

Pflegewissenschaft

Zeitschrift für den Dialog von Wissenschaft und Praxis



Peer-Review-Artikel

Organisatorische Herausforderungen und Belastungen aus Sicht der Führungskräfte in Einrichtungen der Langzeitpflege während der COVID-19 Pandemie

Eine Fragebogenstudie

Kinästhetik in der Langzeitpflege

Evaluation der Wirkung des Bildungs- und Entwicklungsprojektes Kinästhetik auf den Mobilitätsstatus und die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner*innen

Der Übergang nach einem Intensivaufenthalt

Das Erleben der Pflegenden

Soziomaterielle Agency beruflichen pflegerischen Handelns

Eine Akteur-Netzwerk-Perspektive auf die berufliche Pflege mit Bruno Latour

Lernwelten 2023

Wissenschaftlicher Kongress für Pädagogik der Pflege- & Gesundheitsberufe

28. & 29. September 2023, Frankfurt UAS
„Let's grow: Vom Wirken und Sein der Lehrenden“



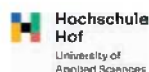
Highlights

Freuen Sie sich auf viele spannende Programmpunkte!

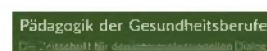
- PreContents vorab auf der Online-Plattform
- Markt der Möglichkeiten
- tolle Aussteller aus Bildung & Pädagogik
- hochkarätige Vorträge
- spannende Workshops, u. a. von Humor Hilft Heilen
- Selfcare-Angebote für Lehrende
- Kaminfeuer-Gespräch
- Dialog-Spaziergang: Auf den Spuren von Hilde Steppe
- Stadtführung durch Frankfurts (neue) Altstadt
- Apéro mit musikalischer Untermalung
- Poetry Slam

Jetzt Ticket sichern!
www.lernwelten.info

Wir bedanken uns für die freundliche Unterstützung folgender Sponsoren:



Medienpartner:



Als Bildungsveranstaltung
anerkannt: RbP ID 20190314

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil

- 170 Autor*innen dieser Ausgabe
- 172 Nachrichten
- 176 Positionspapier
Zukunft der Pflege – Eine Quadratur an Herausforderungen
für den Berliner Immobilienmarkt
- 183 Rezensionen

Fachartikel peer-reviewed

- 186 Organisatorische Herausforderungen und Belastungen
aus Sicht der Führungskräfte in Einrichtungen der
Langzeitpflege während der COVID-19 Pandemie
Eine Fragebogenstudie
Elisabeth Holzer, Christiane Kreyer, Magdalena Flatscher-Thöni
- 196 Kinästhetik in der Langzeitpflege
Evaluation der Wirkung des Bildungs- und Entwicklungsprojektes
Kinästhetik auf den Mobilitätsstatus und die
Lebensqualität von Pflegeheimbewohner*innen
Petra Reiber, Gundula Essig, Bianca Berger, Fabian Graeb, Reinhold Wolke
- 206 Der Übergang nach einem Intensivaufenthalt
Das Erleben der Pflegenden
Daniel Marqueses
- 213 Soziomaterielle Agency beruflichen pflegerischen Handelns
Eine Akteur-Netzwerk-Perspektive auf die berufliche Pflege mit Bruno Latour
André Heitmann-Möller

Impressum

Autor*innen dieser Ausgabe



Elisabeth Holzer, Christiane Kreyer, Magdalena Flatscher-Thöni

Organisatorische Herausforderungen und Belastungen aus Sicht der Führungskräfte in Einrichtungen der Langzeitpflege während der COVID-19 Pandemie
Eine Fragebogenstudie

Die Umsetzung der Corona-Schutzmaßnahmen, die in Langzeitpflegeeinrichtungen ergriffen wurden, um die Bewohner*innen vor einer COVID-19 Infektion zu schützen, führten zu gravierenden Veränderungen der Prozess- und Alltagsstrukturen in den Pflegeheimen. Die vorliegende Fragebogenstudie erfasst die organisationalen Herausforderungen und Belastungen aus Sicht der Führungskräfte in der stationären Langzeitpflege im österreichischen Bundesland Tirol. Die Ergebnisse zeigen, dass die Sorge vor einer COVID-19 Infektion bei Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen, der Umfang der pandemiebedingten Informationen seitens der Behörden, die Isolation von COVID-19-infizierten Bewohner*innen, die Beschaffung von Ausrüstung zum Infektionsschutz, wie auch die Intransparenz pandemiebedingter Informationen und Anweisungen seitens der Behörden zu den meistgenannten Herausforderungen und zugleich Belastungen zählen.



