

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Autonomie im Pflegeheim -
Eine Studie zu Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit
älterer Menschen**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum curae (Dr. rer. cur.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Ines Wulff

aus Schwerin

Datum der Promotion: 25.10.2013

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt	3
Zusammenfassung	6
Einleitung/Zielstellung	6
Methodik.....	7
Ergebnisse.....	10
Diskussion	13
Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen	21
Lebenslauf	22
Vollständige Publikationsliste	25
Erklärung	28
Danksagung	29
Publikationen	30

Abstrakt

Hintergrund

Eine große Herausforderung für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen sind die mit dem hohen Alter vermehrt auftretenden kognitiven und motorischen Beeinträchtigungen, welche eine Einschränkung der individuellen Autonomie darstellen können. Während einige Erkenntnisse zu Autonomie im Alter vorliegen, ist zu Autonomie von Pflegeheimbewohnern und –bewohnerinnen sowie wichtigen Einflussfaktoren im Setting Pflegeheim noch wenig bekannt. Es besteht eine Forschungslücke hinsichtlich der Selbsteinschätzung von Autonomie der Bewohner/innen mit unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten.

Methode

Bestehende Perspektiven zu Autonomie im Pflegeheim wurden analysiert und ein konzeptionelles Modell erarbeitet. Im Rahmen der Studie „Pain and Autonomy in the Nursing Home (PAIN)“ wurden quantitative Daten in einer Zufallsstichprobe von 560 Heimbewohnern und –bewohnerinnen in 40 Einrichtungen in Berlin/Brandenburg durch mündliche Befragung und Analyse der Pflegedokumentation von März 2009 bis April 2010 generiert. Die Studienteilnehmenden der Teilstichprobe (n=179), welche für die Analyse der subjektiv wahrgenommenen Autonomie mittels der deutschen Version der Hertz Perceived Enactment of Autonomy Scale (HPEAS_D) und die Entwicklung der Testkurzversion der HPEAS_D zur Verfügung standen, hatten keine bis leichte kognitive Einschränkungen. Für die Itemanalyse wurden die Schwierigkeitsindizes (p_i) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) bestimmt. Als weitere statistische Verfahren dienten eine Hauptkomponentenanalyse und ein Scree-Test sowie die Überprüfung der Eignung der Items mittels Kaiser-Meyer-Olkin- und Bartlett-Test.

Ergebnisse

Zentrale Aspekte des konzeptionellen Modells zu Autonomie im Pflegeheim sind Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit und deren Wechselwirkung im Kontext verschiedener Lebensbereiche. Die Analyse der Autonomie ergab einen Durchschnittswert auf der HPEAS_D von $101,1 \pm 14,5$ (54–122). Cronbach's alpha der Gesamtskala war 0,89. Die Werte der HPEAS_D standen in keinem Zusammenhang mit demografischen Faktoren und korrelierten mit der Selbstwirksamkeitserwartung und dem Vorhandensein von Schmerzen. Die Kurzversion HPEAS_{KD} besteht aus acht Items. Sie korreliert signifikant mit der gemessenen Selbstwirksamkeitserwartung ($r_s=0,58$) ebenso wie die Gesamtskala des HPEAS_D ($r_s=0,53$) und bildet gleichermaßen das Autonomieerleben der Bewohner/innen ab.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit liefert einen Beitrag zu theoretisch-konzeptionellen Grundlagen für die angemessene Erfassung und Förderung von Autonomie und trägt zu einem besseren Verständnis von Autonomie aus Bewohnerperspektive bei. Mittels der Testversion der Kurzfassung HPEAS_{KD} ist es möglich, die subjektiv wahrgenommene Autonomie der Bewohner/innen ohne und mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen zu erfassen. Somit stellt die Kurzform HPEAS_{KD} eine mit vergleichbarer Zuverlässigkeit aber mit weitaus geringerem Aufwand einsetzbare Skala dar. Diese Skala kann sowohl in Forschungsprojekten zur Operationalisierung von Autonomie verwendet als auch als ein praktisches Instrument für den Einsatz in stationären Pflegeeinrichtungen für die Erfassung von Autonomie aus Bewohnerperspektive betrachtet werden.

Autonomy in the Nursing Home - A Study on Self-determination and Capacity to Act of Elderly People

Abstract

Background

Major challenges for health care services are frequently occurring cognitive and physical impairments of elderly people in need of care that may constitute a restriction of individual autonomy. There are certain findings in terms of autonomy in old age; however, little is known about autonomy of nursing home residents and important influencing factors in the nursing home setting. A research gap exists regarding self-assessment of autonomy of residents in relation to different stages of cognitive impairment.

Methods

Existing perspectives on autonomy in nursing homes were analysed and a conceptual model was developed. In the study "Pain and Autonomy in the Nursing Home (PAIN)" quantitative data were generated in a random sample of 560 nursing home residents in 40 institutions in Berlin/Brandenburg by face-to-face interviews and analysis of nursing records from March 2009 to April 2010. The study participants of a sub-sample (n=179), which was available for the analysis of autonomy by means of the German version of the Hertz Perceived Enactment of Autonomy Scale (HPEAS_D) and for the development of the test version of the short form of the German version of the HPEAS_D, had no or mild limitations in their cognitive abilities. Estimation of coefficients and significance levels were analysed. Principle component analysis was conducted,

and factors were selected through scree plot and evaluated by using Kaiser-Meyer-Olkin measure and Bartlett's test of sphericity.

Results

Self-determination, capacity to act independently, and their interaction in context of various life activities are essential aspects of autonomy. The mean score of HPEAS_D was 101.1±14.5 (range 54–122). Cronbach's alpha was 0.89. Scores in HPEAS_D were not related to demographical factors but positively associated with increasing self-efficacy and absence of pain. The short version (HPEAS_{KD}) consists of eight items. Correlation analysis between the measured self-efficacy and HPEAS_{KD} ($r_s=.58$) or HPEAS_D ($r_s=.53$) demonstrated similar good results. Using the short test version HPEAS_{KD} it is possible to capture perceived autonomy of residents with mild and without cognitive impairments, alike.

Discussion

The present work contributes to theoretical and conceptual foundations for the adequate assessment and promotion of autonomy and adds to a more thorough understanding of autonomy from the resident's perspective. Using the short version HPEAS_{KD} it is possible to assess perceived autonomy of residents with and without mild cognitive impairment. Thus, having comparable reliability, the short form HPEAS_{KD} is a well applicable scale, but with much less expense for measuring perceived autonomy. It might be used both in research projects for the operationalization of autonomy and as a practical tool for use in residential long-term care facilities for the acquisition of autonomy from the resident's perspective.

Keywords: autonomy, nursing home, elderly people, self-report

Zusammenfassung

Einleitung/Zielstellung

„Autonomy is the perceived ability to control, cope with, and make personal decisions about how one lives on a day-to-day basis, according to one's own rules and preferences.“ [1, S. 13]

