

Bachelorarbeit

Sozialer Status – Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung?

eingereicht von
Cornelia Landwehr

Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Dr. ⁱⁿ scient. med. Franziska Großschädl, MSc, BSc

Wiener Neustadt, 17.02.2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

17.02.2018

Landwehr Cornelia eh.

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	IV
Zusammenfassung	V
Abstract	VI
1 Einleitung	1
1.1 Österreichisches Gesundheits- und Pflegesystem	3
1.2 Soziale Ungleichheit	4
1.3 Gesundheitskompetenz	5
2 Methodik	7
2.1 Design	7
2.2 Datensammlungsprozess	7
2.3 Datensynthese	9
3 Ergebnisse	14
3.1 Soziale Ungleichheit im Zugang zur pflegerischen Versorgung	14
3.2 Soziale Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung	17
4 Diskussion	20
4.1 Empfehlungen für die Praxis	25
4.2 Empfehlungen für die Forschung	26
4.3 Limitationen und Stärken	27
5 Schlussfolgerung	28
6 Literaturverzeichnis	29
7 Anhang	VII

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen:

Tabelle 1 Suchvorgang bei der Literaturrecherche.....	8
Tabelle 2 Übersicht der eingeschlossenen Studien.....	11

Abbildungen:

Abbildung 1 - Ungleiche Ressourcen (Büscher 2008).....	1
Abbildung 2 Flussdiagramm	10

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Versorgungsungleichheit im Gesundheits- und Pflegesystem wurde bisher hauptsächlich im angloamerikanischen Sprachraum als Problem erkannt und untersucht. Mittlerweile hat sich diese Problematik auch international angesiedelt, denn auch in gut entwickelten Gesundheits- und Pflegesystemen gewinnt das Thema der sozialen Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung immer mehr an Bedeutung.

Ziel: Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, ob und wie Menschen mit einem niedrigen sozialen Status in der pflegerischen Versorgung benachteiligt sind.

Methode: Als passendes Design für die Arbeit wurde ein Literaturreview ausgewählt. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde im Zeitraum von Oktober 2017 bis Ende November 2017 eine Literaturrecherche in den Onlinedatenbanken PubMed, Cinahl und Ovid durchgeführt. Mithilfe von Keywords, Limits und Booleschen Operatoren konnte eine gezielte Suche durchgeführt werden. Nach der kritischen Bewertung, wurden acht Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage eingeschlossen.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigten, dass Menschen mit niedrigen sozialen Status in vielen Bereichen der pflegerischen Versorgung sowie auch im Zugang dazu benachteiligt sind. Vor allem in der rehabilitativen und ambulanten Versorgung wurden Benachteiligungen gegenüber sozial schwacher Personengruppen herausgefunden. Diese Ergebnisse wurden aus internationalen Studien zusammengefasst, wovon nur eine Studie aus dem deutschsprachigen Raum stammt.

Schlussfolgerung: Es wird deutlich, dass soziale Ungleichheit in der Pflege international präsent ist und ein großes Problem darstellt. Denn laut OECD (2017) wird die Kluft zwischen arm und reich immer stärker, was zu einer weiteren Verstärkung der sozialen Ungleichheit führt. Mehr Einfühlungsvermögen, Aufmerksamkeit und Zeit gegenüber ressourcenschwacher Gruppen durch das Pflegepersonal würde zu einer Verbesserung im Umgang mit Patienten und Patientinnen mit niedrigen sozialen Status führen. Der sozialen Ungleichheit in der Pflege sollte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, um allen Menschen eine adäquate pflegerische Versorgung sowie einen egalitären Zugang zu pflegerischen Leistungen gewährleisten zu können.

Abstract

Background: The inequalities in the health and care system has been identified as a problem, mainly in the Anglo-American language area. In the meanwhile, it is an international problem, because even in well-developed health and care systems, the topic of social inequality in nursing care is becoming increasingly important.

Objective: The aim of this thesis is to identify if people with a low social status are disadvantaged in nursing care.

Methods: As a suitable design, a literature review was selected. From October 2017 to November 2017 a systematic literature research in the online databases PubMed, Cinahl and Ovid was made. Keywords, limits and boolsche operators were used to conduct specific search. After a critical evaluation, eight studies were included to answer the research question.

Results: The results show that people with low social status are disadvantaged in many areas of nursing care as well as in access to it. Especially in the rehabilitation and outpatient care many disadvantages against vulnerable groups were found. The results are from international studies and just only one is from a german speaking country.

Conclusion: It becomes clear that social inequality in care is very present around the world and represents a big problem. According to OECD the gap between rich and poor is widening, leading to a further increase in social inequality. More empathy, attention and time to low socioeconomic groups by the nursing staff would lead to an improvement in the treatment of patients with low social status. In conclusion, more attention should be given to social inequality in care in order to ensure all people an adequate care and also an equal access to care.

1 Einleitung

Die Versorgungsungleichheit im Gesundheits- und Pflegesystem wurde hauptsächlich im angloamerikanischen Sprachraum als Problem erkannt. Mittlerweile hat sich diese Problematik auch international angesiedelt, denn auch in gut entwickelten Gesundheits- und Pflegesystemen gewinnt das Thema der sozialen Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung immer mehr an Bedeutung. Es hat sich gezeigt, dass es von der Ressourcenverfügbarkeit und den Geldleistungen der Betroffenen abhängt, ob und welche pflegerische Versorgung demjenigen oder derjenigen zu Gute kommt. Auch Zugang zum Gesundheitssystem ist von den zu Verfügung stehenden Ressourcen des oder der jeweiligen abhängig. Doch gerade in der heutigen Zeit sollten jedem Menschen unabhängig davon welchen sozialen Status er oder sie angehört, die gleiche pflegerische Versorgung sowie den Zugang zu pflegerischen Leistungen, gewährleistet sein (Büscher 2008). Abbildung 1 zeigt eine Grafik, die das Thema der ungleichen Ressourcenverteilung darstellt.

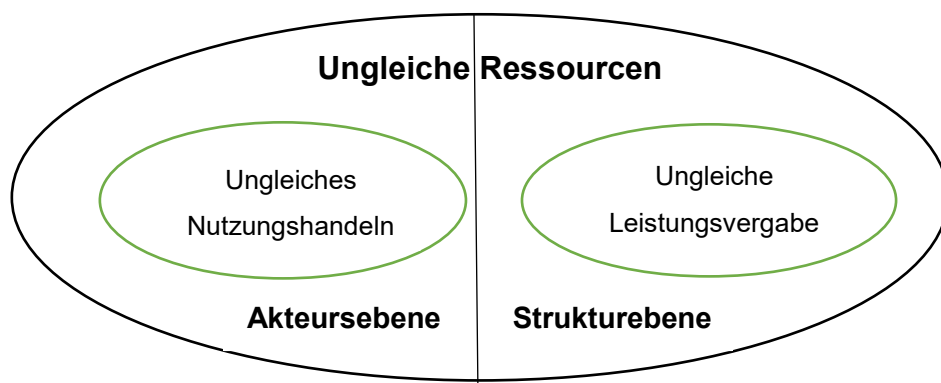


Abbildung 1 - Ungleiche Ressourcen (Büscher 2008)

Um die oben angeführte Grafik besser zu verstehen müssen die Begriffe Akteursebene und Strukturebene näher erläutert werden.

Die Akteursebene

Unter Akteure und Akteurinnen werden jene Personen verstanden, die Pflegeleistungen beziehen, die sogenannten Pflegebedürftigen. Pflegebedürftigkeit besteht dann wenn die personalen Ressourcen nicht mehr ausreichen, um körperliche, psychische, und physische Belastungen zu kompensieren und daher die Pflegebedürftigen nicht mehr in der Lage sind den Alltag, die

Krankheitsbewältigung und die Teilhabe am sozialen Leben selbstständig zu bewältigen und daher auf personelle Hilfe angewiesen sind.

Das ungleiche Nutzungshandeln, welches in der Abbildung 1 angeführt ist, ergibt sich daraus, dass die Verfügbarkeit der Ressourcen der Betroffenen ungleich ist. Jedoch ist dies nicht das einzige Problem, es liegt meist bei ressourcenschwachen Gruppen eine fehlende Gesundheitskompetenz vor, was dazu führt, dass die Personen bestimmte Informationen nicht finden, verstehen, geschweige denn beurteilen und anwenden können (Büscher 2008).

Die Strukturebene

Die Strukturebene bezieht sich im Gegensatz zur Akteursebene auf die Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen. Hier herrscht eine soziale Ungleichheit aufgrund unterschiedlicher Leistungsvergabe, durch Vorzugsbehandlung der privat versicherten Patienten und Patientinnen gegenüber der gesetzlich versicherten Patienten und Patientinnen.

Auch die Kostensteigerung, vor allem in der pflegerischen Langzeitversorgung, führt dazu, dass finanzielle Belastungen zum Ausschlusskriterium bestimmter pflegerischer Versorgungen führen. Es wird immer mehr gefordert selbstständig und eigenverantwortlich für die Gesundheitsversorgung zu sorgen, was zu Überforderung bei ressourcenschwachen Gruppen führt. Somit wird es immer schwieriger, die Angebote der pflegerischen Versorgung, für Menschen mit einem niedrigeren sozialen Status und dadurch einem erhöhten Risiko für Versorgungsabhängigkeit, auszurichten (Büscher 2008).

Zusammenfassend beschreibt die Abbildung 1, dass durch die ungleiche Ressourcenverteilung sowohl ein ungleiches Nutzungshandeln als auch eine ungleiche Leistungsvergabe entsteht. Dies führt zu einer Benachteiligung in der pflegerischen Versorgung und Gesundheitsvorsorge von Personen mit geringen finanziellen Ressourcen.

Eine weitere Problematik die zu einem Wachstum der sozialen Ungleichheit führt, ist die immer weiter fortschreitende Kluft zwischen Arm und Reich. Die Einkommensungleichheit in den OECD-Staaten ist so hoch wie noch nie. Das Durchschnittseinkommen der reichsten 10% der Bevölkerung ist etwa neunmal so hoch wie das der ärmsten 10% (OECD 2017). Allein in Österreich sind laut EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions, 2016) 14,1% der Bevölkerung armutsgefährdet und das obwohl der Reichtum in Österreich

gleichbleibend ist. Die Zahl der armutsgefährdeten Personen liegt somit zwischen 1.089.000 und 1.326.000. In ganz Europa ist fast ein Viertel beziehungsweise 23,7% der Bevölkerung armutsgefährdet. Unter armutsgefährdete Personen werden Menschen gezählt die ein monatliches Haushaltseinkommen von unter 1.185 Euro besitzen. Besonders stark betroffen sind alleinerziehende Mütter, kinderreiche Familien, Langzeitarbeitslose, Nicht-Österreicher und – österreichischerinnen sowie Personen mit einem niedrigen Bildungsstand (Statistik Austria 2017).

Aufgrund dieser Entwicklung sind auch Pflegekräfte immer mehr mit dem Thema der sozialen Ungleichheit konfrontiert.