Petra Reiber, Gundula Essig, Bianca Berger, Fabian Graeb, Reinhold Wolke

Kinästhetik in der Langzeitpflege

Evaluation der Wirkung des Bildungs- und Entwicklungsprojektes Kinästhetik auf den Mobilitätsstatus und die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner*innen

Das Bildungs- und Entwicklungsprojektes Kinästhetik wurde in Erwartung eines Benefits für Bewohnende und Mitarbeitende im ersten Förderabschnitt zwischen 2019 und 2021 in sechs stationären Pflegeeinrichtungen der Samariterstiftung implementiert. Der Artikel fasst die Ergebnisse der Zielgrößen Mobilitätsstatus (EBoMo) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D) aus Bewohnerperspektive zusammen. In der zweiarmligen, nicht-randomisierten, kontrollierten Evaluation kann kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Veränderung der Lebensqualität zwischen Baseline und 1,5-Jahres-Follow-up gezeigt werden. Bewohnende der Interventionseinrichtungen halten im Durchschnitt ihren Mobilitätsstatus besser. Methodisch limitierende Faktoren werden diskutiert.

Autor*innen dieser Ausgabe



Daniel Marqueses

Der Übergang nach einem Intensivaufenthalt

Das Erleben der Pflegenden

Der Übergang von der Intensiv- auf die Allgemeinstation ist für Patient*innen oft mit Stress und Sicherheitsrisiken verbunden. Dabei nehmen Pflegendе eine Schlüsselposition ein. Jedoch ist wenig über ihre Sichtweise bekannt. Mit elf Pflegenden von Intensiv- und Allgemeinstationen wurden episodische Interviews geführt und die transkribierten Daten mittels inhaltlich-strukturierender Inhaltsanalyse ausgewertet. Es entstanden vier Hauptkategorien mit 11 Unterkategorien: Vom kritischen Zustand zur Stabilität, Bereit sein – starten, Begegnung auf Augenhöhe, Herausforderungen. Pflegendе sehen den Übergang als gemeinsame Aufgabe. Dennoch bestehen Spannungen zwischen den Stationen. Die gemeinsame Entwicklung eines Überleitungsprotokolls wird empfohlen.



André Heitmann-Möller

Soziomaterielle Agency beruflichen pflegerischen Handelns

Eine Akteur-Netzwerk-Perspektive auf die berufliche Pflege mit Bruno Latour

Materielle Artefakte werden zukünftig in Folge der Technisierung der Pflege an Bedeutung gewinnen. Gegenwärtig fehlte es an einer Untersuchung der etablierten Artefakte bzw. Dinge, die jedoch einen Bestandteil dieser mutmaßlichen Weiterentwicklung bilden werden. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung dient der begrifflichen Annäherung an einem Verständnis der soziomateriellen Agency in der Pflege. Zu diesem Zweck wurde eine Studie, die ethnografische Anteile und Leitfadeninterviews umfasste, durchgeführt. Die Ergebnisse heben die mutmaßliche Mitwirkung der materiellen Dinge in einem relationalen Handlungsnetzwerk hervor und eröffnen damit eine weitere Perspektive für die Nutzung der Akteur-Netzwerk Theorie in der Pflegeforschung.

Sie möchten auch Ihr Projekt, Ihre Ausarbeitung,
Ihre wissenschaftlichen Impulse veröffentlichen? Sie
möchten, dass Ihr Beitrag im doppelt verblindeten
Peer-Review-Verfahren begutachtet und
gewertschätzt
wird? Dann freuen wir uns auf Ihre
Einreichung in unserer Manuskriptzentrale



Manuskriptzentrale

Manuskripte können unter
www.hpsmedia-verlag.de/manuskriptzentrale
eingereicht und eingesehen werden.



Nachrichten

Klares Signal für die Zukunft der Pflegewissenschaft

Abschlussstagung der Pflegewissenschaftlichen Fakultät Vallendar

Mit dem Auslaufen der Pflegewissenschaftlichen Fakultät in Vallendar wird eine bedeutsame Ära beendet. Doch statt des Abschieds soll ein deutliches Lebenszeichen für die Disziplin und die Profession gesetzt werden: Hierfür wird am 25. und 26. September 2023 in Koblenz die Fachtagung „Pflegewissenschaft in Deutschland – Dialog, Reflektion, Weiterentwicklung“ im renommierten Bildungs- und Forschungsinstitut (BFI) des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein stattfinden, die das Erreichte würdigt und zugleich einen Blick in die Zukunft wirft.



Foto: stock.adobe.com – nattan

Der erste Tag steht im Zeichen kritischer Reflexion und zukunftsweisender Diskussionen. In Vorträgen und Diskussionsrunden wird der Stand der Pflegewissenschaft in Deutschland hinterfragt, gegenwärtige Herausforderungen werden adressiert und ein Ausblick auf kommende Entwicklungen gewagt. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Zusammenspiel und der Kooperation zwischen der Pflegewissenschaft, anderen Akteuren im Gesundheitswesen und der (Berufs-)Politik. Zudem wird der wichtige Dialog zwischen Theorie und Praxis, insbesondere im Kontext der Praxisentwicklung, thematisiert.

Am zweiten Tag der Veranstaltung werden mit dem Motto „Pflege ist Kunst“ und „Pflege ist Kommunikation“ zwei besondere Perspektiven eingenommen. Wir freuen uns, dass auch Prof. Dr. Andreas Lauterbach, hpsmedia-Verlagsleiter und Herausgeber der Fachzeitschrift Pflegewissenschaft, aktiv Teil des Diskurses über die Pflege in der Öffentlichkeit sein wird.