Im Hinblick auf die Zielgruppe älterer Menschen im Pflegeheim und aus der Perspektive der Betroffenen ist die Definition von Autonomie der World Health Organisation (WHO) mit ihren Aspekten von Selbstkontrolle, Treffen und Umsetzung von individuellen Entscheidungen von besonderer Bedeutung. Entscheidend ist nicht, wie Angehörige oder Pflegende die Autonomie der Bewohner/innen einschätzen, sondern wie diese sich selbst wahrnehmen. Dem so genannten Goldstandard „Selbstauskunft vor Fremdeinschätzung“ wird jedoch nur selten in dieser Zielgruppe Rechnung getragen. Die wachsende Zahl von Menschen mit Demenzerkrankungen stellt für Leistungsanbieter in der stationären Altenpflege eine Herausforderung dar, denn im Durchschnitt sind fast 70% der Bewohner/innen von Demenz betroffen [2]. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) evaluiert die Pflegequalität inklusive der Berücksichtigung von Kriterien zu Wohlbefinden und Autonomie der Bewohner/innen und fordert die systematische Berücksichtigung dieser Aspekte [3]. Die Förderung von Autonomie der Bewohner/innen ist im Heimgesetz §2 Absatz (1) Nr. 2 rechtlich verankert. Jedoch sind die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse weder hinreichend identifiziert noch berücksichtigt, gleichwohl Erhalt und Förderung von Selbstbestimmung im Rahmen einer optimalen bewohnerorientierten Versorgungsqualität wichtige Aspekte darstellen [2]. Bisherige Studien zu Autonomie der Heimpopulation fokussierten die Perspektive Dritter wie Leistungsanbieter oder Angehörige [4;5]. Ergebnisse anderer Studien sind nur bedingt übertragbar, da Bewohner/innen mit kognitiven Einschränkungen ausgeschlossen wurden [6;7]. In anderen Forschungsprojekten stellte Autonomie einen Aspekt eines umfassenden Erhebungsinstrumentariums dar und war nicht primäres Outcome [8]. Um die Perspektive der Betroffenen zu ihrer Autonomie zu erfassen, gewinnt Selbsteinschätzung an Bedeutung [9;10;11;12]. Studien zum Autonomieerleben aus Sicht der Heimpopulation sind im Hinblick auf die demografische Entwicklung unterrepräsentiert. Es besteht eine Forschungslücke bezüglich der Selbsteinschätzung von Autonomie der Bewohner/innen mit unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten.

Zielstellung

Ziel dieser Dissertation war, ein praktikables Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Autonomie zu entwickeln. Dieses Ziel beinhaltete a) die konzeptionelle Darstellung von Autonomie im Setting Pflegeheim, b) die Übersetzung/Adaptation und Anwendung eines Instrumentes zur Erfassung des Autonomieerlebens der Bewohner/innen ohne und mit leichten kognitiven Einschränkungen bzw. demenziellen Erkrankungen, c) die Analyse der Ergebnisse in Bezug auf Autonomie und Durchführbarkeit in der Heimpopulation sowie d) die Entwicklung einer Kurztestversion des Instruments zur Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Autonomie.

Methodik

Zunächst wurde ein konzeptionelles Modell zu Bestimmungsfaktoren von Autonomie im Pflegeheim entwickelt. Autonomie stellt demnach die Wechselwirkung zwischen den zentralen Aspekten Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit im Kontext verschiedener Lebensbereiche dar. Dabei wird Entscheidungsautonomie von Handlungsautonomie abgegrenzt. Während unter Handlungsfähigkeit vorrangig motorische und ergänzend auch kognitive Fähigkeiten u.a. zur Interaktion mit der Umwelt verstanden werden, beschreibt Selbstbestimmung die Entscheidungs- und Verfügungsmöglichkeit über die eigene Lebensführung im Heimalltag (siehe 3. Publikation [13]).

Zweitens wurde im Rahmen der Querschnittstudie „Pain and Autonomy in the Nursing Home (PAIN)“ der Frage nachgegangen, wie Autonomie der Pflegeheimbewohner/innen aus individueller Perspektive über Selbstauskunft gemessen werden kann. Selbsteinschätzung fällt sehr unterschiedlich aus, denn eigene Bedürfnisse und der soziale Kontext können sich auf das Ergebnis der Einschätzung auswirken. Eine Fremdbeurteilung kann daher eine Selbsteinschätzung von wahrgenommener Autonomie nicht ersetzen. Deshalb wurde eine etablierte Skala zur Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Autonomie (Hertz Perceived Enactment of Autonomy Scale (HPEAS_D)) eingesetzt (siehe 1. Publikation [14]).

Im Hinblick auf die Belastbarkeit der Bewohner/innen im Rahmen von Befragungen und die Durchführbarkeit einer umfassenden Datenerhebung wurde eine bezüglich ihrer Nützlichkeit und Anwendbarkeit optimierte Gesamtskala der HPEAS_D konstruiert. Es erfolgte die Entwicklung einer deutlich verkürzten Testversion der HPEAS_D mit vergleichbarer Güte und wesentlich geringerem Erhebungsaufwand (HPEAS_{KD}) (siehe 2. Publikation [15]).

Studiendesign der Primärdatenerhebung

In 40 zufällig ausgewählten Altenpflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg wurden jeweils 40% aller Bewohner/innen in einer Zufallsstichprobe gezogen. Die Teilnahme sowohl der Einrichtungen als auch der Bewohner/innen an der Studie war freiwillig. Das schriftliche Einverständnis lag entweder von den Bewohnern und Bewohnerinnen selbst oder von deren gesetzlichen Betreuungspersonen vor. Zu den Einschlusskriterien zählten eine vorliegende Einverständniserklärung, der Erhalt vollstationärer Pflegeleistungen sowie ein Aufenthalt in der Einrichtung von mindestens vier Wochen zum Zeitpunkt des Interviews. Ausgeschlossen wurden alle Bewohner/innen mit einer Prognose, die ein terminales Stadium beschreibt, oder die bereits in der Sterbephase waren, sowie beatmete und wachkomatöse Bewohner/innen.

Die quantitativen Daten wurden im Zeitraum von März 2009 bis April 2010 mittels persönlichen Interviews in den jeweiligen Altenpflegeeinrichtungen erhoben. Die Querschnittserhebung umfasste neben den persönlichen Befragungen der Bewohner/innen strukturelle Beobachtungen, standardisierte psychologische und physische Assessments, die Analyse der Pflegedokumentation sowie die Erfassung institutioneller Rahmenbedingungen. Von den 1440 zufällig ausgewählten Bewohnern und Bewohnerinnen nahmen 560 (38,9%) an der Studie teil.

Die hier vorgestellte Population, welche für die Untersuchung der Autonomie im Pflegeheim und die Entwicklung der Kurztestversion herangezogen wurde, erfüllt die oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien. Ein zusätzliches Auswahlmerkmal war der Gesamtwert im Mini Mental Status Test (MMST) [16]. Auf Basis der Ergebnisse eines umfassenden Reviews¹ und die Fähigkeit der Bewohner/innen, auf Interviewfragen korrekt zu antworten [18], berücksichtigend, wurden Bewohner/innen ohne und mit leichten Einschränkungen kognitiver Fähigkeiten (MMST 17-30 Punkte) eingeschlossen. Daher stellt diese Population (n=179) eine Teilstichprobe der insgesamt N=560 eingeschlossenen Bewohner/innen dar.

Die Studie erhielt ein positives Votum der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin (Antragsnummer: EA4/055/08) und wurde gemäß der Prinzipien der Deklaration von Helsinki [19] durchgeführt.

Verwendete Instrumente

Die subjektiv wahrgenommene Autonomie der Bewohner/innen wurde mit der Hertz Perceived Enactment of Autonomy Scale (HPEAS) [20] erhoben. Der Fragebogen wurde ursprünglich für ältere, nicht institutionalisierte Personen ab 65 Jahre ohne Einschränkung kognitiver Fähigkeiten entwickelt und ermöglicht die Darstellung der Selbstwahrnehmung der Befragten. Die einzelnen Items umfassen Aspekte wie Entscheidungsfreiheit, Entscheidungsmöglichkeiten, Freiwilligkeit, Individualität und Selbst-Direktion. Es wird u.a. untersucht, inwiefern die Befragten selbst Entscheidungen treffen können und so handeln, dass ihre eigenen Bedürfnisse nach Abhängigkeit ebenso wie nach Unabhängigkeit erfüllt sind. Der Fragebogen besteht aus 31 Items. Die Antwortmöglichkeiten reichen auf einer 4-stufigen Likert-Skala von 1=,trifft überhaupt nicht zu‘ bis 4=,trifft völlig zu‘. Die Reliabilität wurde über Crohnbach’s Alpha bestimmt und beträgt 0,88 [11;20]. Der englischsprachige Originalfragebogen wurde im Rahmen dieser Dissertation nach

¹ Die Cut Off Werte wurden wie folgt beschrieben: 24-30 = keine kognitiven Einschränkungen, 18-23 = leichte kognitive Einschränkungen und 0-17 = schwere kognitive Einschränkungen¹⁷.

standardisierten, wissenschaftlichen Verfahren [21] in die deutsche Sprache übersetzt und adaptiert².