1.1 Österreichisches Gesundheits- und Pflegesystem

In diesem Kapitel, wird kurz auf die Problematik im österreichischen Pflegesystem eingegangen, um aufzuzeigen, dass das Problem der sozialen Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung auch in Österreich gegeben ist, jedoch bis heute noch sehr wenig darüber berichtet beziehungsweise erforscht wird.

In Österreich setzt sich die pflegerische Versorgung der Betroffenen aus zwei Säulen zusammen:

- auf Geldleistungen in Form des Pflegegeldes
- sowie auf Sachleistungen wie zum Beispiel mobile Pflege, Tagesstätten, Heimpflegeplätze

Jedoch funktioniert das Pflegesystem nur durch zusätzliche Privatleistungen der zu pflegenden Person beziehungsweise deren Angehörigen. Da das Pflegegeld alleine keine ausreichende finanzielle Basis für weitere notwendige Unterstützungsleistungen bietet. Ohne die Unterstützung der Angehörigen wäre die Aufrechterhaltung des österreichischen Pflegesystems schwer möglich, da 80-85 % aller pflegebedürftigen Personen zu Hause leben und durch ihre Familienmitglieder versorgt werden. Nur 15% der pflegebedürftigen Menschen leben in Heimen. Die Problematik der sozialen Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung wird durch die demografische Entwicklung noch mehr an Bedeutung gewinnen, denn es kommt zu einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung sowie zu einer steigenden Frauenerwerbstätigkeit. Da bislang meistens Frauen die Pflege ihrer nahen Angehörigen übernommen haben, muss das österreichische

Pflegesystem umstrukturiert werden, um allen Menschen, auch denjenigen mit einem niedrigen sozialen Status eine adäquate Pflege zu gewährleisten. Denn eine 24- Stunden- Pflege ist selbst mit der höchsten Pflegegeldstufe in Österreich für Menschen mit einem geringen Einkommen nicht leistbar (Nowak et al. 2011).

Da die Problematik in der Langzeitpflege in Österreich bereits bekannt ist, werden bereits Pläne entwickelt mit dem Ziel pflegebedürftigen Personen, eine adäquate und leistbare Pflege zu sichern. Darunter fällt die häusliche Pflege und die mobilen Pflegedienste sowie Pflegeheime, Altenheime, Wohngemeinschaften für ältere Personen oder Tageszentren zur Entlastung pflegender Angehöriger. Im Bereich der Prävention besteht der größte Aufholbedarf, denn in Österreich werden nur 2% der Gesundheitsausgaben für die präventive Versorgung ausgegeben. Weiters besteht eine soziale Ungleichheit im Zugang und der Nutzung von präventiven Maßnahmen wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen, rehabilitative Maßnahmen und Impfungen.

Doch trotz allem geben die Österreicher und Österreicherinnen bezüglich des österreichischen Gesundheits- und Pflegesystems Zufriedenheit an. Da das oberste Ziel, ein egalitärer Zugang zum Gesundheits- und Pflegesystem, unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft oder Einkommen, gut umgesetzt wird (Hofmarcher 2013).

1.2 Soziale Ungleichheit

In der Soziologie gibt es die unterschiedlichsten Definitionen von sozialer Ungleichheit. In dieser Arbeit wurde die Theorie von Hradil (2001) herangezogen, da diese am meisten verbreitet ist und den Begriff der sozialen Ungleichheit am einfachsten und verständlichsten zusammenfasst. Von sozialer Ungleichheit wird dann gesprochen, wenn Menschen aufgrund ihrer sozialen Stellung von den wertvollen und begehrten Gütern der Gesellschaft regelmäßig mehr erhalten als andere. Unter diesen Gütern wird der Wohlstand, das Ansehen, die Gesundheit, der Beruf, die Integration und die gesunde Umwelt verstanden. Durch diese ungleiche Verteilung der Ressourcen entstehen unterschiedliche Lebens- und Verwirklichungschancen.

Da es eine Vielfalt von sozialen Ungleichheiten gibt, werden diese in Dimensionen zusammengefasst. In der heutigen, modernen Gesellschaft gelten der

Bildungsgrad, die sichere Erwerbstätigkeit, die berufliche Stellung, das Einkommen und das Prestige als wichtigste Dimensionen. Höhere und niedrigere Stellungen werden innerhalb dieser Dimensionen unterschieden. Sie werden als Erwerbs-, Berufs-, Einkommens-, Bildung,- oder Prestigestatus bezeichnet (Hradil 2001).

1.3 Gesundheitskompetenz

Da die Gesundheitskompetenz bei ressourcenschwachen Gruppen sehr schlecht ausgeprägt ist und dies einen erheblichen Teil zur sozialen Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung sowie im Zugang dazu beiträgt, ist in dieser Arbeit auch die Gesundheitskompetenz von großer Bedeutung, um zu verstehen, aus welchen Grund viele Menschen von Benachteiligungen in der pflegerischen Versorgung betroffen sind.

"Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course." (Sorensen et al. 2012).

[„Gesundheitskompetenz ist von Bedeutung um Zugang zu Gesundheitsinformationen zu finden und diese zu verstehen, beurteilen und anwenden zu können. Dies ist wichtig um in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung adäquate Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhöhung der Lebensqualität beitragen (Übersetzung durch C.L.“].

Gesundheitskompetenz kann in drei Ebenen stattfinden. Wobei die Erlangung von Gesundheitskompetenz ein lebenslanger Prozess ist, der sich im Laufe des Lebens von der ersten Ebene bis in die dritte Ebene steigern kann.

1. **Funktionale Ebene:** kognitive Fähigkeiten um gesundheits- oder pflegerelevante Informationen lesen und verstehen zu können
2. **Interaktive Ebene:** fortgeschrittene kognitive und soziale Fähigkeiten zur Informationsbeschaffung und -austausch durch Kommunikation

3. **Kritische Ebene:** fortgeschrittene kognitive und soziale Fähigkeiten, um die eingeholten Informationen für sich kritisch zu hinterfragen und die richtige Entscheidung zu treffen (Pschyrembel 2015).

Um die Wichtigkeit der Gesundheitskompetenz bezüglich der sozialen Ungleichheit und Pflege nochmals hervorzuheben, wurde eine Studie aus Deutschland herangezogen. Diese Studie zeigte, je älter die Personen sind desto eingeschränkter ist deren Gesundheitskompetenz. Die eingeschränkte Gesundheitskompetenz ist eng verbunden mit den sozioökonomischen Faktoren wie niedriges Bildungsniveau, niedriger Sozialstatus und Migrationshintergrund. Aufgrund der demographischen Entwicklung, steigt auch der Pflegebedarf in der Bevölkerung immer mehr und die Pflegekräfte werden in Zukunft verstärkt mit Personen mit niedrigen sozialen Status konfrontiert werden und müssen lernen mit dieser neuen Situation umzugehen (Berens et al. 2016). Wie bereits zu Beginn erwähnt, ist die Problematik der sozialen Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung, bereits auch international angesiedelt, jedoch wurde diese Thematik vor allem im deutschsprachigen Raum, kaum näher erforscht. Daraus ergaben sich die nachfolgende Forschungsfrage und das nachstehende Forschungsziel.

Ziel dieser Arbeit, ist es herauszufinden und aufzuzeigen, ob und wie Menschen mit einem niedrigen sozialen Status in der pflegerischen Versorgung benachteiligt sind. Daraus lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

Inwiefern sind Menschen mit einem niedrigen sozialen Status in der pflegerischen Versorgung benachteiligt?

2 Methodik

Im folgenden Kapitel, wird das Design, das Vorgehen des Datensammlungsprozesses sowie die Datensynthese näher beschrieben.

2.1 Design

Als passendes Design für die Bachelorarbeit wurde ein sogenanntes Literaturreview ausgewählt. Dieses Design eignet sich dazu, um die wichtigsten und aktuellsten Informationen über ein Forschungsproblem herauszufinden und aktuelles Wissen darüber, zu identifizieren. Ein Literaturreview enthält Forschungsberichte, Theorien, Klinische Studien oder andere wissenschaftliche Quellen (Gray, Grove & Sutherland 2017).

2.2 Datensammlungsprozess

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde im Zeitraum von Oktober 2017 bis Ende November 2017 eine Literaturrecherche in den Onlinedatenbanken PubMed, Cinahl und Ovid durchgeführt.

Suchstrategie

Zu Beginn wurde eine Suche ohne einsetzen diverser Filter gestartet, um herauszufinden, wie sich der weitere Suchvorgang gestalten wird. Die Recherche wurde erst mit vielen verschiedenen Schlüsselwörtern durchgeführt, um danach die wichtigsten Schlüsselwörter wie „social inequality“ und „nursing care“ herauszufiltern. Schlussendlich wurde die Suche mit der in Tabelle 1 angeführten Wörtern durchgeführt, da die Suche mit diesen Schlüsselbegriffen die besten Ergebnisse einbrachte. Um die Suche zu spezifizieren, wurden verschiedene Filter gewählt. Durch das Einsetzen spezifischer Keywords und diverser Filter wurden insgesamt 439 Ergebnisse erzielt. Dazu wurde der boole'sche Operator „AND“ eingesetzt, um präzisere Suchergebnisse zu erreichen. Außerdem wurde auch die Einstellung ausgewählt, dass die Suchwörter im Titel oder Abstract vorkommen, um so relevante Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage zu erhalten. Der Zeitraum in dem die Studien publiziert wurden, wurde auf die letzten fünf Jahre begrenzt, da ein Zurückblicken auf die letzten zehn Jahre keine weiteren relevanten Ergebnisse ergab und somit die Zeitbegrenzung von fünf Jahren am sinnvollsten

erschien und somit die aktuellste Literatur miteinbezogen werden konnte. Weiters wurden nur Studien in englischer und deutscher Sprache eingeschlossen.

Nachdem die ersten Ergebnisse ersichtlich wurden, erfolgte das Titelscreening, wodurch 58 Studien dem Abstractscreening zugelassen wurden. Damit eine Studie zum Abstractscreening zugelassen wird, mussten die wichtigsten Schlüsselwörter wie soziale Ungleichheit, sozialer Status oder Barrieren im Titel enthalten sein.

Tabelle 1 Suchvorgang bei der Literaturrecherche

Datenbank	Keywords	Filter	Ergebnisse	Ergebnisse nach Titelscreening	Relevant n. Screening d. Abstracts
Pub-Med	Social inequal* (Titel/Abstract) AND nursing care	Last 5 years	54	10	4
	Social inequalities AND barriers to nursing care	Last 5 years	169	20	5
	Social status (Titel/Abstract) AND care inequalities	Last 5 years	96	12	2
	Social inequal* AND health care (Titel/Abstract	Last 5 years	100	10	2
Ovid	Social inequal* AND care	Last 5 years	10	4	2
Cinahl	Social inequal* AND nursing care	Last 5 years	10	2	1
			439	58	16

Nachdem das Titelscreening durchgeführt wurde, erfolgte das Abstractscreening. Folgende inhaltliche Punkte mussten im Abstract enthalten sein, um die Studie danach für ein Volltextscreening zuzulassen.