Die Veranstaltung wird in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Natalie Waldforst, Direktorin des Bildungs- und Forschungsinstituts (BFI) des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein, und ihren Mitarbeitenden ermöglicht. Ihre Räumlichkeiten bieten den passenden Rahmen für einen inspirierenden fachlichen Austausch.

Wir laden Sie herzlich dazu ein, die Veranstaltung zu besuchen, um die Fortschritte der Pflegewissenschaftlichen Fakultät Vallendar zu würdigen, neue Impulse zu erhalten und die Zukunft der Pflegewissenschaft aktiv mitzugestalten.

Das vollständige Programm können Sie hier einsehen:



https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2023/06/Programmheft_v2.pdf

Hinweise zur Anmeldung:

- Bitte melden Sie sich bis zum 1. September 2023 an.
- Nach erfolgter Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung für die jeweils gebuchte Veranstaltung.
- Dozierende: Dr. rer. cur. N. Waldforst, Prof. Dr. H. Brandenburg, Dr. S. Nover, Prof. Dr. E. Sirsch u. v. m.
- Ansprechperson: Kristina Vogt-Winter
- E-Mail: kristina.vogt-winter@gk.de
- Veranstaltungsort: Koblenz, Bildungs- und Forschungsinstitut, GK-Mittelrhein, Im Metternicher Feld 19

Schlag ins Gesicht der Pflege

DBfK-Statement zum Eckpunktepapier „Krankenhausreform“

Das Bundesministerium für Gesundheit hat ein Eckpunktepapier zur geplanten Krankenhausstrukturreform vorgelegt. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bewertet die Eckpunkte als Schlag ins Gesicht für die professionelle Pflege. Nachdem die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ vielversprechende Reformvorschläge vorgestellt hatte, werde vom Ministerium ein für die professionell Pflegenden empörender Vorschlag vorgelegt, konstatiert DBfK-Präsidentin Christel Bienstein:

„Die Reform wäre die große Chance, den Weg für ein zukunftsfestes Gesundheitswesen zu bahnen. Für die aktuellen und kommenden Herausforderungen mit immer mehr chronisch kranken und alten Menschen müssen Sektoren- sowie Professionsgrenzen überwunden und Aufgaben neu verteilt werden. Die von der Regierungskommission empfohlenen Level II-Krankenhäuser mit pflegerischer Leitungsfunktion durch Advanced Practice Nurses (APN) sind ein gutes Beispiel dafür: Sie können einen Schlüssel für die sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung bieten und es wäre richtig und dringend, der pflegefachlichen Leistung den notwendigen Stellenwert zu geben. Im Eckpunktepapier wird stattdessen die Pflege wieder in ihre traditionellen Schranken verwiesen:



Foto: Christel Bienstein, DBfK-Präsidentin

Statt die angekündigte pflegerische Leitung in den Level II-Häuser fachlich auszugestalten, soll sie lediglich die Geschäfte verwalten dürfen. Das ist verschwendetes Potenzial und ein Schlag ins Gesicht für die Profession.

Die drei Ziele der Reform – Versorgungssicherheit, Behandlungsqualität und Entbürokratisierung – werden mit den Eckpunkten nicht erreicht. Dort heißt es einerseits,

Nachrichten

dass die Ermittlung des Pflegebudgets unangetastet bliebe und andererseits, dass zukünftig pro Fall Pflegebewertungsrelationen herangezogen werden sollen. Das klingt nach Pflege-DRG und widerspricht der Zielsetzung des Pflegebudgets. Zudem wird es voraussichtlich zu mehr Bürokratie führen.

Als fortgesetzter Fehler der Vergangenheit erscheint außerdem, die Qualität der Versorgung und damit die Leistungsgruppen ausschließlich über medizinische und technische Kriterien zu definieren. Die Qualität pflegerischer Versorgung und Leistung werden in den Eckpunkten nicht einmal erwähnt. Pflege erscheint wie bereits im DRG-System lediglich als Kostenfaktor. Wenn Pflege als Kostenfaktor und nur Medizin als Leistung betrachtet wird, zeugt das von einem mangelnden Verständnis von guter Gesundheitsversorgung und von mangelnder Wertschätzung pflegerischer Leistungen. Denn ohne professionelle Pflege kann moderne Medizin nicht erfolgreich sein! Man wiederholt damit einen Fehler der Fallpauschalen und zementiert überkommene Machtstrukturen, anstatt die Reform an den Patient:innen und ihrem Versorgungsbedarf zu orientieren.

Nach dem enttäuschenden Eckpunktepapier ist lediglich Minister Lauterbachs Aussage im Bundestag, dass die Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen weitergefasst werden und eine Regelung zur Heilkundeübertragung kommen soll, ein Lichtblick. Hier werden wir den Minister beim Wort nehmen!"

FH Burgenland: Größte Bedarfsanalyse zur Arbeitswelt Pflege der letzten Jahre

Das Department Gesundheit der FH Burgenland hat kürzlich die umfangreichste Bedarfsanalyse zur Arbeitswelt Pflege in den letzten Jahren durchgeführt. Angesichts des herrschenden Pflegenotstands ist es längst überfällig, die Bedürfnisse der Pflegekräfte anzuhören. Die Ergebnisse bieten Personalverantwortlichen in der Pflege einige hilfreiche Anregungen.