Der Unterstützungsbedarf der Bewohner/innen bei Aktivitäten des täglichen Lebens wurde mittels des Hamburger Manuals für den Barthel Index erfasst. Die zehn Items dieses Instrumentes sind für geriatrische Zielgruppen angepasst. Bewertet wird nur, was die unterstützungsbedürftige Person tatsächlich aus eigenem Antrieb in ihrer aktuellen Situation tut, nicht was sie von ihrer Motorik theoretisch oder unter anderen äußeren Bedingungen könnte. Die Gesamtpunktzahl liegt zwischen 0 und 100 Punkten. Eine höhere Punktzahl lässt auf eine größere Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens schließen [22].

Die Kurzversion der Skala zur Einschätzung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Die Summe aller Antworten liegt zwischen 5 und 20 Punkten. Eine höhere Punktzahl weist auf eine größere Überzeugung von den eigenen Fähigkeiten hin [23]. Die weiteren in dieser Studie verwendeten Instrumente wurden bereits an anderer Stelle ausführlich dargestellt [24].

Entwicklung der Kurztestversion der HPEAS_D

Die Studienteilnehmenden der Teilstichprobe (n=179), welche für die Entwicklung der Testkurzversion zur Verfügung standen, hatten keine (MMST Wert >23) bis leichte Einschränkungen (MMST Wert 23-18) ihrer kognitiven Fähigkeiten. Für die Itemanalyse wurden die Schwierigkeitsindizes (p_i) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) bestimmt. Die verbleibenden Items wurden einer Hauptkomponentenanalyse unterzogen, die relevanten Faktoren mit dem Scree-Test ermittelt und deren Ladungsmuster interpretiert. Die Eignung der Items wurde anhand des Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums und des Bartlett-Tests überprüft.

Bei der Auswertung des Autonomiefragebogens HPEAS_D wurden in Anlehnung an Hertz und Anschutz [11] alle Fälle, in denen weniger als 90% der Items beantwortet wurden, von der Analyse ausgeschlossen (n=76). Bei den Fällen, die 10% oder weniger als 10% Missing Values hatten, wurden die Daten durch individualisierte Mittelwerte imputiert, so dass eine Gesamtpunktzahl berechnet werden konnte. Insgesamt wurden bei den 179 eingeschlossenen Personen 73 Items in 50 Fällen (Bewohnern und Bewohnerinnen) imputiert (37x ein Item, 7x zwei Items, 2x drei Items, 4x vier Items).

² Die Übersetzung und die Kürzung der Originalskala erfolgten nach ausdrücklicher Genehmigung der Autorin Judith Hertz (E-Mail vom 11.07.2008).

Vor dem Hintergrund der Anpassung und des erstmaligen Einsatzes des HPEAS_D in Deutschland wurde die interne Konsistenz des Instrumentes HPEAS_D überprüft (Cronbach's Alpha =0,89) und entsprach den Berechnungen des Originalinstrumentes [20]. Um das Instrument zu validieren, wurde die Kurzversion der Skala zur Einschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung verwendet [9]. Die Selbstwirksamkeitserwartung der untersuchten Population hing signifikant mit der subjektiv wahrgenommenen Autonomie zusammen ($r=0,58$) (siehe 2. Publikation 15]).

Ergebnisse

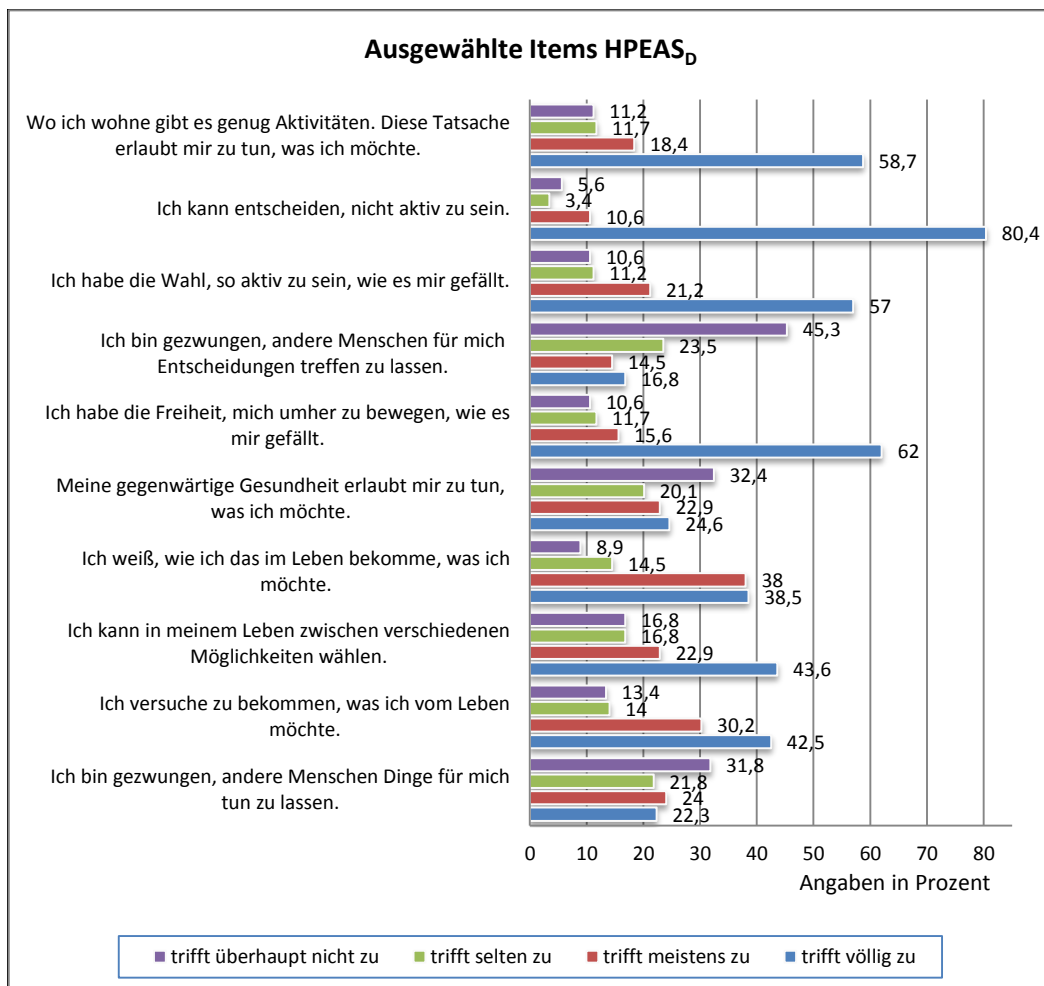
Primärdatenerhebung

Insgesamt wurden 560 Bewohner/innen (219 Männer, 39%) in 40 Altenpflegeeinrichtungen in Berlin (n=20) und Brandenburg (n=20) in die Studie PAIN eingeschlossen. Das Durchschnittsalter betrug 81,2 Jahre (41-104; Männer $77\pm 11,7$ (41-97) Jahre; Frauen 84 ± 9 (43-104) Jahre). Die Zielpopulation umfasste alle Bewohner/innen, welche die Kriterien des kognitiven Screening erfüllten und mehr als 90% der HPEAS_D beantwortet hatten. Ein Drittel (255 von n=560) hatte 17 oder mehr Punkte im MMST: 110 (43,1%) Männer und 145 (56,9%) Frauen mit einem Durchschnittsalter von 83,1 Jahren (Männer: 77,1; Frauen: 80,5). Weniger als ein Drittel dieser 255 Bewohner/innen (29,8%, n=76) wurden aufgrund von mehr als 10% fehlender Werte in der HPEAS_D ausgeschlossen. 70,2% (n=179) des Subsamples (im Folgenden HPEAS_D Population genannt) beantworteten mehr als 90% der Items der HPEAS_D. Die HPEAS_D Population ist vergleichbar mit der Gruppe der Bewohner/innen (n=76), welche den Fragebogen nicht vervollständigt hatten, im Hinblick auf das Alter (Mean 81,7 Jahre vs. 80,0 Jahre) und die Geschlechtsverteilung (Frauen: 56,4% vs. 57,9%). 51 (28,5%) der Teilnehmenden waren 85-89 Jahre alt, 26 (14,5%) Personen waren älter als 90 Jahre. Die subjektive Gesundheit wurde von den Befragten in 36,9% als sehr gut und gut, in 46,4% als mittelmäßig und in 16,8% als schlecht und sehr schlecht eingeschätzt. Zu den häufigsten Erkrankungen der 179 Bewohner/innen zählten Hypertonus und vaskuläre Erkrankungen (69%), muskuloskeletale Symptome (54%), Erkrankungen des Verdauungssystems (51%), des Nervensystems (51%) und Herzerkrankungen (49%) (siehe 1. Publikation [14]).