- Forschungsproblem/Hintergrund/Ziel der Studie
- Design der Studie
- Klare Beschreibung der wichtigsten Ergebnisse
- Diskussion beziehungsweise Schlussfolgerung

Nach der Beurteilung der oben genannten Punkte und dem Wegfall von Duplikaten wurden 14 Studien für das Volltextscreening eingeschlossen. Diese Studien wurden mit einem wissenschaftlich fundierten Bewertungsinstrument beurteilt. Sechs Studien wurden ausgeschlossen, da sich im Laufe des Volltextscreenings herausstellte, dass diese Studien inhaltlich eher den medizinischen Part widerspiegeln beziehungsweise der gesundheitliche Aspekt behandelt wurde und nicht die Pflege im Fokus stand und daher nicht relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage waren. Insgesamt wurden dann acht Studien der kritischen Bewertung unterzogen und alle davon wurden positiv bewertet und daher in die Arbeit eingeschlossen. Der genaue Verlauf ist in Abbildung 2 ersichtlich.

2.3 Datensynthese

Die verwendeten Bewertungskriterien beruhen auf den bereits bestehenden, wissenschaftlich basierten Bewertungsbogen von Hawker et al (2002). Dieser Bewertungsbogen wurde deshalb ausgewählt, da damit alle Studiendesigns auf die Qualität hin überprüft werden können. Der Bewertungsbogen besteht aus neun Bewertungskriterien die jeweils mit 0-4 Punkten bewertet werden können. 0 Punkte bedeuten, dass keine der Kriterien oder nur unzureichende Informationen enthalten waren, während 4 Punkte bedeuten, dass alle inhaltlichen Kriterien erfüllt wurden. Es wurden nach der Bewertung einer Studie die Punkte zusammengezählt und durch die Anzahl der Bewertungskriterien dividiert. Alle Studien die durchschnittlich 2,5 Punkte erzielten, wurden miteingeschlossen.

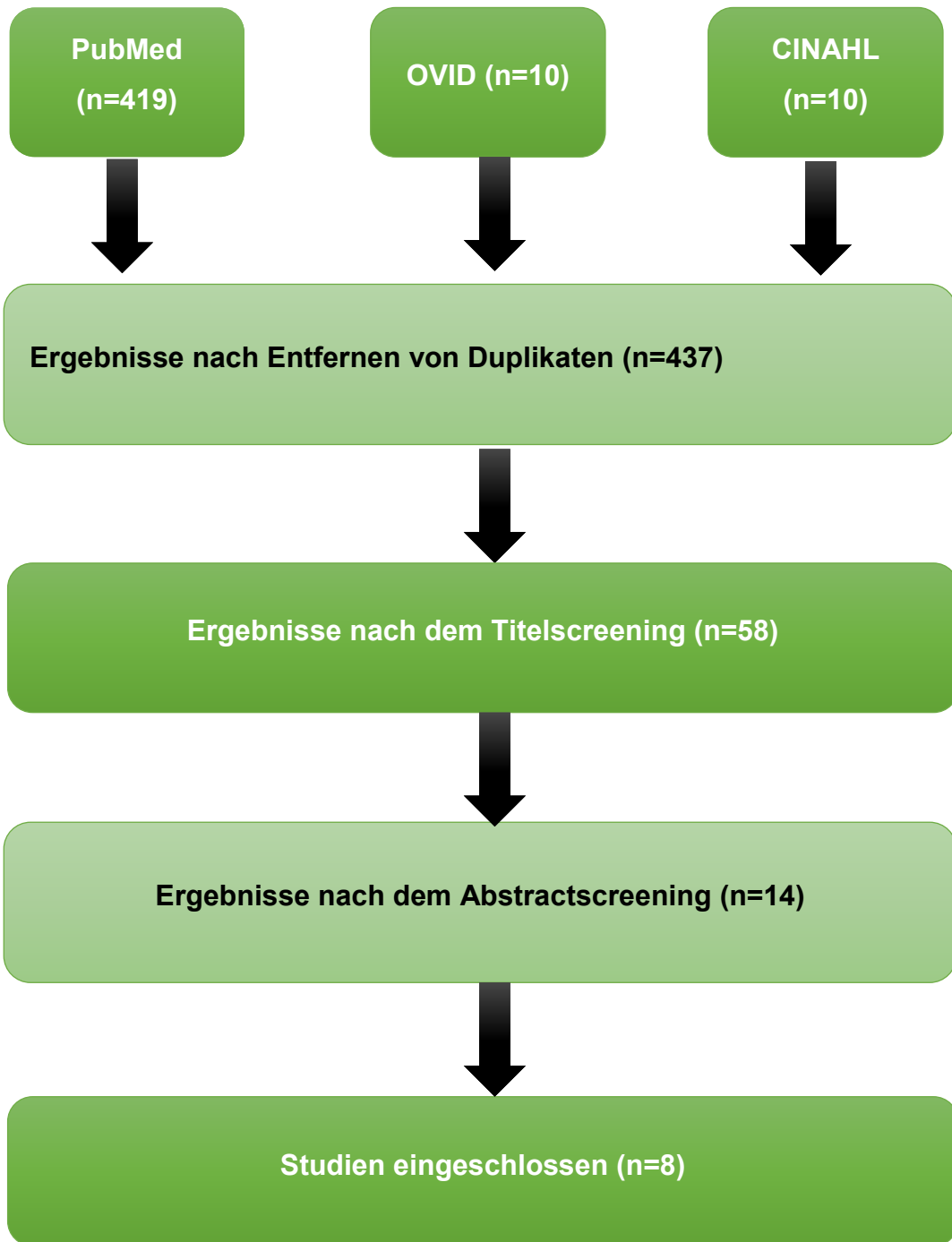


Abbildung 2 Flussdiagramm

Tabelle 2 Übersicht der eingeschlossenen Studien

Autor/Jahr	Studiendesign	Stichprobe (N)	Setting	Hauptergebnisse
<p>Möller et al 2013</p>	<p>Qualitative Studie – Grounded Theory (Interviews)</p>	<p>16 Pflegepersonen</p>	<p>Ambulante Pflegedienste in Norddeutschland</p>	<p>Niedriger sozialer Status – schlechtere pflegerische Versorgung. Pflegende bevorzugen Patienten und Patientinnen mit höheren sozialen Status.</p>
<p>Ryan Greysen et al 2014</p>	<p>Vorangehende Studie mittels RCT daraus dann eine Qualitative Studie, Grounded Theory</p>	<p>24 ältere Personen über 55 mit geringen Einkommen/Gesundheitskompetenz die vom Spital entlassen wurden</p>	<p>San Francisco General Hospital und Trauma Center</p>	<p>Patienten und Patientinnen mit niedrigen sozialen Status, kommen aufgrund des mangelnden Entlassungsmanagement durch das Pflegepersonal, zu Hause in ihrer Umgebung nicht zurecht.</p>

Henderson et al 2014	Qualitative Studie	28 Personen mit niedrigem sozialen Status und Diabetes	Gesundheitszentren in Südaustralien	Niedriger sozialer Status hat einen negativen Einfluss auf das Diabetes Selbstmanagement aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen.
Pederson et al 2017	Qualitative Studie	36 Personen, 24 Patienten und deren Verwandte = 12	Krankenhaus in Dänemark	Patienten und Patientinnen in den verschiedenen sozioökonomischen Gruppen fühlten sich aus verschiedenen Gründen von der kardiologischen Rehabilitation ausgeschlossen.
Wiklund et al 2017	Qualitative Studie: Interviews	10 Erwachsene (5 Frauen und 5 Männer)	Spezielle Schmerzrehabilitation in Nordschweden	Rehabilitation gilt als Ressource die jedoch nicht für jeden gleich zugänglich ist.
Sutherland G. et al 2012	Quantitative Studie: Querschnittstudie	110 Krankenhäuser sendeten einen	Krankenhäuser in Südaustralien und Victoria	Das australische Pflugesystem zeigt

		Umfragebogen an 8597 ehemalige stationäre Frauen weiter		bezüglich der Betreuung schwangerer Frauen, dass sozial benachteiligte Frauen/Mütter nicht ausreichend unterstützt werden.
Channon et al 2012	Quantitative Studie: Sekundäranalyse	35.114 Brasilianer/Brasilianeri nnen 34.745 Inder/Inderinnen	Indien und Brasilien	In beiden Ländern erhielten Personen mit Krankenversicherung eher eine stationäre Versorgung, dies betraf meist die reiche Bevölkerung.
Lima-Costa et al 2016	Quantitative Studie: Querschnittstudie (National Health Survey)	23.815 brasilianische Bürger und Bürgerinnen	Brasilien	Der wohlhabende Teil der Bevölkerung hat eher Anspruch auf formelle Pflege.

3 Ergebnisse

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der inkludierten Studien die in Tabelle 2 aufgelistet sind, zusammengefasst. Zuerst wird dargestellt wie den Menschen mit einem niedrigen sozialen Status der Zugang zu pflegerischen Leistungen, wie zum Beispiel Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen oder zur stationären Versorgung, erschwert wird. Im Anschluss daran wird näher darauf eingegangen wie diese Personengruppe direkt in der pflegerischen Versorgung benachteiligt wird, wie zum Beispiel durch eine schlechtere Betreuung durch das Pflegepersonal.

3.1 Soziale Ungleichheit im Zugang zur pflegerischen Versorgung

Der Zugang zur pflegerischen Versorgung für alle, unabhängig von Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Einkommen und Ethnie, stellt vor allem im Bereich der Rehabilitation ein Problem dar, dies beleuchteten zwei Studien aus Schweden (Wiklund et al 2016) und Dänemark (Pederson et al 2017). In den beiden Studien wurden unterschiedliche Kriterien herausgefunden, die den Zugang zur Rehabilitation für die Betroffenen erschwerten beziehungsweise zu einem völligen Ausschluss führten.

In der Studie aus Dänemark ging es um die soziale Ungleichheit im Zugang zur kardiologischen Rehabilitation und in Schweden um die spezielle Schmerzrehabilitation. Im Anschluss werden die unterschiedlichen Punkte, die zu Problemen im Zugang zur Rehabilitation führten, näher beschrieben.

Ausschluss aufgrund verschiedener Gesundheitsüberzeugungen beziehungsweise Lebensstile:

Das Problem, aufgrund eines anderen Lebensstils aus der kardiologischen Rehabilitation ausgeschlossen beziehungsweise ausgegrenzt zu werden, betrifft hauptsächlich Personen mit einem niedrigen Bildungsstand. Der Grund dafür liegt daran, dass sie Probleme dabei haben ihren Lebensstil zu ändern, da sie zu wenig Informationen und Unterstützung in der Rehabilitation bekommen. Patienten und Patientinnen mit einem ungesunden Lebensstil fühlten sich durch die Angehörigen des Gesundheitsberufes stigmatisiert. Durch die Stigmatisierung verloren die Patienten und Patientinnen ihre Motivation ihren Lebensstil zu ändern und an dem Rehabilitationsprogramm teilzunehmen (Pederson et al 2017).