Erstmals wieder seit dem Jahr 2018 tagte das Symposium der Vereinigung der Pflegedirektor*innen Österreichs, der Austrian Nurse Directors Association (ANDA), Ende Juni. Dieses Mal im Burgenland. Die wissenschaftliche Begleitung der zweitägigen Veranstaltung übernahm das Department Gesundheit der FH Burgenland. Im Vorfeld des Symposiums wurde von der Hochschule im Zeitraum von 12. April bis 8. Mai 2023 eine Bedarfsanalyse zum Thema „Arbeitswelt Pflege 4.0“ durchgeführt. Zielgruppe waren Pflegepersonen, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind und Führungskräfte in der Pflege. An der österreichweiten Online-Befragung nahmen rund 3.000 Pflegekräfte aus Krankenanstalten teil. Es handelt sich damit um die größte derartige Umfrage der letzten Jahre. Eingebunden waren auch Studierende der Bachelorstudiengänge Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung der FH.

Personelle Entwicklung

2021 waren 61.204 Personen im gehobenen Dienst für die Gesundheits- und Krankenpflege tätig. Im Vergleich: 2017 waren es noch 67.000. Bis zum Jahr 2030 ist in Summe von

einem Mehrbedarf an 75.700 Personen (Referenzjahr 2017) auszugehen. Diese Summe ergibt sich aus dem Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen sowie dem Zusatzbedarf durch demographische Entwicklungen und damit verbunden einem Ausbau der mobilen Dienste unter Berücksichtigung der geschätzten Teilzeitquote (Rappold, E. & Juraszovich, B. (2019). Pflegepersonal Bedarfsprognose für Österreich. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Hrsg.), S. 19-21). Der jährliche Bedarf umfasst 3.900 bis 6.700 je nach demographischer Entwicklung. Allein der Zusatzbedarf in Krankenanstalten ohne Miteinbezug von bevorstehenden Pensionierungen beträgt bis 2023 ca. 12.700 (Rappold & Juraszovich, 2019, S. 38-45).

Was braucht es also, um dieses Berufsfeld attraktiver zu machen und bereits tätiges Pflegepersonal im Job zu halten? Mit diesen Fragen trat das Department Gesundheit der FH Burgenland an Österreichs Pflegekräfte heran.

Eckdaten der Befragung

- 2.954 Personen schlossen den Fragebogen ab. 25 % aus der Steiermark, 18 % aus Wien, 12 % aus dem Burgenland, 13 % aus Oberösterreich, je etwa 8 % aus Tirol, Kärnten und Salzburg, 5 % aus Vorarlberg und weniger als 1 % aus Niederösterreich.
- 81.57 % der Antworten kamen von Pflegekräften; 18.44 % von Mitarbeiter*innen des basalen und mittleren Pflegemanagements; 2.25 % von Pflegedirektor*innen (n = 3248)
- 2/3 der befragten Personen arbeiten in der Position als diplomierte/r Gesundheit- und Krankenpfleger*in.
- 83 % der Antworten kamen von weiblichen Pflegekräften.
- 87 % der Beteiligten sind im öffentlichen Bereich tätig.
- 63 % der Befragten arbeiten als Vollzeitkräfte, 42 % davon wollen ihr Beschäftigungsausmaß reduzieren.
- Die Berufserfahrung der Pflegekräfte beträgt durchschnittlich 20 Jahre.

Bedürfnisse rund um das Arbeitsumfeld

Die Befragung war auf beeinflussenden Faktoren des Arbeitsumfeldes von Pflegepersonen gerichtet. Insbesondere wurde der Fokus auf die differenzierten Bedürfnisse der Pflege aus Sicht des Pflegemanagements und Mitarbeiter*innen in der Gesundheits- und Krankenpflege gelegt. Themen wie Mitspracherechte der Pflege bei Krankenhausentscheidungen, Adäquatheit der Personalbesetzung, Beitrag der Pflege zur Versorgungsqualität, Führungsfähigkeiten und Unterstützung durch das Pflegemanagement und kollegiale Arbeitsbeziehungen im multiprofessionellen Team wurden abgefragt.

Positiv empfunden wird von 60 Prozent der Befragten eine ausreichende Möglichkeit zur beruflichen Weiterbildung. Die Hälfte gibt an, dass es für sie Karrierepfade in der Organisation gibt. 77 Prozent der Befragten können der Aussage zustimmen, dass es in ihrer Institution eine klar definierte Pflegephilosophie gibt. 63 Prozent der Befragten sagen, dass es zumindest teilweise strukturierte Onboarding-Prozesse in der Pflege gibt.

Die Mehrheit der Befragten wünscht sich im beruflichen Alltag mehr Dialog mit der Pflegedirektion. Lediglich 12 % stimmen voll zu, dass Pflegekräfte in Stabstellen mitarbeiten können. Außerdem geben mehr als zwei Drittel an, nicht ausreichend Personal für eine angemessene Versorgungskontinuität in der Institution vorzufinden. Solche und andere Anliegen sowie deren Umsetzungsmöglichkeiten wurden auch im Symposium eingehend diskutiert.