Die Gesamtpunktzahl auf der HPEAS_D lag zwischen 54 und 122 Punkten. Der Durchschnittswert betrug $101,1\pm 14,5$ (Männer $99,3\pm 15,3$ (64-122), Frauen $102,5\pm 13,8$ (54-121)). Nahezu alle Bewohner/innen (98,9%) erreichten mehr als die Hälfte der möglichen Gesamtpunktzahl von 124. Abbildung 1 präsentiert Anwohnhäufigkeiten ausgewählter Items der HPEAS_D. Mehr als die Hälfte (52,5%) der HPEAS_D Population gab an, dass ihre gegenwärtige Gesundheit nicht erlaubt

zu tun, was sie möchten. 46,3% stimmten der Aussage zu, dass sie gezwungen sind, andere Menschen für sie Dinge tun zu lassen. Demografische Faktoren korrelierten nicht signifikant mit der Gesamtpunktzahl der HPEAS_D. Die Gesamtpunktzahl im Barthel Index und MMST machen 15,7% der Varianz der HPEAS_D aus (siehe 1. Publikation [14]).

Abbildung 1: Ausgewählte Items HPEAS_D



Der Durchschnittswert im Barthel Index betrug 66,8 Punkte (5-100; Männer 64,4 (5-100), Frauen 68,7 (15-100)). Die Ergebnisse zeigen einen Zusammenhang zwischen der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens ohne bzw. mit geringer Unterstützung und höheren Werten in der HPEAS_D (Spearman-Rho, $r=0,365$, $P<0,001$). 25 Bewohner/innen (14%) hatten niedrigere Werte im Barthel Index (<70) und gleichzeitig hohe Punktzahl in der HPEAS_D (>104).

Zwanzig Bewohner/innen gaben im Interview an, Schmerzen zu haben. Ein Drittel ($n=32$) der Befragten hatte keine Beschwerden, zugleich lagen bei ihnen Schmerzmittelverordnungen vor (fest angesetzt und/oder bei Bedarf). Die Gruppe der schmerzfreien Bewohner/innen unterschied

sich signifikant hinsichtlich der Ausprägung ihrer subjektiv wahrgenommenen Autonomie im Vergleich zu den Befragten der HPEAS_D Population, welche angaben, Schmerzen zu haben (HPEAS_D Punktzahl 103,4±14,8 vs. 99,8±14,3, Mann-Whitney-U-Test der Durchschnittswerte; $P=0,041$) (siehe 1. Publikation [14]).

Die interne Konsistenz des Instruments HPEAS_D ist hoch (Cronbach's alpha=0,89). Für die Untersuchung der Plausibilität wurde die Kurzversion der Skala zur Einschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung herangezogen [9;23]. Die Selbstwirksamkeitserwartung der untersuchten Population korrelierte positiv mit der subjektiv wahrgenommenen Autonomie (Spearman-Rho, $P=0,583$).

Erschöpfung der Befragten kann sich unter Umständen auf die Verlässlichkeit der gegebenen Antworten auswirken. Daher wurden Anzeichen von Müdigkeit erfasst. Die meisten der Befragten zeigten keine Erschöpfungsanzeichen während der Beantwortung der HPEAS_D (Männer 97,4%, Frauen 97,0%). Fünf Personen schienen etwas zu ermüden (Männer: n=2, Frauen: n=3), und es wurde eine Pause angeboten. Kein Interview musste vorzeitig abgebrochen werden (siehe 1. Publikation [14]).

Entwicklung der Kurztestversion HPEAS_{KD}

Die HPEAS_D Population (n=179) stellte die Grundlage für die Entwicklung der Kurztestversion zur Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Autonomie dar.

Die Schwierigkeitsindizes der 31 HPEAS_D-Items lagen zwischen 0,39 und 0,90. Insgesamt haben 15 Items den Anforderungen von Bortz und Döring [25] nicht standgehalten und wurden ausgeschlossen. Für die verbliebenen 16 Items wurden die Trennschärfekoeffizienten berechnet, welche von 0,06 bis 0,67 reichten. Von den weiteren Analysen wurden die drei Items, deren Trennschärfekoeffizient $r_{it}<0,3$ betrug, ausgeschlossen (HPEAS_{D_6}, HPEAS_{D_29i}, HPEAS_{D_30}) (siehe 2. Publikation [15]).

Die erste Hauptkomponentenanalyse der 13 Items ergab die Zuordnung zu drei Faktoren mit neun Items im ersten Faktor und jeweils zwei Items im zweiten und dritten Faktor. Der zweite und dritte Faktor waren gemäß der Kriterien von Guadagnoli und Velicer [26] nicht interpretierbar. Mittels Scree-Test konnte ein interpretierbarer Faktor mit acht Items identifiziert werden, welcher eine Varianzaufklärung von 42,36 % und einen Eigenwert von 3,40 aufweist. Die Ergebnisse der Kaiser-Meyer-Olkin Statistik ($KMO=0,84$) und des Bartlett-Tests (0,000) indizierten, dass die Items für eine Faktorenanalyse gut geeignet waren. Die Kommunalitäten lagen zwischen 0,27 und 0,66. Die hohe Korrelation mit der Gesamtskala ($r_S=0,83$) qualifiziert die Testversion HPEAS_{KD} zusätzlich als eine valide Kurzform des Instruments HPEAS_D. Die abschlie-

Bende Überprüfung der Faktorladungen der acht ermittelten Items ergab Werte zwischen 0,52 und 0,81. Die interne Konsistenz der Gesamtskala betrug Cronbach's Alpha = 0,80. Die acht Items sind HPEAS_D_3, HPEAS_D_4, HPEAS_D_12, HPEAS_D_13, HPEAS_D_20, HPEAS_D_21, HPEAS_D_22 und HPEAS_D_31. Sie wurden neu benannt (HPEAS_{KD}_1 bis HPEAS_{KD}_8) und sind in Tabelle 1 aufgelistet [15].

Tabelle 1 Ergebnisse der Faktorenanalyse [15]

Item		Faktor- ladung
HPEAS _{KD} _1	Ich versuche zu bekommen, was ich vom Leben möchte.	0,52
HPEAS _{KD} _2	Ich kann in meinem Leben zwischen verschiedenen Möglichkeiten wählen.	0,67
HPEAS _{KD} _3	Ich weiß, wie ich das im Leben bekomme, was ich möchte.	0,66
HPEAS _{KD} _4	Meine gegenwärtige Gesundheit erlaubt mir zu tun, was ich möchte.	0,60
HPEAS _{KD} _5	Ich habe die Freiheit, mich umher zu bewegen, wie es mir gefällt.	0,70
HPEAS _{KD} _6i	Ich bin gezwungen, andere Menschen für mich Entscheidungen treffen zu lassen.	0,52
HPEAS _{KD} _7	Ich habe die Wahl, so aktiv zu sein, wie es mir gefällt.	0,81
HPEAS _{KD} _8	Wo ich wohne gibt es genug Aktivitäten. Diese Tatsache erlaubt mir zu tun, was ich möchte.	0,68

i = dieses Item ist invertiert, d.h. die Bewertung erfolgt entgegengesetzt

Für eine erste Überprüfung der konvergenten Validität der Testversion wurden die Gesamtskala der HPEAS_{KD} und der Kurzform der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung korreliert. Die Richtung des Zusammenhanges ist erwartungsgemäß und liegt mit $r_s=0,53$ im mittleren Bereich. Die Kurzversion HPEAS_{KD} mit ihren acht Items korreliert signifikant mit der gemessenen Selbstwirksamkeitserwartung ($r_s=0,58$) ebenso wie die Gesamtskala der HPEAS_D ($r_s=0,53$) und bildet gleichermaßen das Autonomieerleben der Bewohner/innen ab (siehe 2. Publikation [15]).