Ausschluss aufgrund psychischer Probleme:

Patienten und Patientinnen mit einem niedrigen sozialen Status und akuten Koronarsyndrom haben nach der Erkrankung häufig psychische Probleme. Jedoch wird in dem Rehabilitationsprogramm der kardiologischen Rehabilitation keine psychologische Betreuung angeboten. Dadurch ergibt sich das Problem, dass sich die Betroffenen aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen, keinen adäquaten Therapeuten oder Therapeutin leisten können. Sie werden mit ihren Problemen alleine gelassen und müssen sich selbstständig darum kümmern, die geeignete Art von Hilfe zu finden. Das ist für diese Personengruppe nahezu unmöglich. Daher sind psychische Probleme ein großes Hindernis für den Zugang zu einer adäquaten Rehabilitation (Pederson et al 2017).

Ausschluss durch zu wenig Information

Es stellte sich heraus, dass Personen mit einem niedrigen Bildungsstand zu wenige Informationen bezüglich dem Ablauf und den Sinn einer Rehabilitation bekommen haben. Dadurch haben sie auch den Sinn der kardiologischen Rehabilitation nicht verstanden und konnten sich somit auch nicht mit dem Rehabilitationsprogramm identifizieren. Die Patienten und Patientinnen fühlten sich dadurch ausgeschlossen und „Fehl am Platz“ (Pederson et al 2017).

Ausschluss aufgrund von Zeit und Ort

Da die kardiologische Rehabilitation nur vormittags im Krankenhaus angeboten wird, haben berufstätige Patienten und Patientinnen keine Möglichkeit diese Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Diese Problematik betrifft diesmal hauptsächlich Personen mit einem höheren Bildungsstand. Der Ausschluss aufgrund des Ortes, betrifft wiederum die andere Bevölkerungsschicht, da diese meist von öffentlichen Verkehrsmitteln abhängig sind und dies zu einem großen Hindernis führte die Rehabilitation in Anspruch zu nehmen (Pederson et al 2017).

Auch in der Studien aus Schweden wurden zahlreiche Ungleichheiten im Zugang zur Rehabilitation festgestellt. Der Zugang zur Schmerzrehabilitation sowie zusätzliche professionelle Unterstützung wurden durch Faktoren wie Diagnose, Arbeitsfähigkeit, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit und sozialem Status beeinflusst.

Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern

Weibliche Patientinnen wurden in der Rehabilitation weniger geschätzt und haben einen niedrigeren sozialen Status als Männer im Gesundheitssystem. Es hat sich auch herausgestellt, dass Frauen größere Schwierigkeiten haben einen Zugang zur Rehabilitation zu bekommen als Männer (Wiklund et al 2016).

Macht des sozialen Status

Die Kategorie „Macht des sozialen Status“ spiegelt die Ungleichheiten in Bezug auf den sozioökonomischen Status, die soziale Klasse, das Geschlecht und die ethnische Zugehörigkeit wider. Eine einheitliche Meinung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen war, dass Patienten und Patientinnen von Gesundheits- und Pflegekräften auf der Grundlage von Faktoren wie Wirtschaftsstatus, Beruf, Alter, Nationalität und Geschlecht unterschiedlich behandelt wurden. Weiters wurden auch Aspekte wie Aussehen, Gewicht und Fitness erwähnt, die den Zugang erleichterten beziehungsweise erschwerten. Auch Patienten und Patientinnen die nicht aus Schweden stammten wurden gegenüber den Einheimischen benachteiligt. Männer in Anzug und mit Krawatte sowie Frauen mit Make-up und High-Heels bekamen eine größere Chance Zugang zur Rehabilitation zu bekommen. Es wurde aufgrund des attraktiven Aussehens davon ausgegangen, dass diese Personen finanziell besser gestellt sind und dadurch einen höheren sozialen Status haben (Wiklund et al 2016).

Studien die Daten aus Indien und Brasilien analysierten, zeigten die Ungleichheiten im Zugang zur stationären Verpflegung auf. Hier wird die soziale Ungleichheit durch die Krankenversicherung vorangetrieben. Da die Krankenversicherung in diesen beiden Ländern hauptsächlich für wohlhabende Personen leistbar ist und deshalb die arme Bevölkerung zum größten Teil nicht krankenversichert ist. Dadurch wird eher den reichen Leuten eine adäquate stationäre Versorgung im Krankenhaus gewährleistet. In Indien sind die Ungleichheiten im Zugang zur stationären Versorgung weitaus stärker ausgeprägt als in Brasilien. Außerdem wurde in Indien festgestellt, dass Personen mit einem höheren Bildungsstatus auch in der stationären Versorgung bevorzugt werden (Channon et al 2012). Eine weitere Studie aus Brasilien stellte Ungleichheiten im Zugang zur häuslichen Pflege bei älteren Personen dar. Die Ergebnisse zeigten, dass in Brasilien der Erhalt von

informeller Pflege von mehreren Faktoren beeinflusst wird, wie etwa die Verfügbarkeit von Angehörigen oder Freunden. Formelle Pflege, also Pflege durch professionell ausgebildete Pflegekräfte, ist für Personen mit geringen finanziellen Ressourcen in Brasilien nicht leistbar, da es keine finanzielle Unterstützung in diesem Bereich gibt. Daher erhalten in Brasilien nur die wohlhabendsten Personen eine Pflege durch professionelle Pflegekräfte und somit Unterstützung in allen täglichen Lebensaktivitäten. Daraus ergibt sich, dass Patienten und Patientinnen mit einem niedrigen sozialen Status, von ihren Angehörigen abhängig sind und keine Chance auf eine adäquate Pflege bekommen (Lima-Costa et al 2016).

Weitere Ergebnisse einer Studie aus Australien zeigen, dass es soziale Ungleichheiten beziehungsweise Barrieren im Bereich des Selbstmanagements von Typ 2 Diabetes gibt. In der Umsetzung des Diabetes Selbstmanagementprogramms mangelt es bei den meisten Betroffenen an finanziellen Ressourcen. Die Patienten und Patientinnen geben an, dass der Zugang zu den Ressourcen wie Blutzuckermessgerät, Pen und Nadeln unklar, sowie mit hohen Kosten verbunden ist, die nur teilweise vom Gesundheitssystem übernommen werden. Weiters wurde herausgefunden, dass auch spezielle Schuhe für Diabetiker notwendig sind und diese teilweise Kosten in der Höhe von 200€ verursachen. Für Personen mit geringen finanziellen Ressourcen ist dies nicht leistbar. Eine weitere Problematik sind fehlende Informationen über den Zugang zu speziellen diabetikergerechten Lebensmitteln, die durch die Beratung von Diätologen und Diätologinnen oder Pflegekräften empfohlen wurden. Außerdem mangelt es häufig an der Beziehung zwischen Pflegekräften und Patient oder Patientin, denn die Betroffenen haben häufig das Gefühl missverstanden zu werden und zu wenige Informationen bezüglich des Umgangs mit ihrer Erkrankung zu bekommen (Henderson et al 2014).

3.2 Soziale Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung

Die Studie von Möller et al (2013) beschreibt die soziale Ungleichheit in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Die Ergebnisse zeigten, dass ambulant Pflegende in ihrem täglichen Arbeitsalltag ständig mit sozialer Ungleichheit der Patienten und Patientinnen konfrontiert sind. Es stellte sich heraus, dass ein niedriger Bildungsstand zu großen Problemen bei den Patienten und Patientinnen

führt. Die größten Schwierigkeiten entstehen beim Ausfüllen von oft sehr umfangreichen Formularen beziehungsweise Anträgen für zum Beispiel Pflege- und Geldleistungen. Diese werden oft nicht richtig verstanden und verhindern somit ein korrektes Ausfüllen der Formulare. Das hat zur Folge, dass keine oder keine ausreichenden Leistungen in Anspruch genommen werden können. Daher haben Betroffene mit einem niedrigen Bildungsstand eine geringere Chance auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Außerdem wurde beobachtet, dass Patienten und Patientinnen mit geringen finanziellen Ressourcen eine schlechtere pflegerische Versorgung in Kauf nehmen müssen, als Personen mit einem höheren Einkommen. Personen mit höheren finanziellen Mitteln, haben die Möglichkeit zusätzliche Pflegeleistungen über die Pflegekasse zu kaufen, um so die bessere pflegerische Versorgung und Unterstützung zu bekommen. Ein weiteres Problem wird darin gesehen, dass Patienten und Patientinnen mit schwachen Ressourcen, die alleine oder in schwierigen familiären Verhältnissen leben, deutlich schneller in menschenunwürdige Lebenssituationen beziehungsweise Lebensverhältnisse geraten, da ihnen die entsprechende Unterstützung von außen fehlt. Dazu kommt noch die Problematik, dass sich Patienten und Patientinnen mit einem niedrigen sozialen Status häufig für ihre Lebensumstände schämen und dadurch weniger soziale oder pflegerische Unterstützung in Anspruch nehmen. Ein weiteres Ergebnis zeigt, dass Patienten und Patientinnen mit einem niedrigen Bildungsniveau, ihr Pflegegeld häufig in Tabak, Alkohol, teure Elektrogeräte oder ihre Haustiere investieren. Dies erzeugt häufig Ärger bei den Pflegekräften. Weiters ergab die Studie, dass Pflegepersonen das Arbeiten mit Menschen mit einem höheren sozialen Status bevorzugen (Möller et al 2013).

Eine weitere Problematik, die soziale Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung aufzeigt ist das mangelnde Entlassungsmanagement, denn die Entlassung älterer Personen nach Hause, stellt nach wie vor eine große Herausforderung dar. Eine Studie aus Kalifornien zeigt, dass durch mangelndes Entlassungsmanagement, bei älteren Personen mit geringen finanziellen Ressourcen und geringer Gesundheitskompetenz, zahlreiche Probleme und Hindernisse nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auftreten. Patienten und Patientinnen bekamen sowohl von Ärzten oder Ärztinnen als auch von Pflegekräften zu wenige Informationen über die Alltagsbewältigung und die eventuell benötigte pflegerische Unterstützung zu Hause. Außerdem bekamen sie auch kein Wissen

darüber wo und wie sie diverse Hilfsmittel anschaffen können und wer die Kosten dafür übernimmt. Die Patienten und Patientinnen gaben an, dass sie zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung nicht mehr zurechtkommen, da sie keine Unterstützung von professionell ausgebildeten Pflegepersonal bekamen, geschweige denn von ihrer Familie. Somit wurden die Betroffenen mit ihrem Schicksal alleine gelassen. Dies führte zur sozialen Isolation und Vereinsamung der Betroffenen (Greysen et al 2014).

In einer Studie aus Australien wurden Ungleichheiten in der Pflege und Betreuung während und nach der Schwangerschaft festgestellt. Diese Studie zeigt, dass Frauen mit einem niedrigen sozialen Status in der Schwangerschaftsvorsorge und -nachsorge im australischen Gesundheitssystem benachteiligt sind. Dieser Personengruppe bleibt häufig nur die Möglichkeit ein öffentliches Krankenhaus aufzusuchen und dort gepflegt und betreut zu werden. Jedoch bekommen diese kaum spezielle Unterstützung durch eine Hebamme. Das bedeutet gerade sozial benachteiligte Mütter bekommen während beziehungsweise bei Problemen nach der Geburt nicht ausreichend Unterstützung, da sie keine Betreuung durch eine Hebamme bekommen, die ihnen bei speziellen Problemen weiterhelfen kann (Sutherland et al 2012).