Nachrichten

Auf Basis der Ergebnisse aus der Bedarfsanalyse wurden in zwei Workshops des ANDA Symposiums, geleitet von Expert*innen der FH Burgenland, folgende Themen erörtert:

- Employer Branding /Arbeitgeberattraktivität und Anreizsystemen als Konzept und Best Practice Beispiele aus der Praxis
- Wie können wir eine angemessene Versorgungskontinuität sicherstellen und die Identifikation mit dem Arbeitgeber erhöhen?
- Betriebliche Gesundheitsförderung & Work-Life-Balance. Theoretischer Input zu Arbeitszeit und psychischen Belastungen
- interprofessionelle Zusammenarbeit
- Flexible Arbeitszeitgestaltung
- Weiterbildung/Karriere
- Job Crafting

Ab 2024 Ausbildung nur noch an Fachhochschule möglich

Ab 2024 wird die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger*in) in Österreich an Fachhochschulen überführt. Mit dem spannenden und vielseitigen Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege trägt die FH Burgenland bereits seit 2014 wesentlich dazu bei, dem Pflegeberuf aktiv entgegen zu wirken und gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden. Gibt es schon bisher an der FH Burgenland keine Studiengebühren, macht das neue Anstellungsmodell das Studium noch attraktiver: Studierend*innen werden bezahlt und die Studienzeit zählt somit zu den Pensionsjahren.

Auch für Personen ohne Matura steht der Studiengang offen. Sie können bei facheinschlägiger Qualifikation über einen kostenlosen einjährigen Vorbereitungslehrgang an der FH Burgenland die Studienberechtigung erlangen. Mit dem akademischen Abschluss erwerben die Studierenden am Ende auch die Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege. Vor einer mühseligen und langen Jobsuche müssen sich die Absolvent*innen nicht fürchten, denn die Studiengangsleiterin bestätigt: „Die Nachfrage am Arbeitsmarkt ist enorm und garantiert neben attraktiven Einstiegsgehältern auch eine umfassende Bandbreite der Gesundheits- und Krankenpflege.“

TI-Arbeitsgruppe des Berliner Kompetenzzentrums Pflege 4.0 veröffentlicht ihre Handlungsempfehlung „Telematikinfrastruktur (TI) für die Pflegepraxis“

Der gesetzgeberische Rahmen ist geschaffen. Fristen sind gesetzt. Grundlegende Technologien sind entwickelt und erprobt. Trotzdem stottert der Motor der Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Pflege, die TI, noch erheblich. Einer der Gründe: Zentrale Akteur*innen sind zwar an die TI angebunden, halten sich aber bzgl. der Nutzung bisher zurück. Mit der anstehenden Anbindung der Pflege an die TI besteht nun erneut die Chance, Schwung in die Nutzung der TI-Anwendungen zu bringen.

Eine gesetzliche Anbindungspflicht wird aber nicht reichen. Es braucht Motivation zur Nutzung und die kommt nur mit einem echten Mehrwert. In insgesamt 15 Handlungsempfehlungen zeigt die TI-AG auf, wie der Mehrwert der TI für die Pflege spürbar und sinnvoll erhöht werden kann: vollständige Digitalisierung des Abrechnungsprozesses mit allen Kostenträgern; verpflichtende Nutzung der TI-Anwendungen für alle Akteur*innen, Aufbau sektorenübergreifender Unterstützungs-Netzwerke, Schaffung TI-kompatibler Schnittstellen für alle Akteur*innen, Verbesserung der Refinanzierungsgrundlage. Alle Empfehlungen finden sich im Papier, das von der Website des Berliner Kompetenzzentrums heruntergeladen werden kann.

Unter anderem haben der Landespflegerat Berlin-Brandenburg, der Volkssolidarität Bundesverband e.V., der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V., der Anbieterverband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (AVG) und die Landesgruppe des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) das Papier unterzeichnet. Die TI-AG lädt ausdrücklich dazu ein, die Handlungsempfehlungen an Politik, Verwaltungen und Interessensvertreter*innen weiterzuleiten und die Argumente in die laufenden Diskussionen mit einzubringen.

Das Berliner Kompetenzzentrum Pflege 4.0 ist ein Vorhaben der Albatros gGmbH und der TU Berlin und wird durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege und den Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V. gefördert.

Link zur Handlungsempfehlung:

<https://www.lebenpflegedigital.de/wp-content/uploads/2023/06/TI-Handlungsempfehlung.pdf>

Weitere Informationen erteilt Ihnen gern:

Simon Blaschke, Projektleiter LEBEN – PFLEGE – DIGITAL, Kompetenzzentrum Pflege 4.0, info@lebenpflegedigital.de

Immer up-to-date sein:

Alle aktuellen News aus der Fachwelt und aktuelle Stellenanzeigen unter
www.zeitschrift-gesundheitsberufe.info

DIE PFLEGE ENTLASTEN.