Diskussion

Vor dem Hintergrund des Goldstandards „Selbstauskunft vor Fremdeinschätzung“ wurden weder sehr alte bzw. hochbetagte noch Pflegeheimbewohner/innen mit kognitiven Einschränkungen von der Partizipation an der vorgestellten Studie ausgeschlossen. Obgleich es vorkommt, dass gerade ältere Menschen Befragungen nicht vervollständigen [27], nahmen an dieser Studie eine hohe Anzahl sehr alter Pflegeheimbewohner/innen teil: 51 (28,5%) Personen waren 85-89 Jahre alt, 26 (14,5%) Personen waren sogar älter als 90 Jahre. In Bezug auf das Durchschnittsalter sind die Ergebnisse mit anderen Studien zu Kontrolle und Entscheidungen älterer Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen [28] vergleichbar. Wie zu erwarten, sind ambulant betreute Personen mit

einem Durchschnittsalter von 76-78 Jahren jünger als die hier untersuchten Pflegeheimbewohner/innen [10;12].

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass nicht nur Pflegeheimbewohner/innen ohne kognitive Einschränkungen (MMST 24-30), sondern auch Personen mit leichten kognitiven Einschränkungen (MMST 18-23) in der Lage sind, Aussagen zu ihrer subjektiv wahrgenommenen Autonomie zu treffen. Andere Studienergebnisse sprechen ebenfalls für die Einbindung von Personen mit kognitiven Einschränkungen bzw. dementiellen Erkrankungen und demonstrierten, dass Personen mit einer Gesamtpunktzahl im MMST von 30 bis 13 Punkten zuverlässige Antworten auf faktenbasierte und zustandsabhängige Interviewfragen geben können [29]. Hellstrom und Sarvimaki argumentieren im Hinblick auf die Partizipation dieser Population in Forschungsstudien, dass der Ausschluss von Personen mit dementiellen Erkrankungen eine Verletzung ihrer Würde darstellt und dass die angemessene Einbindung dieser Personen in Studien ihre Würde unterstreichen kann [7]. Letztlich seien Repräsentativität und Validität von Studien zu Autonomie im Pflegeheim zu hinterfragen, wenn Pflegeheimbewohner/innen mit eingeschränkten (kognitiven) Fähigkeiten aus Studien ausgeschlossen werden [30].

Nahezu alle Teilnehmenden (98,9%) erreichten mehr als die Hälfte der Gesamtpunktzahl von 124 in der HPEAS_D. Die hohen Werte in dieser Studie sind den Ergebnissen anderer Forschungsprojekte ähnlich [10;11;12]. Im Hinblick auf das institutionelle Setting sind diese Ergebnisse bemerkenswert, da strukturierte Tagesabläufe oft als Einschränkung von Selbstbestimmung bewertet werden. Das relativ hohe Ausmaß an subjektiv wahrgenommener Autonomie in der untersuchten Population könnte ein typisches Antwortverhalten dieser Generation im Sinne von ‚sozial erwünschten Antworten‘ widerspiegeln [31]. Darüber hinaus wünschen nicht alle Pflegeheimbewohner/innen zu jeder Zeit aktiv zu sein und selbstbestimmt ihren Alltag zu gestalten. Vielmehr treffen sie Entscheidungen unter Berücksichtigung ihrer gegenwärtigen Konstitution: 91% der Befragten stimmten beispielsweise der Aussage ‚Ich kann entscheiden, nicht aktiv zu sein.‘ zu (Abbildung 1). Dieses Ergebnis bestätigt Thesen von Kruse [32], dass ältere Menschen zum Teil dazu neigen, bewusst Abhängigkeit zu akzeptieren. Andere nehmen Unterstützung im Sinne des Modells der Selektion, Optimierung und Kompensation in Anspruch [33]. Die Resultate reflektieren Charakteristiken pflegebedürftiger älterer Menschen und verdeutlichen, dass Pflegeheimbewohner/innen in der Lage sind, differenziert auf die Items der HPEAS_D zu antworten.

Mehr als die Hälfte der interviewten Pflegeheimbewohner/innen verneinten, dass ihre gegenwärtige Gesundheit erlaubt zu tun, was sie möchten. 46,3% der untersuchten Population stimmte der

Aussage zu ‚Ich bin gezwungen, andere Menschen Dinge für mich tun zu lassen.‘ (Abbildung 1). Folglich gab über die Hälfte der Befragten zu, dass sie von der Unterstützung anderer abhängig sind. In diesem Zusammenhang sind bei der Interpretation der Aussagen das Setting und die Zielpopulation zu berücksichtigen: Verneinung von Items indiziert nicht notwendigerweise auch weniger subjektiv wahrgenommene Autonomie. Unter Umständen sind die Teilnehmenden von mehreren Krankheiten und Bewegungseinschränkungen betroffen und geben daher an, auf Unterstützung angewiesen zu sein. Somit bestärken diese Befunde die theoretischen Annahmen von Collopy [34] hinsichtlich der Differenzierung zwischen Entscheidungs- und Handlungsautonomie. Das bedeutet, dass der Verlust körperlicher Unversehrtheit weder Hinweis noch Rechtfertigung für die Einschränkung von Entscheidungsautonomie darstellt [34]. In der vorliegenden Studie wird das zugrundeliegende Verständnis von Autonomie durch die Ergebnisse zur Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens unterstrichen: Insgesamt zeigten die Befragten ähnlich hohe Gesamtpunktzahl in der HPEAS_D wie zuhause lebende ältere Menschen [11;10] und ältere Bewohner/innen von Langzeitpflegeeinrichtungen [28]. Die HPEAS_D Gesamtpunktzahl korrelierte mit dem Barthel Index, vergleichbar mit den Ergebnissen von Matsui [10] trotz der Unterschiede im funktionellen Status. In der vorliegenden Studie war der Durchschnittswert wesentlich niedriger (mean=66,8) im Vergleich zu daheim lebende ältere Menschen (mean=97,5) [10]. Das deutet darauf hin, dass die Pflegeheimbewohner/innen eine geringere Handlungsautonomie haben. Zugleich scheint die positive Korrelation zwischen HPEAS_D und Barthel Index im Zusammenhang zu stehen mit der Selbstwirksamkeitserwartung. Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass Persönlichkeitsfaktoren wie Individualität und Selbstdirektion als zwei Charakteristiken, welche nach Hertz [35] Autonomie definieren, ebenso wie Selbstwirksamkeitserwartungen subjektiv wahrgenommene Autonomie beeinflussen. Individualität und Selbstdirektion schließen das Bewusstsein und Wissen um eigene Bedürfnisse ein und beinhaltet die Anleitung oder Durchführung von Handlungen, die zur Befriedigung der eigenen Bedürfnisse nach Abhängigkeit und Unabhängigkeit gleichermaßen führen [35]. Folglich mögen Pflegeheimbewohner/innen trotz körperlicher Einschränkungen oder der Unfähigkeit, ihre Entscheidungen selbst umzusetzen, ein höheres Ausmaß subjektiv wahrgenommener Autonomie aufweisen.