4 Diskussion

Das Ziel dieses Literaturreviews war es, herauszufinden ob und wie Menschen mit einem niedrigen sozialen Status in der pflegerischen Versorgung benachteiligt sind. In der Gesamtbetrachtung der Ergebnisse zeigte sich, dass soziale Ungleichheit in der Pflege bereits international angesiedelt ist. Im Laufe der Literaturrecherche und des Volltextscreenings stellte sich heraus, dass es zahlreiche Studien über soziale Ungleichheit in der medizinischen Versorgung gibt, jedoch sehr wenig Literatur wo der Fokus auf die Pflege gesetzt wurde. Überhaupt hat sich im deutschsprachigen Raum kaum jemand mit der Thematik der sozialen Ungleichheit in der Pflege auseinandergesetzt. Es wurde nur eine Studie aus Deutschland von Möller et al (2013) gefunden, die die soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege aufzeigt. In den acht eingeschlossenen internationalen Studien wurden einige Ergebnisse bezüglich der Benachteiligung sozial schwacher Personen in der pflegerischen Versorgung beziehungsweise im Zugang dazu, herausgefunden.

Zwei Studien, eine aus Schweden von Wiklund et al (2016), die andere aus Dänemark von Pederson et al (2017), wiesen sehr interessante aber auch bedenkliche Ergebnisse bezüglich sozialer Ungleichheit im Bereich der rehabilitativen Versorgung beziehungsweise Pflege auf. Es zeigte sich, dass Personen mit einem niedrigen sozialen Status, vor allem aufgrund schlechter Bildung und geringer finanzieller Ressourcen Schwierigkeiten beim Zugang zur Rehabilitation haben beziehungsweise während der Rehabilitation ausgegrenzt werden. Ressourcenschwache Gruppen neigen häufig zu ungesundem Lebensstil sowie psychischen Problemen aufgrund ihrer Erkrankung. Im Rahmen der Rehabilitation erfuhr diese Patientengruppe Stigmatisierung durch die Pflegepersonen, was dazu führte, dass sich die Betroffenen ausgeschlossen und ausgegrenzt fühlten und die Motivation verloren einen gesünderen Lebensstil anzustreben. Eine gesunde Ernährung, Gewichtsreduktion sowie das Beenden von Zigaretten rauchen, würden zu einem gesünderen Lebensstil beitragen. Weiters wurde auch keine psychische Betreuung im Rahmen des Rehabilitationsprogrammes angeboten. Die Patienten und Patientinnen wurden darauf verwiesen, sich selbstständig um einen adäquaten Therapeuten oder Therapeutin zu kümmern. Dies ist jedoch aufgrund der geringen finanziellen

Ressourcen für diese Personengruppe nahezu unmöglich. Im Zugang zur Rehabilitation wurden bedenkliche Ergebnisse herausgefunden. Es hat sich herausgestellt, dass Patientinnen und Patienten oft nur dann Zugang zur Rehabilitation bekommen, wenn sie ein attraktives Erscheinungsbild hatten. Das Ergebnis zeigt, dass die Gesellschaft von Vorurteilen geprägt ist, denn allein vom Aussehen her den Menschen zuzuschreiben sie hätten einen höheren oder niedrigeren sozialen Status, ist gerade in der Berufssparte unangemessen. Laut Hradil (2001) gibt es verschiedene Faktoren wie zum Beispiel das Einkommen, den Bildungsstand oder das Prestige, die den sozialen Status beeinflussen. Doch dies bedeutet nicht gleichzeitig, dass Menschen mit niedrigem Bildungsstand oder geringen finanziellen Ressourcen ein unattraktiveres Erscheinungsbild haben, als Personen mit höherem sozialen Status.

Außerdem sollten die Pflegepersonen die Patienten und Patientinnen als ganzheitlich betrachten, das heißt sowohl die physischen als auch die psychischen und sozialen Probleme mit zu berücksichtigen. Dadurch kann mehr Verständnis gerade für soziale schwache Menschen aufgebracht werden. Roper, Logan und Tierney haben sich bereits in den 1970-er Jahren mit dem Thema der ganzheitlichen Pflege auseinandergesetzt und ein Pflegemodell entwickelt. Dieses Pflegemodell hatte zum obersten Ziel nicht nur die körperlichen Symptome der Patienten und Patientinnen zu beachten sondern den Menschen als ganzheitlich zu betrachten. Durch biologische, psychologische, soziokulturelle, umgebungsabhängige sowie wirtschaftspolitische Faktoren werden die Menschen in ihren Lebensaktivitäten beeinflusst. Das war eine wichtige Erkenntnis, um die Betroffenen als ganzheitlich betrachten zu können und ihnen eine individuelle ganzheitliche Pflege zu gewährleisten (Roper et al 2016). Obwohl dieses Pflegemodell schon sehr lange bekannt ist, wird das Konzept der ganzheitlichen Pflege bis heute in der Praxis selten angewandt. Wie schon bereits oben erwähnt, könnte dadurch ein besseres Verständnis für Patienten und Patientinnen aus schwierigen Lebensumständen aufgebracht werden.

In der Studie von Wiklund et al (2016) hat sich auch herausgestellt, dass Frauen größere Schwierigkeiten haben einen Zugang zur Rehabilitation zu bekommen als Männer. Jedoch sollte jeder Mensch unabhängig von Aussehen, Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit oder sozialen Status, die gleiche Chance auf die Inanspruchnahme einer Rehabilitation haben. Böscher zeigte bereits 2008

Geschlechterungleichheiten in der Pflege auf. Wie schon in der vorangehenden Studie von Wiklund et al (2016) erwähnt, dass Frauen einen erschwerten Zugang zu pflegerischen Leistungen haben, stellte sich auch bei Büscher heraus, dass Frauen im Vergleich zu Männer vermehrt von sozialer Ungleichheit in der Pflege betroffen sind. Dieses Ergebnis ist darauf zurückzuführen, dass pflegebedürftige Männer eine höhere Wahrscheinlichkeit haben von ihrer Partnerin versorgt und gepflegt zu werden und ihnen dadurch ein längerer Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung gewährleistet werden kann. Frauen sind aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung, häufiger von Verwitwung und Vereinsamung im Alter betroffen und haben daher im Vergleich zu Männer eine geringere Chance auf familiäre Unterstützung (Büscher 2008). Das bedeutet, dass Frauen häufiger ein Pflegeheim in Betracht ziehen müssen, da eine häusliche Pflege aufgrund fehlender Ressourcen oft nicht ermöglicht werden kann.

Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass Menschen mit geringen sozialen Status der Zugang zur rehabilitativen Versorgung, sowie während der Rehabilitation durch Pflegepersonen erschwert wird und Betroffene kaum Unterstützung bekommen.

Die Studie von Channon et al (2012) zeigt deutliche Ungleichheiten in der stationären Versorgung in Indien und Brasilien. In diesen Ländern haben hauptsächlich die wohlhabendsten Personen mit hohem Bildungsgrad Zugang zu einer adäquaten stationären Versorgung, da die Krankenversicherung für Personen mit wenigen finanziellen Ressourcen nicht leistbar ist. In diesen Ländern wird deutlich klar, dass der arme Bevölkerungsteil auf sich alleine gestellt ist und kaum Unterstützung bekommt. Das wird dazu führen, dass die Kluft zwischen arm und reich immer weiter fortschreitet und es zu einer weiteren Verstärkung der sozialen Ungleichheit kommen kann, wie auch OECD (2017) bestätigt. Eine weitere Studie aus Brasilien von Lima Costa et al (2016) fand heraus, dass Personen mit geringen finanziellen Ressourcen keine Möglichkeit auf eine professionell ausgebildete häusliche Pflege haben. Diese Personengruppe ist von ihren Angehörigen abhängig. Jedoch zeigt sich in beinahe allen eingeschlossenen Studien, dass Personen mit niedrigen sozialen Status meist alleine wohnen und wenig Unterstützung durch ihre Angehörigen bekommen. Dies ist daher ein großes Problem, vor allem aufgrund der demographischen Entwicklung. Durch die immer älter werdende Gesellschaft, steigt der Pflegebedarf und immer mehr

pflegebedürftige Personen haben keine Chance auf eine adäquate Pflege. Daher kann auch davon ausgegangen werden, dass Pflegepersonen in Zukunft immer mehr mit pflegebedürftigen Menschen die einen niedrigen sozialen Status haben, konfrontiert sind und sich auf die zukünftige neue Situation einstellen müssen. Der Umgang mit dieser Patienten- und Patientinnengruppe könnte durch spezielle Schulungen für das Pflegepersonal, die das Problem aufgreifen und näher behandeln, erleichtert werden, um so weiterhin einen möglichst reibungslosen Arbeitsablauf zu gewährleisten.

Eine Studie aus Deutschland von Möller et al (2013) zeigt, dass die soziale Ungleichheit in der Pflege auch im deutschsprachigen Raum von großer Bedeutung ist. In dieser Studie wurde die soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege aufgezeigt. Auch hier sind der niedrige Bildungsstand und die geringen finanziellen Ressourcen die größte Problematik die zu einer Benachteiligung ressourcenschwacher Gruppen führen. Denn es kommt zu Problemen beim Ausfüllen von Formularen und Anträgen für wichtige Unterstützungsleistungen für die Pflege und Betreuung der Betroffenen. Aufgrund des nicht korrekten Ausfüllens der Anträge, bekommen die Patienten und Patientinnen keinen oder keinen ausreichenden Anspruch auf Pflege- und Betreuungsleistungen. Das Pflegepersonal nimmt sich keine Zeit um den Patienten und der Patientin das korrekte Ausfüllen der Formulare zu erklären. Das könnte daran liegen, dass aufgrund geringer zeitlicher Ressourcen des Pflegepersonals nicht die Möglichkeit besteht, sich für diese Patienten- und Patientinnengruppe vermehrt Zeit zu nehmen. Jedoch sollte zumindest so viel Zeit in Anspruch genommen werden, um die ausgefüllten Formulare richtig zu stellen und somit den Patienten und Patientinnen den Anspruch auf wichtige Leistungen für die Pflege zu gewährleisten. Weiters müssen Personen mit geringen finanziellen Mitteln eine schlechtere Pflege in Kauf nehmen als jene mit einem höheren finanziellen Einkommen. Das ergibt sich daraus, dass sich Menschen mit höheren finanziellen Ressourcen, zusätzliche Pflegeleistungen über die Pflegekassa kaufen können. Die Studie ergab auch, dass das Pflegepersonal das Arbeiten mit Menschen mit höheren sozialen Status bevorzugt. Das ist darauf zurückzuführen, dass sie sich weniger ärgern müssen und nicht so viel Zeit für diese Personengruppe aufwenden müssen und dadurch deren

Arbeitsablauf weniger gestört wird. Bei diesen Ergebnissen zeigt sich eine deutliche Benachteiligung gegenüber Personen mit einem niedrigen sozialen Status.