**Unterstützung finden –
wir wissen, wie.**

Die Plattform Helfende Hände des
Pflegenetzwerks Deutschland bringt
Pflegeeinrichtungen und engagierte
Menschen mit und ohne pflegerische
Qualifikation zusammen – unbürokratisch
und schnell. Denn helfende Hände werden
in der Pflege vielfältig gebraucht: Von
Verwaltung, Küche, Empfang bis hin
zu kleinen Reparaturen, gemeinsamer
Musik oder einem ruhigen Gespräch.

www.pflegenetzwerk-deutschland.de

**Jetzt
anmelden
und Anfrage
einstellen!**



Eine Initiative von



Bundesministerium
für Gesundheit

**Pflege-
Netzwerk
Deutschland**

Helfende Hände

Die Pflege unterstützen:
Freiwillig. Engagiert. Qualifiziert.

Positionspapier

Zukunft der Pflege

Eine Quadratur an Herausforderungen für den Berliner Immobilienmarkt

Thomas Lehmann¹

So herausfordernd das gegenwärtige Marktumfeld für die Immobilienwirtschaft auch ist, so klar ist dennoch die Gewissheit, dass der Bedarf an altersgerechten Wohnlösungen nicht gedeckt ist. Wissenschaftler prognostizieren einen spürbaren Anstieg der Pflegebedürftigen bis 2030 respektive 2040. Die damit verbundenen Aufgaben sind zugleich eine gesellschaftliche Herausforderung aber auch eine große Chance für die Immobilienbranche. Der Status quo wird für Berlin chronologisch aus den Blickwinkeln Angebot und Nachfrage sowie Personalsituation und Erschwinglichkeit detailliert betrachtet. Im Ergebnis werden die Komplexität sowie die wechselseitigen Beziehungen einmal mehr deutlich.

Marktüberblick

Der Pflegebedarf wächst und wächst. Unverändert ist festzustellen, dass die Bevölkerung Berlins immer älter wird. Dieser Trend scheint nicht aufhaltbar und er umfasst vielfältige Herausforderungen für die Gesellschaft.

Zwischen 2011 und 2021 stieg die Zahl der über 65-jährigen in Berlin um mehr als 10 % (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2022c). Der Anteil der Bevölkerung der über 65-jährigen befindet sich an einem Wendepunkt, an dem diese Bevölkerungsgruppe mehr als 20 % ausmachen wird. Auf Basis der aktuellen Bevölkerungsprognose für Berlin wird dies bis 2030 erreicht sein (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen Berlin, 2022). Die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen und Pflegeeinrichtungen nimmt demnach zu, da die Pflege ab einem gewissen Beeinträchtigungsgrad nur eingeschränkt von Angehörigen übernommen werden kann.

Im gleichen Betrachtungszeitraum von 10 Jahren haben sich, neben dem hinlänglich bekannten Preisanstiegen und dem Fachkräftemangel, zudem weitere Trends für Berlin abgezeichnet:

- **Pflegebedürftige:** Anstieg von 72 %
- **Heimquote:** Rückgang von 27 % auf 17 %
- **Angebot an vollstationären Pflegeplätzen:** nahezu unverändert

Charakterisiert wird das aktuelle Umfeld weiterhin von zahlreichen Herausforderungen für den **Neubau** (steigende Erstellungs- und Finanzierungskosten sowie steigende Renditen), den laufenden **Betrieb** (Personal-, Sach- und Energiekosten sowie Indexierungsklauseln) sowie für die **Endnutzer** (steigende Heimentgelte).

Die Mixtur ist entsprechend herausfordernd für alle Beteiligten und wird nachfolgend chronologisch aus 4 Blickwinkeln detaillierter betrachtet.

Herausforderung Nachfrage

In Berlin hat sich innerhalb von 10 Jahren die Anzahl der Pflegebedürftigen von 107.917 um rund 72 % auf 185.528 erhöht (2011 vs. 2021). Die Nachfrage nach Pflegeleistungen hat sich demnach im Rückblick signifikant erhöht. Allgemein wird von weiter steigenden Pflegebedürftigen in der Zukunft

ausgegangen. Interessant ist die Entwicklung der Fallzahlen zwischen 2011 und 2021 innerhalb der drei Pflegeformen (vollstationär, ambulant und Pflegegeld). Während sich der Anteil der ambulanten Pflege in Berlin lediglich mit geringen Schwankungen im Mittelwert bei 25 % bewegt, reduzierte sich die Heimquote spürbar von rund 27 % auf 17 %. Demgegenüber hat sich der Anteil der Pflegegeldbeziehenden um etwa diese 10 Prozentpunkte erhöht (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2012 und 2022a). Die Reduktion der Heimquote ist dabei eine sehr sensible Rechengröße für die Prognose zukünftig in vollstationären Einrichtungen versorgter Pflegebedürftiger.