Institutionelle Rahmenbedingungen können einschränkend wirken auf die Möglichkeit der Bewohner/innen, selbst zu entscheiden und/oder zu handeln. Deshalb sollten Pflege- und Betreuungspersonen besonders sensibel für begrenzende Strukturen und Verhaltensweisen sein und diese möglichst vermeiden. Subjektiv wahrgenommene Autonomie beinhaltet auch Aspekte von Kontrolle. Daher kann selbstständigkeitsfördernde Pflege und Betreuung Entscheidungsautonomie der Bewohner/innen [35] und somit auch ihre wahrgenommene Autonomie fördern [35].

Pflegende sollten Bewohner/innen dahin gehend unterstützen, Auswahlmöglichkeiten anzubieten und Entscheidungen selbst treffen lassen.

Pflegeheimbewohner/innen ohne Schmerzen fühlten sich selbstbestimmter als Bewohner/innen, die zum Zeitpunkt des Interviews angaben, Schmerzen zu haben. Folglich kann ein angemessenes Schmerzmanagement in Pflegeheimen nicht nur die gesundheitliche Situation der Bewohner/innen verbessern, sondern auch zu ihrer Autonomie beitragen. Proot und Kollegium [6] fanden heraus, dass der Grad von Autonomie sich in Abhängigkeit von den individuellen Kompetenzen der Pflegebedürftigen und institutionellen Rahmenbedingungen verändert. Obgleich pflegebedürftige ältere Menschen von der Unterstützung Dritter abhängig sind, können sie Selbstpflegekonsequenzen entwickeln und schließlich ihre Unabhängigkeit wieder erlangen. In Altenpflegeeinrichtungen sind Interventionen wie die Verabreichung von Analgetika und die Anwendung nichtmedikamentöser Maßnahmen zur Schmerzreduktion wichtige institutionelle Ressourcen, welche Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit der Pflegeheimbewohner/innen beeinflussen. Als solche stehen sie im engen Zusammenhang mit dem Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen (siehe 1. Publikation [14]).

Es wurde eine deutlich verkürzte Version der HPEAS_D mit vergleichbarer Güte und wesentlich geringerem Erhebungsaufwand seitens der Teilnehmenden sowie der Interviewenden entwickelt, welche die Einschätzung subjektiv wahrgenommener Autonomie älterer Menschen in Pflegeheimen ermöglicht und in gesundheitswissenschaftlichen Forschungsprojekten der Messung von Autonomie durch Selbsteinschätzung der Bewohner/innen dienen kann. Die Erfahrungen aus der vorliegenden Querschnittsstudie im Hinblick auf die Belastbarkeit der Bewohner/innen im Rahmen der Befragungen und die Durchführbarkeit einer umfassenden Datenerhebung bestätigten die Notwendigkeit, eine hinsichtlich ihrer Nützlichkeit und Anwendbarkeit optimierte Gesamtskala der HPEAS_D zu konstruieren. Im Rahmen der Entwicklung der Kurzform der HPEAS_D konnte eine deutschsprachige Testversion (HPEAS_{KD}) mit acht Items erarbeitet werden, welche sich als valides Messinstrument erweist und eine Einschätzung mit geringem Zeitaufwand gestattet. Die Ergebnisse zu der entwickelten Testversion einer Kurzfassung der HPEAS_D erlauben den Schluss, dass dieses Instrument die subjektiv wahrgenommene Autonomie mit hoher Zuverlässigkeit erfassen kann. Die Faktorenanalyse zeigte im Scree-Test eine ein-faktorielle Lösung der HPEAS_{KD} mit einer Varianzaufklärung von 42,36%, die als Hinweis der Eindimensionalität der Skala zu werten ist. Die Bestimmung der psychometrischen Qualität ergab eine gute interne Konsistenz. Der Korrelationskoeffizient ergab einen überzeugenden Zusammenhang zwischen der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und der subjektiv wahrge-

nommenen Autonomie. Die Relation zwischen hoher Selbstwirksamkeitserwartung und Autonomie wurde auch bei Warner et al. [9] beschrieben und ist erwartungsgemäß (siehe 2. Publikation [15]).

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Kurzform HPEAS_{KD} somit als eine valide, mit vergleichbarer Zuverlässigkeit aber mit weitaus geringerem Aufwand einsetzbare Skala zur Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Autonomie betrachtet werden kann. Die Langversion HPEAS_D konnte erfolgreich bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit einer Gesamtsumme im MMST zwischen 18 und 30 Punkten eingesetzt werden [14]. Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass auch die Kurzversion HPEAS_{KD} nicht nur bei Bewohnern und Bewohnerinnen ohne Einschränkungen kognitiver Fähigkeiten angewendet werden kann, sondern sich auch für die Befragung von älteren Menschen mit leichten kognitiven Einschränkungen eignet.

Limitationen

Das Querschnittsdesign der Studie erlaubt keine Rückschlüsse zur Kausalität. Obgleich die Ergebnisse einen Zusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommener Autonomie, funktionellem Status und Schmerzen aufzeigen, kann nicht direkt geschlussfolgert werden, welches Kriterium die jeweils anderen beeinflusst. Die Auswahl der Zielgruppe lässt eine Generalisierbarkeit auf ältere Menschen nicht zu. Aufgrund der Einschlusskriterien und der Heterogenität der Heimpopulation, insbesondere im Hinblick auf kognitive Fähigkeiten, ist eine Übertragbarkeit auf die gesamte Heimpopulation in Deutschland kritisch zu betrachten. Zusätzlich könnte ein sozial erwünschtes Antwortverhalten der befragten Generation die hohen Werte in der HPEAS_D geprägt haben.

Bislang wurden für die Ergebnisse der Originallangfassung der Skala zur subjektiv wahrgenommenen Autonomie keine Bewertungseinteilung vorgenommen oder kritische Cut-Off-Werte festgelegt. Es wurde lediglich ein Kontinuum beschrieben, d.h. je höher die Gesamtpunktzahl, umso ausgeprägter ist die subjektiv wahrgenommene Autonomie. Zur Prüfung der Konstruktvalidität wurde ausschließlich ein Konstrukt (Selbstwirksamkeitserwartung) integriert, von welchem ein positiver Zusammenhang mit Autonomie zu erwarten war. Zur Absicherung der konvergenten und der divergenten Validität sind daher weitere Untersuchungen erforderlich.

Schlussfolgerungen

Die Studienergebnisse sind im Hinblick auf die Selbstauskunft zu Autonomie im Setting Pflegeheim von großer Bedeutung und leisten einen wichtigen Beitrag zur Erfassung von Autonomie

aus Bewohnerperspektive. Es konnte gezeigt werden, dass die Studie zur Analyse subjektiv wahrgenommener Autonomie mit Bewohnern und Bewohnerinnen ohne und mit kognitiven Einschränkungen bzw. dementiellen Symptomen durchführbar war und dass die Skala zur Einschätzung subjektiv wahrgenommener Autonomie (HPEAS_D) auch im Setting Pflegeheim eingesetzt werden konnte.

Mit der HPEAS_{KD} liegt ein Instrument vor, das erstmalig für den deutschsprachigen Raum die Selbsteinschätzung von Autonomie pflegebedürftiger Heimbewohner/innen mit geringem Erhebungsaufwand erlaubt. Neben dem Einsatz in Forschungsstudien ist ein einfacher, praktischer Einsatz in der stationären Altenpflege möglich. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit den Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK) an die Leistungserbringer in der stationären Altenpflege von Bedeutung: Vereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen des MDK sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege (Pflege-Transparenzvereinbarung-stationär (PTVS) vom 17.12. 2008) beinhalten u.a. auch Kriterien zu Wohlbefinden und Selbstbestimmung [3]. So wird beispielsweise geprüft, ob bei Bewohnern und Bewohnerinnen Selbstbestimmung in der Pflegeplanung Berücksichtigung findet. Das vorgestellte Instrument HPEAS_{KD} könnte zur Erfassung der Autonomie aus Bewohnerperspektive genutzt werden (siehe 2. Publikation [15]).