Ein weiterer wichtiger Punkt im Rahmen der pflegerischen Versorgung ist das Entlassungsmanagement, das dazu dienen soll die Patienten und Patientinnen gut auf ihr weiteres Leben in ihrem zu Hause vorzubereiten und wichtige Dinge bezüglich Pflege und Betreuung vorab abzuklären. Die Entlassung älterer Personen aus dem Krankenhaus nach Hause stellt nach wie vor eine große Herausforderung dar, vor allem für Personen mit geringen finanziellen Ressourcen und schwacher Gesundheitskompetenz, wie die Studie von Greysen et al (2014) zeigt. Durch das mangelnde Entlassungsmanagement treten vor allem bei ressourcenschwachen Gruppen zahlreiche Probleme und Hindernisse bei der Entlassung nach Hause auf. Es stellte sich heraus dass diese Personengruppe zu wenige Informationen über die Alltagsbewältigung und die eventuelle benötigte pflegerische Unterstützung zu Hause bekommen haben. Die Patientinnen und Patienten hatten auch keine Ahnung wo und wie sie sich diverse Hilfsmittel anschaffen können und wer die Kosten dafür übernimmt. Die Patienten und Patientinnen fühlen sich mit ihrem Schicksal alleine gelassen und können ihren Alltag zu Hause nicht mehr bewältigen. Das führt zur weiteren sozialen Isolation und Vereinsamung der Betroffenen. Jedoch zählt das Entlassungsmanagement zu einem der wesentlichsten Aufgaben des diplomierten Pflegepersonals. Sie sind dafür verantwortlich, dass den Patienten und Patientinnen auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Pflege und Betreuung gewährleistet ist, sowie dass die Patienten und Patientinnen genügend Informationen bekommen bezüglich weiterer Versorgung nach ihrer Erkrankung. Das Pflegepersonal könnte im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes die Sozialberatung einschalten, die die Betroffenen über die Möglichkeiten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufklären. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit ist vor allem bei Personen mit niedrigen sozialen Status extrem wichtig, denn diese benötigen mehr Unterstützung in der Organisation ihres weiteren Lebens.

4.1 Empfehlungen für die Praxis

Ein wichtiger Punkt, um die soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung zu vermindern, wäre ein Informationstag beziehungsweise eine Schulung für das gesamte Pflegepersonal, das heißt sowohl für diplomiertes Pflegepersonal als auch für Pflegefachassistenten und –assistentinnen und Pflegeassistenten und -assistentinnen inklusive deren Führungskräfte. Die Schulung sollte Informationen über den Umgang mit Patienten und Patientinnen aus schwierigen Lebensumständen vermitteln. Denn den Pflegepersonen sollte bewusst gemacht werden, dass sie mit der sozialen Ungleichheit immer mehr konfrontiert werden und lernen müssen auch auf die Bedürfnisse ressourcenschwacher Gruppen einzugehen. Weiters sollte das Pflegepersonal den Patienten oder die Patientin als ganzheitlich betrachten, um auch das Verhalten derer zu verstehen und individueller auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen zu können.

Wesentlich wäre auch eine patientengerechte Sprache, denn gerade bei Personen mit niedriger Bildung und Gesundheitskompetenz treten oft Verständnisprobleme auf, die dazu führen, dass sich die Betroffenen nicht gut genug informiert fühlen. Sie aber aufgrund von sozialer Scham nicht trauen weiter nachzufragen und sich mit der vermittelten Information zufrieden geben. Broschüren über Hilfsmittelanschaffung und Hilfestellungen im Alltag in einfachen und verständlichen Sätzen sowie in unterschiedlichen Sprachen, könnten auch zur besseren Wissensvermittlung beitragen.

Auch die multiprofessionelle Zusammenarbeit vor allem mit einem Psychologen oder Psychologin und einem Sozialarbeiter oder einer Sozialarbeiterin, könnte zu einem besseren Umgang mit Personen mit geringeren sozialen Status beitragen. Dadurch dass unterschiedliche Berufsgruppen zusammenarbeiten, kann der Patient oder die Patientin aus unterschiedlichen Sichtweisen betrachtet werden, was zu einem besseren Verständnis bezüglich der Lebensumstände und Probleme der Betroffenen führt. Österreich hat sich mit dem Thema bereits beschäftigt und 2017 das Primärversorgungsgesetz eingeführt. Dieses sieht vor, dass „Health Professionals“ in Zukunft verstärkt in Teams zusammenarbeiten und dadurch die multiprofessionelle Zusammenarbeit forciert werden soll. In Zukunft soll es vermehrt

Primärversorgungszentren geben, um so den Patienten und Patientinnen außerhalb des Krankenhauses eine professionelle Pflege beziehungsweise Versorgung durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen zu gewährleisten. Außerdem können verschiedenste Bereiche wie die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, älteren Personen, chronische Kranken, sowie die psychosoziale Versorgung, das Arzneimittelmanagement und die Gesundheitsförderung und Prävention abgedeckt werden. (Bundeskanzleramt Österreich 2018) Dadurch entsteht auch eine Zeit- und Kostenersparnis für die Betroffenen.

4.2 Empfehlungen für die Forschung

Angesichts der zu erwartenden steigenden Anzahl von pflegebedürftigen Menschen sollte dem Einfluss sozialer Determinanten in der pflegerischen Versorgung in der Forschung mehr Aufmerksamkeit zukommen (Möller et al 2013). Es wurden zwar Studien gefunden die Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung aufzeigen, jedoch war es zu wenig Literatur, um wirklich deutliche Schlüsse daraus ziehen zu können. Hier wäre es wünschenswert, dass vor allem auch in Österreich mehr Forschung betrieben wird, denn die Gesundheitspolitik ist in den verschiedenen Ländern unterschiedlich aufgebaut und daher können Studien die die Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen im Fokus haben, nur schwer auf andere Länder übertragen werden. Wichtig wäre, den Schwerpunkt der Forschung auf die Benachteiligung sozialer schwacher Menschen in der Pflege zu legen.

Das wäre am besten umzusetzen, in dem die Patienten und Patientinnen unterschiedlicher sozialer Gruppen unabhängig voneinander befragt werden, wie sie sich in den unterschiedlichen Settings behandelt fühlten. Danach könnte ein Vergleich aufgestellt werden, welche soziale Gruppe besser behandelt beziehungsweise gepflegt wurde. Zusätzlich wäre es sinnvoll den sozialen Status anhand der gängigsten Variablen, laut Hradil's (2001) Definition, wie Einkommen, Bildungsstand und Beruf zu messen.

4.3 Limitationen und Stärken

Da es sich um ein Literaturreview handelt, ergibt sich die Limitation aufgrund des Designs, da es sich ausschließlich um erste Basisergebnisse handelt und noch weiter Forschung betrieben werden muss, um die Thematik noch näher behandeln zu können. Außerdem wurde keine systematische Beurteilung der Literatur durchgeführt, da die Studien nur durch die Autorin bewertet wurden. Durch das Bewerten der Studien von mehreren Autoren, würde die Objektivität und Glaubwürdigkeit der Arbeit gesteigert werden. Auch der begrenzte Zeitraum in der die Literaturrecherche stattfand, stellt eine Limitation dar. Weiters besteht ein Language Bias da nur Studien in englischer und deutscher Sprache eingeschlossen wurden, wodurch eventuell weitere interessante Studien in anderen Sprachen nicht miteingeschlossen wurden. Die Ergebnisse der Studie sind nicht generalisierbar, da Studien aus Ländern mit unterschiedlich entwickelten Gesundheits- und Pflegesystemen verwendet wurden. Eine Stärke dieses Literaturreviews ist, dass ausschließlich Studien der letzten fünf Jahre gewählt wurden. Somit ist die Aktualität der Studienergebnisse gewährleistet. Eine weitere Stärke dieses Literaturreviews ist, dass erste Ergebnisse aufgezeigt werden konnten, die belegen dass Menschen mit niedrigen sozialen Status Nachteile in der pflegerischen Versorgung erfahren. Darauf aufgebaut kann weitere Forschung betrieben werden.

5 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Studien haben gezeigt, dass Menschen mit einem niedrigen sozialen Status, wie zum Beispiel aufgrund niedriger Bildung und geringer finanzieller Ressourcen, in vielen Bereichen der pflegerischen Versorgung Nachteile erfahren haben. Auch der Zugang zur pflegerischen Versorgung wie etwa zur Rehabilitation wurde ressourcenschwachen Gruppen erschwert.

In dieser Arbeit wird deutlich, dass soziale Ungleichheit in der Pflege auf der ganzen Welt präsent ist und ein großes Problem darstellt. Denn laut OECD (2017) wird die Kluft zwischen arm und reich immer stärker, was zu einer weiteren Verstärkung der sozialen Ungleichheit führt. Die Betroffenen haben Stigmatisierung durch das Pflegepersonal erfahren und fühlten sich dadurch in der pflegerischen Versorgung ausgegrenzt und schlechter behandelt. Auch die mangelnde beziehungsweise fehlende Informationsvermittlung gegenüber Patienten und Patientinnen mit einem niedrigen sozialen Status führte zu zahlreichen Problemen und Benachteiligungen in der pflegerischen Versorgung.

Mehr Einfühlungsvermögen, Aufmerksamkeit und Zeit gegenüber ressourcenschwacher Gruppen durch das Pflegepersonal würde zu einer Verbesserung im Umgang mit Patienten und Patientinnen mit niedrigem sozialen Status führen. Eine stärkere Auseinandersetzung mit dieser Personengruppe seitens des Pflegepersonals kann möglicherweise dazu beitragen, dass sozial schwächere Menschen sich weniger ausgegrenzt und benachteiligt fühlen.

Abschließend kann gesagt werden, dass der sozialen Ungleichheit in der Pflege mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, um allen Menschen eine adäquate pflegerische Versorgung sowie einen egalitären Zugang zu pflegerischen Leistungen gewährleisten zu können.

Mit dieser Arbeit konnte aufgezeigt werden, inwiefern Menschen mit einem niedrigen sozialen Status in der pflegerischen Versorgung sowie im Zugang dazu benachteiligt sind.

6 Literaturverzeichnis

Berens, E-M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K., Schaeffer, D. 2016, "Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross sectional survey", *BMC Public Health*, 16 (1):1151.

Bundeskanzleramt Österreich 2018, „Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten“,

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Begut/BEGUT_COO_2026_100_2_1363074/BEGUT_COO_2026_100_2_1363074.pdf (09.02.2018)

Büscher, A. 2008, „Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung“, in Bauer, U., Büscher, A. (Hrsg), *Soziale Ungleichheit und Pflege*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Channon Amos A., Andrade Viegas M., Noronha K., Leone T., Dilip T.R. 2012, "Inpatient care of the elderly in Brazil and India: Assessing social inequalities", *Social Science and Medicine*, 75(12):2394-2402.

Gray, J., Grove, S., Sutherland, S. 2017, *Burn's and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence*, 8. Edition, Elseviers Inc, St. Louis.