	Pflegebedürftige	Heimquote	Anteil Ambulant	Anteil Pflegegeld
2011	107.917	27 %	24 %	49 %
2013	112.509	27 %	25 %	49 %
2015	116.424	26 %	26 %	48 %
2017	135.680	24 %	25 %	51 %
2019	158.482	21 %	24 %	55 %
2021	185.528	17 %	22 %	60 %

Tabelle 1: Setting Verteilung

Typischerweise ist die Grundlage in traditionellen Prognosemodellen zur Bestimmung der zukünftigen Pflegebedürftigen ein multiplikativer Zusammenhang zwischen der Bevölkerungsprognose (nach Altersgruppen und Geschlecht, falls verfügbar) und der Pflegeprävalenz (Worrall und Chaussalet, 2014). Für die Prognose der zukünftigen Nachfrage wurden Daten (Basis 2021) auf zwei Betrachtungsebenen zusammengetragen und zugrunde gelegt:

- Ebene 1 – Prognose der Pflegebedürftigen: Bevölkerungsprognose, Prävalenz und Anteile innerhalb der Pflegeformen
- Ebene 2 – Prognose der notwendigen Pflegeeinrichtungen: Auslastung und Größe

1 MRICS, HypZert F; Director, Wüest Partner Deutschland

Korrespondenzadresse

Thomas Lehmann
Wüest Partner Deutschland
Litfaß-Platz 2
D-10178 Berlin
thomas.lehmann@wuestpartner.com

Positionspapier

Bis zum Jahr 2030 werden demnach rd. 200.000 Pflegebedürftige in Berlin prognostiziert. Der Wert errechnet sich aus dem prognostizierten Bevölkerungsstand im Jahr 2030 multipliziert mit der Pflegeprävalenz der dazugehörigen Altersgruppe (Stand 2021). Nunmehr wechselt die Perspektive in die Immobilienwirtschaft, um den Bedarf an zusätzlichen Pflegeeinrichtungen zu ermitteln.

Hierfür wurden folgende Annahmen getätigt:

1. Es wurde eine nachhaltige Auslastung von 95 % berücksichtigt (auch für bestehende Pflegeeinrichtungen). Es ist daher realistischer und nachhaltiger, den aktuellen Bestand so zu entwickeln, dass er nahezu voll ausgelastet werden kann.
2. Es wurde die derzeitig durchschnittliche Größe von 85 Plätzen angenommen, um die Anzahl der benötigten Pflegeheime zu ermitteln.

Bis 2030 wird für Berlin ein zusätzlicher Pflegeheimbedarf von 57 Pflegeheimen prognostiziert. Das entspricht einem Zuwachs von rund 14 %. Die Bezirksergebnisse zeigen, dass sich der prognostizierte Bedarf deutlich unterscheidet. Das Spektrum reicht von keinem Zusatzbedarf in Friedrichshain-Kreuzberg bis zu einem Defizit von über 30 % in Reinickendorf. (Siehe Tabelle 2)

Der unterschiedliche Bedarf ergibt sich zum einen aus der prognostizierten Altersstruktur und zum anderen aus den vorhandenen Betreuungsplätzen und der Auslastung. Bis 2030 wird die Pflegequote von 4,9 % auf 5,1 %, die Zahl der Pflegebedürftigen von 185.528 auf 199.621 Personen und die Zahl der stationären Pflegebedürftigen von 31.917 auf 34.934 Personen steigen. Um die rund 3.000 zusätzlichen stationären Pflegebedürftigen adäquat versorgen zu können, müssen die verfügbaren Pflegeplätze von 33.814 auf 36.618 erhöht werden.

Die Prognose berücksichtigt an verschiedenen Stellen Annahmen und Eintrittswahrscheinlichkeiten, die nicht eindeutig bestimmt werden können. Wesentliche Limitationen sind hierbei die Bevölkerungsprognose, die Prävalenzquoten sowie die Form der Pflege (weiterführend in Lehmann, 2022).

Herausforderung Angebot

Doch wie reagiert die Angebotsseite auf die Nachfrage? Das Angebot umfasst dabei im Wesentlichen die Ebenen Pflegeheim und Pflegeplätze innerhalb der Pflegeeinrichtungen. Gemäß dem Amt für Statistik Berlin Brandenburg (2022a) liegt die Auslastungsquote in Berlin im Durchschnitt bei 94 %. Auf Basis nachfolgender Argumente bedeutet dieser Wert Vollausslastung:

1. In vielen Pflegeeinrichtungen muss ein kleiner Teil der vorhandenen Pflegeplätze für die Kurzzeitpflege freigehalten werden.
2. Eine 100 % Auslastung unterstellt eine vollständige nachfragebasierte Marktabsorption. Angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Pflegeformen ist dies unter Berücksichtigung der Präferenzen der Nachfragenden in Bezug auf das gewohnte Wohnumfeld nicht vollständig umsetzbar.
3. Das vorhandene Personal bildet über die gültigen Personalschlüssel die Schnittstelle zur maximal möglichen Auslastung (siehe Herausforderung Personal).
4. Allgemein spielen zudem der Objektzustand und die (Raum-)Qualität eine entscheidende Rolle, wodurch (tem-

poräre) Leerstände auch aus baulichen Gründen entstehen. Schließlich wirken sich Fragen der laufenden Modernisierung und Instandhaltung sowie der Fluktuation auf die Auslastung aus.