Literaturverzeichnis

1. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework, 2002
2. Schneekloth, U, Wahl, HW. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4.property=pdf,bereich=bmfsfj,-sprache=de,rwb=true.pdf>. 2007
3. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Qualitätsprüfungs-Richtlinien. MDK-Anleitung. Transparenzvereinbarung. http://www.mds-ev.de/media/pdf/2010-02-16-MDK-Anleitung_stationaer.pdf. 2009
4. Mullins LC, Hartley TM. Residents' Autonomy. Journal of Gerontological Nursing 2002; 28: 35–44
5. Boisaubin EV, Chu A, Catalano JM. Perceptions of Long-Term Care, Autonomy, and Dignity, by Residents, Family and Care-Givers: The Houston Experience. J Med Philos 2007; 32: 447–464
6. Proot IM, Abu-Saad HH, de Esch-Janssen WP, Crebolder HFJM, ter Meulen RHJ. Patient autonomy during rehabilitation: the experiences of stroke patients in nursing homes. Int J Nurs Pract. 2000; 37: 267–276

7. Hellstrom UW, Sarvimaki A. Experiences of Self-Determination By Older Persons Living in Sheltered Housing. *Nurs Ethics*. 2007; 14: 413–424
8. Burack OR, Weiner AS, Reinhardt JP, Annunziato RA. What Matters Most to Nursing Home Elders: Quality of Life in the Nursing Home. *J Am Med Dir Assoc*. 2012; 13: 48–53
9. Warner L, Ziegelmann J, Schüz B, Wurm S, Tesch-Römer C, Schwarzer R. Maintaining autonomy despite multimorbidity: self-efficacy and the two faces of social support. *Eur J Ageing*. 2011; 8: 3–12
10. Matsui M, Capezuti E. Perceived Autonomy and Self-Care Resources among Senior Center Users. *Geriatric Nursing* 2008; 29: 141–147
11. Hertz JE, Anschutz CA. Relationships among Perceived Enactment of Autonomy, Self-Care, and Holistic Health in Community-Dwelling Older Adults. *J Holist Nurs*. 2002; 20: 166–186
12. Hwang H, Lin H, Tung Y, Wu H. Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2006; 43: 429–437
13. Wulff I, Kalinowski S, Dräger D. Autonomie im Pflegeheim - Konzeptionelle Überlegungen zu Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit anhand eines Modells. *Pflege* 2010; 23: 240–248
14. Wulff I, Kölzsch M, Kalinowski S, et al. Perceived enactment of autonomy of nursing home residents: A German cross-sectional study. *Nurs Health Sci*. 2012; doi: 10.1111/nhs.12016 (Epub ahead of print)
15. Wulff I, Budnick A, Kölzsch M, Kreutz R, Dräger D. Entwicklung einer deutschsprachigen Testkurzversion der Hertz Perceived Enactment of Autonomy Scale (HPEAS_{KD}) für ältere Menschen in Pflegeheimen. *Z Gesundheitspsych* 2012; 20: 157–165
16. Kessler J, Markowitsch HJ, Denzler P. Mini-Mental-Status-Test (MMST). Weinheim, 1990
17. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The Mini-Mental State Examination: A Comprehensive Review. *J Am Geriatr Soc*. 1992; 40: 922–935
18. Cadogan MP, Schnelle JF, Al-Sammarrai NR, et al. A Standardized Quality Assessment System to Evaluate Pain Detection and Management in the Nursing Home. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7: S11-S19
19. World Medical Association. Declaration of Helsinki. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>. 2008
20. Hertz JE. The perceived enactment of autonomy scale: Measuring the potential for self-care action in the elderly. *Dissertation Abstracts International* 1991; 52: University Microfilms No. 91-28, 248
21. Barandun Schäfer, Massarotto, Lehmann, Wehrmüller, Spirig, Marsch. Übersetzungsverfahren eines klinischen Assessmentinstrumentes am Beispiel der Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *Pflege* 2009; 22: 7–17
22. Lübke N, Meinck M, Renteln-Kruse W von. Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. *Z Gerontol Geriatr*. 2004; 37: 316–326
23. Schwarzer, R, Jerusalem, M. Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/skalendoku_selbstwirksame_schulen.pdf. 1999
24. Dräger D, Kölzsch M, Wulff I, et al. Autonomie trotz Schmerz? Ressourcen und Barrieren in der Lebenswelt von Pflegeheimbewohnern und Bewohnerinnen. In: Kuhlmeiy A, Tesch-Römer C (Hrsg.). *Autonomie trotz Multimorbidität - Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter*. Göttingen: Hogrefe, 2012: 165–202

25. Bortz J, Döring N, Bortz-Döring. *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer-Medizin-Verl., 2009
26. Guadagnoli E, Velicer WF. Relation to sample size to the stability of component patterns. *Psychol Bull.* 1988; 103: 265–275
27. Burnside I, Preski S, Hertz JE. Research Instrumentation and Elderly Subjects. *J Nurs Scholarsh.* 1998; 30: 185–190
28. Boyle G. Facilitating choice and control for older people in long-term care. *Health Soc C Comm.* 2004; 12: 212–220
29. Clark PA, Tucke SS, Whitlatch CJ. Consistency of information from persons with dementia: An analysis of differences by question type. *Dementia* 2008; 7: 341–358
30. Kapp MB. Protecting Human Participants in Long-Term Care Research -- The Role of State Law and Policy. *Journal of Aging & Social Policy* 2004; 16: 13–33
31. Gove WR, Geerken MR. Response Bias in Surveys of Mental Health: An Empirical Investigation. *Am J Sociol.* 1977; 82: 1289–1317
32. Kruse A. Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. *Z Gerontol Geriat.* 2005; 38: 273–287
33. Baltes M. Verlust der Selbstständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. *Psychol Rundschau:* 159–170
34. Collopy B. Autonomy in Long Term Care: Some Crucial Distinctions. *Gerontologist* 1988; 28: 10–17
35. Hertz JE. Conceptualization of Perceived Enactment of Autonomy in the Elderly. *Issues Ment Health Nurs.* 1996; 17: 261–273

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Ines Wulff hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1:

Wulff, Ines; Kölzsch, Marita; Kalinowski, Sonja; Kopke, Kirsten; Fischer, Thomas; Kreutz, Reinhold & Dräger, Dagmar. Perceived Enactment of Autonomy of Nursing Home Residents: A German Cross-sectional Study. *Nursing & Health Science*; doi: 10.1111/nhs.12016 (Epub ahead of print).

70 Prozent; Impact Factor: 0.684

Beitrag im Einzelnen: Aufstellung der speziellen Dissertationsforschungsfrage, Literaturrecherche, Mitentwicklung von Design und Methode, praktische Durchführung (Schulung, Datensammlung), Durchführung der Datenanalyse und Ergebnissynthese, Gestaltung und Schreiben des Manuskripts.

Publikation 2:

Wulff, Ines; Budnick, Andrea; Kölzsch, Marita; Kreutz, Reinhold & Dräger, Dagmar. (2012). Entwicklung einer deutschsprachigen Testkurzversion der Hertz Perceived Enactment of Autonomy Scale (HPEAS_{KD}) für ältere Menschen in Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 20: 157–165

60 Prozent; Impact Factor: 0.324

Beitrag im Einzelnen: Aufstellung der speziellen Dissertationsforschungsfrage, Literaturrecherche, Datenerhebung, Datenanalyse, Vorbereitung und Zusammenfassung der Daten, Gestaltung und Schreiben des Manuskripts.

Publikation 3:

Wulff, Ines; Kalinowski, Sonja & Dräger, Dagmar (2010). Autonomie im Pflegeheim – Konzeptionelle Überlegungen zu Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit anhand eines Modells. *Pflege* 23(4): 240-248.