Greysen Ryan, S., Hoi-Cheung, D., Garcia, V., Kessell, E., Sarkar, U., Goldman, L., Schneidermann, M., Critchfield, J., Pierluissi, E., Kushel, M. 2014, "Missing Pieces – Functional, Social and Environmental Barriers to Recovery for Vulnerable Older Adults Transitioning from Hospital to Home", *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(8): 1556-1561.

Hawker, S., Payne S., et al. 2002, "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research*, 12(9): 1284-1299.

Henderson, J., Wilson, C., Roberts, L., Munt, R., Crotty, M. 2014, "Social Barriers to Type 2 diabetes self-management: the role of capital", *Nursing Inquiry*, 21(4): 336-345.

Hofmarcher M., Quentin W. 2013, *Austria: Health system review. Health Systems in Transition*, 15(7) : 1-291.

Hradil, S. 2001, *Soziale Ungleichheit in Deutschland*, 8. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Lima-Costa, M., Mambrini, J.V.M., Peixoto, V.S., Malta, C.D., Macinko, J. 2016, „Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey 2013“, *International Journal of Equity in Health*, 15(1):137.

Möller, A.; Osterfeld, A.; Büscher, A. 2013 „Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege.“ , *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, . 46(4): 312-316.

Nowak, P., Joy L., Juraszovich B., Hofmarcher M. 2011, *Die österreichische Gesundheits- und Pflegepolitik: Herausforderungen und Handlungsspielräume*, herausgegeben von Forum für politische Bildung Band 34, Innsbruck-Wien-Bozen.

OECD 2017 – Inequality and Income, <http://www.oecd.org/social/inequality.htm> (8.12.2017)

Pschyrembel 2015 – Online Ausgabe, *Gesundheitskompetenz*, <https://www-1pschyrembel-1de-1pschyrembel.han.medunigraz.at/Gesundheitskompetenz/S014C/doc/> (22.10.2017)

Pederson M., Overgaard D., Andersen I., Baastrup M., Egerod I. 2017, „Experience of exclusion: A framework analysis of socioeconomic factors affecting cardiac rehabilitation participation among patients with acute coronary syndrome“, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(8):715-723.

Roper N., Logan W., Tierney J. 2016, "Das Roper-LoganTierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten", 3. korrigierte und ergänzte Auflage, Hogrefe Verlag, Bern.

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. 2012, „Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models“, *BMC Public Health*, 12 (80): 3.

Statistik Austria 2017, "*Tabellenband EU-Silc 2016: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*", Statistik Austria Wien.

Sutherland G., Yelland J., Brown S. 2012, "Social Inequalities in the Organization of Pregnancy Care in a Universally Funded Public Health Care System", *Maternal and Child Health Journal*, 16(2):288-296.

Wiklund M., Fjellman-Wiklund A., Stålnacke B-M., Hammarström A., Lehti A. 2016, „Access to rehabilitation: patient perceptions of inequalities in access to specialty pain rehabilitation from a gender and intersectional perspective“, *Global Health Action*, 26(9):31542.

7 Anhang

Bewertungsbogen von Hawker S., Payne S. et al (2002)

Punkteschlüssel:

- Good=4 Punkte
- Fair=3 Punkte
- Poor=2 Punkte
- Verypoor=1 Punkt
- Lower scores=poor quality

Mögliche erreichbare Gesamtpunktezahl = 36

“Experience of exclusion: A framework analysis of socioeconomic factor affecting cardiac rehabilitation participation among patients with acute coronary syndrome”

1. Abstract und Title:

Titel verständlich, alle Informationen bis auf das Design der Studie sind enthalten. Das Abstract ist gut strukturiert (Background, Methods, Results, Conclusions) und auch alle wichtigen Informationen enthalten.

Daher würde ich 4 Punkte für Titel und Abstract vergeben.

2. Introduction and aim:

Einleitung von allgemein in spezifisch und endet mit der Forschungslücke/Ziel. Auch aktuelle vergleichbare Literatur wurde dazu verwendet. Abkürzungen wurden angeführt und erklärt.

Aufgrundessen auch hier 4 Punkte

3. Method and data:

Es wurde eine qualitative Studie mit 24 Patienten und Patientinnen und 12 Verwandten derer durch semistrukturieren Interviews durchgeführt. Genaue Beschreibung der Methode und untergliedert in „study design“, „recruitment and selection“ und „Data generation“ sowie „strategy of analysis“. Aufgrund der sehr detaillierten Beschreibung der Methode und der übersichtlichen Gliederung auch hier 4 Punkte.

4. Sampling: Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden von einer quantitative prospektiven Studie mittels purposive Sampling rekrutiert. Es

wurden Personen aus unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen ausgewählt (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Beruf). Sampling ist passend und wurde gut und verständlich erklärt.

4Punkte

5. Dataanalysis:

Es wurde mittels „Framework analysis“ durchgeführt, was sehr detailliert beschrieben wurde. Es wurde auch ein Kodierungsverfahren durchgeführt. Aufgrund der guten verständlichen Beschreibung und der passenden Analysemethode -> 4 Punkte

6. Ethics and Bias:

Eigener Absatz über „Ethical Considerations“. Patienten und Patientinnen wurden informiert, dass die Studie freiwillig ist und das sie vorsichtig mit den Daten umgehen. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen haben schriftlich eingewilligt. Auch Verzerrungen sind dem Autor bewusst-->4 Punkte

7. Findings:

Tabellen haben sich mit dem Text ergänzt und waren leicht zu verstehen. Immer wieder Hinweise auf die Tabellen im Text. Ergebnisse beziehen sich auf die Beantwortung der Forschungsfrage. -->4Punkte

8. Transferability or generalizability: 3 Punkte da es genauer beschrieben werden könnte

9. Implications and usefulness

Es wurden Implikationen für die Praxis angegeben. --> 4 Punkte

Durchschnitt der Punkte: 3,8

„Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege“

1. Abstract und Title:

Titel verständlich, Population und Design fehlt. Das Abstract ist kurz und bündig, kann ohne Lesen des Textes verstanden werden. Enthält jedoch alle Informationen.

Daher würde ich 3 Punkte für Titel und Abstract vergeben.

2. Introduction and aim:

Einleitung von allgemein in spezifisch und endet mit der Forschungslücke/Ziel. Ziel klar und verständlich formuliert
Aufgrundessen auch hier 4 Punkte

3. Method and data:

Es wird das Studiendesign „Grounded Theory“ beschrieben. Es wurde beschrieben das Interviews durchgeführt wurden, jedoch nicht in welchen Zeitraum. Methode könnte genauer beschrieben werden 3 Punkte

4. Sampling: Es wurde genau beschrieben das 16 weibliche Pflegekräfte aus 2 ambulanten Pflegediensten in Norddeutschland dem Interview zu gestimmt haben. Finde die Sample-Größe etwas zu klein, für so eine Untersuchung, daher 3-4 Punkte

5. Dataanalysis:

Die Auswertung der transkribierten Interviewdaten erfolgte nach den Kodierungsprinzipien der Grounded Theory. Auf der Basis einer konstanten komparativen Analyse

Datenanalyse nur kurz beschrieben, mit was analysiert wurde aber nicht näher darauf eingegangen. Daher 2 Punkte

6. Ethics and Bias: nicht über Ethik oder Bias gefunden daher 1 Punkt

7. Findings:

Die Ergebnisse waren klar und verständlich und sind sehr relevant für meine Forschungsfrage. Jedoch sind keine Abbildungen enthalten, was das Lesen etwas erschwert hatte. Daher 3-4 Punkte

8. Transferability or generalizability: Das es nur in Norddeutschland stattfand, nicht generalisierbar. 3 Punkte

9. Implications and usefulness

Es wurden Vorschläge für weitere Forschung gegeben, jedoch nicht explizit für die Praxis. Wichtig sind diese Ergebnisse aufjedenfall, da mit dem Wissen das soziale Ungleichheit besteht, dagegen angekämpft werden kann/soll --
>3- 4 Punkte

Durschnitt der Punkte 2,9

Missing Pieces - Functional, Social und Environmental Barriers to Recovery for vulnerable Older adults Transitioning from hospital to home

1. Abstract und Title:

Titel verständlich, jedoch ist das Design der Studie nicht herauslesbar, der Abstract ist gut strukturiert und verständlich auch ohne den Text gelesen zu haben. 3,5 Punkte

2. Introduction and aim:

Einleitung geht von allgemeinen ins spezifische, jedoch sehr kurz gehalten. Definitionen fehlen. Ziel ist vorhanden. 3 Punkte

3. Method and data: Methode wurde sehr gut, genau und klar beschrieben. Es gab vorher eine RCT Studie mit 700 Patienten und Patientinnen aus der heraus wurde dann diese qualitative Studie durchgeführt. Es wurde eine qualitative Studie von Erwachsenen über 55 durchgeführt. Die Studie fokussierte sich auf Personen mit geringen Einkommen und schlechter Gesundheitskompetenz. 4 Punkte

4. Sampling:

Purposive Sampling. Es wurde wöchentliche Listen von entlassenen Patienten und Patientinnen generiert, 6 Monate lang und Personen via Telefon eingeladen. Insgesamt wurden dann 24 Personen interviewt.

Sample wurde auch genau beschrieben wie die Personen rekrutiert wurden
4 Punkte

5. Dataanalysis: Datenanalyse genau beschrieben, das die Interviews digital aufgenommen und transkribiert wurden sowie das auch eine Kodierungsverfahren durchgeführt wurde. 4

6. Ethics and Bias: Es gab einen Informed Consent, auch der Bias wurde angeführt. Weiters bekamen alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine Geschenkkarte im Wert von 40 Dollar. 4 Punkte

7. Findings:

Ergebnisse waren klar und gut beschrieben, mit Unterüberschriften gut strukturiert, sowie auszüge von Interviews der Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Tabellen wären evt. Noch wünschenswert zum auflockern. 3,5 Punkte

8. Transferability or generalizability: Es wurde angegeben das es nicht generalisierbar ist, da es nur um ältere Personen ging die aus dem

Krankenhaus entlassen wurden, daher kann die nicht aus die ganze Population zutreffen. 3 Punkte

9. Implications and usefulness

Im Diskussionsteil waren Empfehlungen für die Praxis gegeben jedoch nicht für die Forschung

-->3 Punkte

Durchschnitt der Punkte 3,5

Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013

1. Abstract und Title:

Titel verständlich, jedoch etwas zu lang, sonst alle Informationen enthalten, Abstract ist gut strukturiert und verständlich und auch alle Infos enthalten 3,5 Punkte

2. Introduction and aim:

Einleitung geht von allgemeinen ins spezifische, mit anderen Studien Vergleiche durchgeführt, endet mit der lücke bzw dem Ziel 4 Punkte

3. Method and data:

Es wurde eine quantitative Studie (Querschnittstudie) durchgeführt. Es wurde eine National Health survey durchgeführt. Schlüsselvariablen waren die Ausbildungsjahre und Haushaltseinkommen.

