fühle mich auf dem Gebiet chronische Wundversorgung fachlich zu unsicher.			
v_36.5	Mir fehlt es an Wissen, wie ich edukative Maßnahmen am besten angehen und umsetzen soll.			
v_37.5	Mir fehlt es an theoretischem Grundlagenwissen zur Patientenedukation (z. B. Lerntheorien, Beratungskonzepte etc.)			
v_38.5	Ich finde schwer Zugang zum Patienten/seinen Angehörigen, um Themen zur Edukation anzusprechen.			
v_39.5	Es fehlt mir an Zeitressourcen.			
v_40.5	Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sich der Aufwand für Patientenedukation nicht lohnt. (Aufwand und Nutzen stehen in keinem angemessenen Verhältnis zueinander.)			
v_41.5	Es gibt andere Personen in meiner Einrichtung, die für edukative Maßnahmen zuständig sind.			
v_42.5	Keine, ich führe immer edukative Maßnahmen durch.			
v_43.5	Sonstiges			
v_44.5	(Bitte benennen!):			

6.) Wie beurteilen Sie aus Ihrer Erfahrung heraus folgende Aussagen im Kontext der chronischen Wundversorgung?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Code		1 trifft über- haupt nicht zu	2 trifft manch- mal/ein bisschen zu	3 weiß nicht	4 trifft meistens/ größten- teils zu	5 trifft voll zu
Variablen						
v_45.6	Patientenedukation ist fester Bestandteil meiner täglichen Arbeit.					
v_46.6	Patientenedukation führt zu einer verbesserten Adhärenz/Therapietreue.					
v_47.6	Patientenedukation hilft den Patienten/Angehörigen, besser mit ihrer Situation zurecht zu kommen.					
v_48.6	Viele Patienten sind beratungsresistent.					
v_49.6	Der Patientenedukation muss an meinem Arbeitsplatz mehr Zeit eingeräumt werden.					
v_50.6	Komplexe Beratungsgespräche delegiere ich lieber an Kollegen weiter.					
v_51.6	Zum Thema Patientenedukation sollten mehr Schulungsangebote für die Fachkräfte angeboten werden.					
v_52.6	Patientenedukation ist für den Leistungserbringer finanziell unattraktiv.					
v_53.6	Patientenedukation braucht regelmäßige Wiederholung.					

Zum Schluss noch ein paar Fragen zu Ihrer Person ...

7.) Wie alt sind Sie?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Variable	v_54.7 Wie alt sind Sie?	
Code		
1	< 26 Jahre	
2	26-35 Jahre	
3	36-45 Jahre	
4	46-55 Jahre	
5	> 55 Jahre	

8.) Welchen beruflichen Abschluss haben Sie?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Variable		v_55.8
Code	Welchen beruflichen Abschluss haben Sie?	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger/in	
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	
3	Altenpfleger/in	
4	Sonstiges v_56.8 (Bitte benennen!):	

9.) In welchem Zeitabschnitt haben Sie Ihr Examen in der (Kinder-) Krankenpflege/Altenpflege gemacht?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Variable		v_57.9
Code	In welchem Zeitabschnitt haben Sie Ihr Examen in der (Kinder-) Krankenpflege/Altenpflege gemacht?	
1	vor 1988	
2	1988-2006	
3	2007-2015	
4	nach 2015	

10.) Haben Sie zusätzlich einen Hochschulabschluss?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Variable		v_58.10
Code	Haben Sie zusätzlich einen Hochschulabschluss?	
1	Nein, kein Hochschulabschluss	
2	Ja, Abschluss eines pflegespezifischen Studiums	
3	Ja, anderweitiger Hochschulabschluss	

11.) Haben Sie eine zertifizierte wundbezogene Weiterbildung/Zusatzqualifikation?

(z. B. Wundassistent/in DDG, Wundassistent/in oder Wundtherapeut/in WAcert DGfW, Wundexperte/in oder Fachtherapeut/in oder Pflegetherapeut/in ICW oder ähnliches)

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Variable	v_59.11	
Code	Haben Sie eine zertifizierte wundbezogene Weiterbildung/Zusatzqualifikation?	
1	Nein	
2	Ja	

12.) In welchem Arbeitsbereich sind Sie derzeit tätig?

(Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachnennungen möglich)

Code		0 trifft nicht zu	1 trifft zu
Variablen			
v_60.12	ambulanter Pflegedienst		
v_61.12	ambulanter Pflegedienst (nur „Wundtouren“)		
v_62.12	stationäre Langzeitpflege		
v_63.12	Krankenhaus (Station)		
v_64.12	Krankenhaus (allgemeine Ambulanz)		
v_65.12	Krankenhaus (freigestellte/r Wundmanager/in)		
v_66.12	Wundambulanz oder Schwerpunktpraxis mit chronischen Wunden		
v_67.12	Sanitätshaus oder Home-Care		
v_68.12	Sonstiges		
v_69.12	(Bitte benennen!):		

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Thesis ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ort und Datum

Unterschrift

Freigabe für die Homepage und den Online-Campus

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die APOLLON Hochschule den Titel meiner Arbeit in Verbindung mit dem Erscheinungsjahr, Studiengang und Erstgutachter auf dem Online-Campus sowie auf der Homepage der APOLLON Hochschule veröffentlicht.

Ort und Datum

Unterschrift