80 Prozent, Impact Factor: 0.182

Beitrag im Einzelnen: Aufstellung der speziellen Dissertationsforschungsfrage, Durchführung und Auswertung der systematischen Recherche, Entwicklung des Modells, Gestaltung und Schreiben des Manuskripts.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Vollständige Publikationsliste

Fachartikel

- Wulff, Ines**; Kölzsch, Marita; Kalinowski, Sonja; Kopke, Kirsten; Fischer, Thomas; Kreutz, Reinhold & Dräger, Dagmar (2012). Perceived Enactment of Autonomy of Nursing Home Residents: A German Cross-sectional Study. *Nursing & Health Science*. doi: 10.1111/nhs.12016 (Epub ahead of print).
- Kalinowski, Sonja; Kuhnert, Ronny; **Wulff, Ines**; Kölzsch, Marita; Kreutz, Reinhold; Dräger, Dagmar (2012). Schmerzen, Sturzangst und funktionelle Fähigkeiten von Menschen in Pflegeheimen - Eine Querschnittsstudie. *Pflege* 25(6): 411-425.
- Wulff, Ines**; Budnick, Andrea; Kölzsch, Marita; Kreutz, Reinhold & Dräger, Dagmar. (2012). Entwicklung einer deutschsprachigen Testkurzversion der Hertz Perceived Enactment of Autonomy Scale (HPEAS_{KD}) für ältere Menschen in Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 20(4): 157–165.
- Wolf-Ostermann, Karin; Worch, Andreas; Fischer, Thomas; **Wulff, Ines** & Gräske, Johannes. Health Outcomes and Quality of Life of Residents of Shared-Housing Arrangements- Results of the Berlin DeWeGE-study. *Journal of Clinical Nursing* 21 (21-22): 3047–3060.
- Wulff, Ines**; Könnner, Franziska; Kölzsch, Marita; Budnick, Andrea; Dräger, Dagmar & Kreutz, Reinhold (2012). Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45(6): 505-544.
- Huber, Matthias; Kölzsch, Marita; Rapp, Michael; **Wulff, Ines**; Bolbrinker, Juliane; Hofmann, Werner; Scholze, Jürgen; Dräger, Dagmar & Kreutz, Reinhold (2012). Antipsychotic drugs predominate in pharmacotherapy of nursing home residents with dementia. *Pharmacopsychiatry* 45(5): 182-188.
- Wälisch, Dennis & **Wulff, Ines** (2012). Fit für die Praxis oder die große Ratlosigkeit? Wie bereitet die Pflegeausbildung Lernende auf die Betreuung demenzkranker Menschen vor? *PADUA* 7(1): 36–42.
- Kölzsch, Marita, **Wulff, Ines**; Kopke, Kirsten; Ellert, Sebastian; Fischer, Thomas; Kalinowski, Sonja; Dräger, Dagmar & Kreutz, Reinhold (2012). Deficits in Pain Treatment in Nursing Homes in Germany: A Cross-Sectional Study. *European Journal of Pain* 16(3): 439–446.
- Kalinowski, Sonja; Kölzsch, Marita; **Wulff, Ines**; Kopke, Kirsten; Kreutz, Reinhold & Dräger, Dagmar (2012). Physical Activity in Nursing Homes—Barriers and Facilitators: A Cross-Sectional Study. *Journal of Aging and Physical Activity* 20(4): 421–441.

- Wulff, Ines**; Gräske, Johannes; Fischer, Thomas & Wolf-Ostermann, Karin (2011). Versorgungsstrukturen für ältere, pflegebedürftige Menschen mit und ohne Vorliegen einer Demenzerkrankung im Vergleich zwischen ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Spezialwohnbereichen vollstationärer Einrichtungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 24(2): 94-105.
- Nordheim, Johanna; Worch, Andreas; **Wulff, Ines**; Pannasch, Andrea; Meye, Sandra; Fischer, Thomas; Wolf-Ostermann, Karin (2011). Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern und Bewohnerinnen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 24(2): 106-116.
- Wolf-Ostermann, Karin; Worch, Andreas; **Wulff, Ines** & Gräske, Johannes (2011). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen – Angebots- und Nutzerstrukturen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 24(2): 83-96.
- Gräske, Johannes; **Wulff, Ines**; Fischer, Thomas; Meye, Sandra; Worch, Andreas & Wolf-Ostermann, Karin (2011). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für ältere, pflegebedürftige Menschen – Unterstützung von Angehörigen und Ehrenamtlichen. *Pflegezeitschrift* 64(11): 666-671.
- Wulff, Ines**; Dräger, Dagmar & Kuhlmeiy, Adelheid (2011). Kann Autonomie gemessen werden? Untersuchung von Selbstbestimmung aus Betroffenenperspektive. *PADUA* 6(5): 12-19.
- Fischer, Thomas; Worch, Andreas; Nordheim, Johanna; **Wulff, Ines**; Gräske, Johannes; Meye, Sandra & Wolf-Ostermann, Karin (2011). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen – Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren. *Pflege* 24(2): 97–109.
- Kalinowski, Sonja; **Wulff, Ines** & Dräger, Dagmar (2010). Ressourcenorientierung als Paradigma sportwissenschaftlicher Forschung – Ein Modell zur Ressourcenanalyse im Pflegeheim. *Sportwissenschaft* 40(3): 163-173.
- Wulff, Ines**; Kalinowski, Sonja & Dräger, Dagmar (2010). *Autonomie im Pflegeheim – Konzeptionelle Überlegungen zu Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit anhand eines Modells*. *Pflege* 23(4): 240-248.

Bücher/Buchbeiträge

- Dräger, Dagmar; Kölzsch, Marita; **Wulff, Ines**; Kalinowski, Sonja; Ellert, Sebastian; Kopke, Kirsten; Fischer, Thomas & Kreutz, Reinhold (2012). Autonomie trotz Schmerz? Ressourcen und Barrieren in der Lebenswelt von Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen. In: Kuhlmeiy,

Adelheid & Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Autonomie trotz Multimorbidität - Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe, S. 165-202.

Wulff, Ines (2008). Implementierung von Gender Mainstreaming – Eine qualitative Untersuchung in Einrichtungen des Gesundheitsbereichs. Frankfurt a.M., Peter Lang Verlag der Wissenschaften.

Erklärung

„Ich, Ines Wulff, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Autonomie im Pflegeheim - Eine Studie zu Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit älterer Menschen“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Berlin, den 06. März 2013

Ines Wulff

Danksagung

In erster Linie möchte ich mich bei meinen beiden Betreuerinnen Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei und Dr. Dagmar Dräger bedanken, die mich ins Graduiertenkolleg „Multimorbidität im Alter“ des Instituts für Medizinische Soziologie an der Charité-Universitätsmedizin eingeladen und mich über die Jahre in meinen Vorhaben unterstützend begleitet haben. Mein Dank gilt der Robert Bosch Stiftung für die finanzielle Unterstützung des Graduiertenkollegs und die Gewährung eines Stipendiums. Der Austausch mit Gleichgesinnten war bereichernd und von unschätzbarem Wert. Ganz besonders dankbar bin ich meiner Familie sowie meinen Freundinnen und Freunden, die mir immer wieder Verständnis entgegengebracht, Mut gemacht und mich freundlichst daran erinnert haben, dass das Leben nicht nur aus Arbeit besteht.

Publikationen

Publikation 1

Wulff, Ines; Kölzsch, Marita; Kalinowski, Sonja; Kopke, Kirsten; Fischer, Thomas; Kreutz, Reinhold & Dräger, Dagmar. **Perceived Enactment of Autonomy of Nursing Home Residents: A German Cross-sectional Study.** *Nursing & Health Science*. [Epub ahead of print]

DOI: 10.1111/nhs.12016

Publikation 2

Wulff, Ines; Budnick, Andrea; Kölzsch, Marita; Kreutz, Reinhold & Dräger, Dagmar. (2012). **Entwicklung einer deutschsprachigen Testkurzversion der Hertz Perceived Enactment of Autonomy Scale (HPEAS_{KD}) für ältere Menschen in Pflegeheimen.** *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 20: 157–165
DOI: 10.1026/0943-8149/a000074

Publikation 3

Wulff, Ines; Kalinowski, Sonja & Dräger, Dagmar (2010). **Autonomie im Pflegeheim – Konzeptionelle Überlegungen zu Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit anhand eines Modells.** *Pflege* 23(4): 240-248.

DOI 10.1024/1012-5302/a000051