Methode wurde gut und klar beschrieben. 4 Punkte

4. Sampling: Es wurde ein random sampling durchgeführt von 64348 Haushalten. Personen über 18 die Hilfe zu Hause benötigen wurden eingeschlossen und generell Personen ab 60. Ein und Ausschlusskriterien vorhanden und gut beschrieben. 4 Punkte

5. Dataanalysis:

Es wurden verschiedenen Analysemethoden angewandt, wie „principal component analysis“, „Bivariate analysis“, Pearson's chi square test und linear regression um die statistische Signifikanz herauszufinden.

Datenanalyse genau beschrieben, gab eine eigene Überschrift mit „Statistical analysis“. 4 Punkte

6. Ethics and Bias: Es gab einen Informed Consent, auch die Limitationen wurden angegeben, sowie eigener Absatz über „Ethics Approval“. 4 Punkte

7. Findings:

Ergebnisse waren klar und gut beschrieben und mit Tabellen und Grafiken ergänzt. Tabellen und Text ergänzten sich. 4 Punkte

8. Transferability or generalizability: Nichts über die Generalisierbarkeit gefunden, aber da es eine Nationale Gesundheitsumfrage in Brasilien war, ist es auf die brasilianische Bevölkerung generalisierbar. 3 Punkte

9. Implications and usefulness

Keine Implikationen für Praxis gegeben auch nicht für weitere Forschung. Bei der Studie auch schwierig hier Implikationen für die Praxis zu geben, da teilweise auch politisches Problem-->2,5 Punkte

Durchschnitt der Punkte 3,6

Inpatient care of the elderly in Brazil and India: Assessing social inequalities

1. Abstract und Title:

Titel verständlich und so kurz wie möglich, jedoch kann das Design nicht herausgelesen werden. Abstract ist nicht gut strukturiert jedoch alle Infos enthalten. 3 Punkte

2. Introduction and aim:

Einleitung geht von allgemeinen ins spezifische, viele Studien verwendet, Ziel zweimal enthalten, im dritten Absatz und zum Schluss 3,5 Punkte

3. Method and data: Es wurde eine Sekundärdatenanalyse durchgeführt, es wurden Daten von Indien und Brasilien genommen die eine National Household Survey durchgeführt haben. Um herauszufinden wie der Zugang zur stationären Versorgung in den beiden Ländern ist. 3 Punkte

4. Sampling: Sample wurde aufgrund einer Sekundäranalyse nicht so genau beschrieben, jedoch nachvollziehbar. Es wurden nur Personen über 60 Jahre eingeschlossen. 3,5 Punkte

5. Dataanalysis: Datenanalyse sehr genau beschrieben und auch mit Formeln untermauert, um ein besseres Verständnis für den dazugehörigen Text zu haben. 4 Punkte

6. Ethics and Bias: Da es eine Sekundärdatenanalyse war, es nicht notwendig, da vorher der Ethical Approval eingeholt wurde. 4 Punkte

7. Findings:

Ergebnisse waren klar und gut beschrieben und mit Tabellen und Grafiken ergänzt. Jedoch war Abbildung 1 nicht ganz klar, jedoch durch den Text dann verständlich. 3,5 Punkte

8. Transferability or generalizability: Nichts über die Generalisierbarkeit gefunden, schwere zu generalisieren da es nur um über 60 jährige Personen geht, die in stationärer Pflege sind bzw Zugang möchten
2 Punkte

9. Implications and usefulness

Es Steht das es eine Gesundheitsreform geben muss, um diese Ungleichheiten zu beseitigen, keine Empfehlung für weitere Forschung 2,5 Punkte

Durchschnitt der Punkte 3,2

Access to rehabilitation: patient perceptions of inequalities in access to speciality pain rehabilitation from a gender and intersectional perspective

1. Abstract und Title:

Titel verständlich, hat auch die richtige Länge, alle Informationen enthalten, Abstract ist gut strukturiert und verständlich und auch alle Infos enthalten 4 Punkte

2. Introduction and aim:

Einleitung geht von allgemeinen ins spezifische, endet mit dem Forschungszie, alle relevanten Informationen enthalten. | 4 Punkte

3. Method and data:

Es wurde eine qualitative Studie mit semistrukturieren Interviews durchgeführt um Erfahrungen von Patienten und Patietinnen im Zugang zur speziellen Schmerzrehabilitation zu erfahren. Ein- und Ausschlusskriterien wurden ebenfalls im Methodenteil angeführt. Es wurde ein Interviewleitfaden mit offenen Fragen verwendet.

Methode wurde gut und klar beschrieben. Sowie in Unterüberschriften aufgeteilt, was das Lesen erleichtert und eine gute Struktur hineinbringt 4 Punkte

- 4. Sampling:** Es wurde eine purposive Sampling durchgeführt, von Personen die eine Schmerzrehab bekommen sollen. Es wurden Personen mit unterschiedlichen Geschlecht, sozialen Status und Ethnizität ausgewählt.

Sample wurde auch sehr gut beschrieben, gab es eigenen Absatz dazu. Nachvollziehbar und passend. 4 Punkte

- 5. Dataanalysis:** Es wurde eine qualitative Inhaltsanalyse verwendet. Weiters wurde auch ein Kodierungsverfahren durchgeführt, um die Anonymität der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu gewährleisten.

Datenanalyse genau beschrieben, gab eine eigene Überschrift mit „Data analyses“. 4 Punkte

- 6. Ethics and Bias:** Es gab eine eigene Überschrift „Ethics“ die auch den Informed Consent beinhaltet. Autoren waren sich auch über die Verzerrungen bewusst, diese wurden bei den Limitationen angeführt. 4 Punkte

- 7. Findings:**

Ergebnisse waren klar und gut beschrieben und wurden durch Unterüberschriften aufgelockert. Ausserdem wurden Auszüge von Interviews angeführt, was das Lesen noch spannender machte. Eine Tabelle wurde als Ergänzung eingesetzt. 4 Punkte

- 8. Transferability or generalizability:** Da nur Personen von 35-65 befragt wurden fällt es auch hier schwer die Ergebnisse zu generalisieren. Setting wurde genau beschrieben, gab es auch eine eigene Überschrift. 3 Punkte

- 9. Implications and usefulness**

Empfehlungen für die Praxis wurden gegeben, jedoch nicht für die Forschung 3 Punkte

Durchschnitt der Punkte 3,5

Social Inequalities in the Organizazion of Pregnancy Care in a Universally Funded Public Health Care System

- 1. Abstract und Title:**

Titel verständlich, jedoch ist das Design nicht herauslesbar. Abstract ist nicht strukturiert, jedoch alle Informationen enthalten. 3 Punkte

2. Introduction and aim:

Einleitung von Allgemeinen in Spezifische, endet mit dem Forschungsziel, vergleichbare internationale Literatur wurde verwendet und verständlich 4 Punkte

3. Method and data:

Es wurde eine Querschnittstudie durchgeführt, mittels einer Umfrage von Frauen 6 Monate nach der Geburt. Ein- und Ausschlusskriterien wurden angegeben.

Methode wurde gut und klar beschrieben. Sie wurde in Unterüberschriften unterteilt, was es sehr übersichtlich und einfacher zum Lesen macht

4 Punkte

4. Sampling:

Es stimmten 110 Krankenhäuser zu, den Umfragebogen an Mütter die in dem Krankenhaus ein Kind geboren haben weiter zu senden. Die Mütter bekamen ein Email mit einer Einladung an der Studie teilzunehmen und einen Briefumschlag mit bereits bezahlter Marke zum retoursenden des Fragebogens. Fragebögen waren auf Englisch. An über 8000 Mütter wurden Fragebogen versendet

Sample wurde sehr genau beschrieben in einem eigenen Absatz mit der Überschrift „Study sample“ **4 Punkte**

5. Dataanalysis: Datenanalyse ist etwas kurz geraten und nicht ganz so verständlich. Sollte ausführlicher sein. 3 Punkte

6. Ethics and Bias: Eigene Überschrift über „Ethics Approval“ Alle Infos enthalten. Bias wurden am Ende der Diskussion angeführt (response Bias). 4 Punkte

7. Findings:

Ergebnisse waren klar und gut beschrieben und mit Tabellen und Grafiken ergänzt. Tabellen und Text ergänzten sich. Ergebnisse auch in verschiedenen Überschriften unterteilt. 4 Punkte

8. Transferability or generalizability: Nichts über die Generalisierbarkeit gefunden. Da es eine Querschnittstudie war auch nicht wirklich Aussagekräftig, daher eher nicht generalisierbar-. 2.5 Punkte

9. Implications and usefulness

Keine genauen Empfehlungen abgegeben, außer dass das Gesundheitssystem weiter entwickelt werden muss um gleichen Zugang zu allen pflegerischen Leistungen zu bekommen. Keine Empfehlungen für die weitere Forschung angeben.-->2,5 Punkte

Durchschnitt der Punkte 3,4

Social Barriers to Type 2 diabetes self-management: the role of capital

1. Abstract und Title:

Titel verständlich, jedoch ist das Design nicht herauszulesen, Population fehlt und Setting fehlt auch. Abstract ist nicht strukturiert enthält aber alle Infos.
2.5 Punkte

2. Introduction and aim:

Einleitung geht von allgemeinen ins spezifische, endet mit dem Forschungsziel. Erklärungen und Definitionen sowie vergleichbare Literatur sind vorhanden. 4 Punkte

3. Method and data:

Es wurde eine qualitative Studie mit semistrukturierten Interviews durchgeführt. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen bekamen zuvor noch eine Fragebogen um demographische Daten auszufüllen. 28 Personen mit Typ2 Diabetes wurden dann 30-60 mins interviewt.

Methode wurde gut und klar beschrieben und in verschiedenen Überschriften unterteilt, was es sehr übersichtlich macht. 4 Punkte

4. Sampling:

Personen wurden bei quartalsmäßigen Diabetiker Schulungen zur Auffrischung rekrutiert. Personen die an der Studie teilnehmen wollten haben ihre Telefonnummer und Namen. An einem Tag wurden sie angerufen ob noch Interesse besteht und sie für ein Interview bereit sind.

Sample wurde sehr genau beschrieben.4 Punkte

5. Dataanalysis:

Datenanalyse mittels „exploratory qualitative approach“. Kodierungsverfahren wurde durchgeführt. Inhalte des Interviews wurden in Themen aufgespalten.

Datenanalyse könnte ausführlicher sein, jedoch verständlich wie sie durchgeführt wurde. 3 Punkte

- 6. Ethics and Bias:** Ethics Approval wurde in der Data Collection beschrieben und bei den Limitationen wurde auch auf die Verzerrungen eingegangen. 4 Punkte

7. Findings:

Ergebnisse waren klar und gut beschrieben und mit einer Tabelle ergänzt. Sowie Auszüge von Interviews wurden dargestellt, was für Auflockerung beim Lesen sorgte. 4

- 8. Transferability or generalizability:** nicht generalisierbar, da nur eine Region aus Südaustralien gewählt wurde die niedrig gestellt ist und daher nicht auf die Bevölkerung generalisierbar. 2.5 Punkte

9. Implications and usefulness

Keine Empfehlungen für Forschung und Praxis gegeben, jedoch trotzdem wichtiges Thema 2.5 Punkt

Durchschnitt der Punkte 3,3