Es existieren demnach nur sehr eingeschränkt noch Kapazitäten in den Bestandseinrichtungen. Dennoch hat sich im 10 Jahresvergleich zwischen 2011 und 2021 das Platzangebot von 33.850 (376 Pflegeheime) auf 33.814 (402 Pflegeheime) sogar reduziert. Zudem sank die Zahl der verfügbaren Plätze bezogen auf die Altersgruppe der über 65-jährigen zwischen 2011 und 2021 von 5,2 % auf 4,7 % (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2012, 2022a und 2022c). Darüber hinaus gilt für die Berliner Pflegeheime (ohne Ausnahmegenehmigung) eine Einzelzimmerquote von mindestens 60 % (§ 4 WTG-BauV). Die Quoten für die Berliner Bezirke liegen im Durchschnitt zwischen 55 % (Mitte und Tempelhof-Schöneberg) und 88 % (Treptow-Köpenick) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022a). Zukünftige Verschärfungen wie in anderen Bundesländern (Nordrhein-Westfalen 80 % oder Baden-Württemberg 100 %) würden in der Folge das Angebot innerhalb bestehender Pflegeheime reduzieren.

Laut Tagesspiegel (2019) rückt das Thema Gentrifizierung auch für den Pflegeheimmarkt zunehmend in den Fokus. Insbesondere die rasante Entwicklung der Mieten in allen Segmenten hat in den letzten Jahren zu einer Diskrepanz geführt. Während die Pachthöhe eines Pflegeheims auf Grundlage des § 82 SGB XI grundsätzlich gesetzlich geregelt und eine Quersubventionierung untersagt ist (Berechnungsbasis bildet der Investitionskostensatz), gibt es für viele andere Nutzungsarten keine Beschränkung. Für die Realisierung neuer Pflegeeinrichtungen benötigt es entsprechend politischen Willen und womöglich bauplanungsrechtliche Anpassungen als praktikable Handlungsoptionen.

Grundsätzlich errechnet sich eine marktübliche Pacht für ein Pflegeheim aus den vorhandenen Plätzen, dem Investitionskostensatz sowie einer nachhaltig erzielbaren Auslastung für 365 Belegungstage (HypZert, 2018). Auf dieser Grundlage ist ersichtlich, dass weder unterschiedliche Lagekategorien noch ein Knappheitssignal Gegenstand des Pachtniveaus sind.

Weitere Entscheidungsfaktoren zur Angebotsausweitung (Neubau) sind neben der zukünftigen Nachfrage und der Pachtregulierung die Rentabilität und langfristige Wertbeständigkeit. Dabei sind insbesondere die Grundstückssuche und -preise sowie die Baukosten ein großes Hindernis. Die erhöhten Finanzierungskonditionen sowie das gegenwärtig existierende Betreiber- und Personalrisiko erhöhen die Komplexität zudem deutlich. Insbesondere der erschwerte wirtschaftliche Betrieb könnte zu einem Investitionstop neuer Einrichtungen führen (ZIA, 2023). Verschiedene Marktberichte zeigen bereits eine deutliche Korrektur (Erhöhung) der Renditeanforderungen (CBRE, 2023 und BNP, 2022), wodurch sich im aktuellen Umfeld insbesondere die Investitionsbereitschaft für den notwendigen Neubau reduziert (Göckes, 2023).

Dieser Themenmix legt die Vermutung nahe, dass sich die Heimquote zwischen 2011 von 27 % auf 17 % in 2021 nicht nur aus reduzierten Prävalenzquoten (Lehmann, 2020) oder mangelnder Zahlungskraft der Bedürftigen reduziert hat (siehe Herausforderung Erschwinglichkeit), sondern dass es deutlich zu wenig Angebot gibt und viele Pflegeeinrichtungen entsprechend Wartelisten führen.

Positionspapier

Bevölkerung		Pflegebedürftige				Vollstationäre Pflegeheime				Platzprognose	Heimprognose	
Total		"Pflegequote"	"Pflegebedürftige"	Heimquote	Pflegebedürftige (voll- und teilstationär)	"Pflegeheime"	"Pflegeplätze"	Auslastung	Plätze @95%	zusätzliche Heime	Zusatzbedarf an Pflegeplätzen	Zusatzbedarf an Pflegeheimen in %
2021	Charlottenburg-Wilmersdorf	333998			2699	41	2738	99%	2601			
	Friedrichshain-Kreuzberg	289014			1683	18	1776	95%	1687			
	Lichtenberg	299686			3159	39	3292	96%	3127			
	Marzahn-Hellersdorf	277639			2156	26	2408	90%	2288			
	Mitte	385692			1961	26	2158	91%	2050			
	Neukölln	327100			2119	27	2256	94%	2143			
	Pankow	413168			3465	43	3737	93%	3550			
	Reinickendorf	265772			2403	23	2571	93%	2442			
	Spandau	247396			2598	32	2778	94%	2639			
	Steglitz-Zehlendorf	307135			4449	62	4771	93%	4532			
	Tempelhof-Schöneberg	348523			2357	37	2372	99%	2253			
	Treptow-Köpenick	280357			2868	28	2957	97%	2809			
	Berlin	3775480	4,9%	185528	17,2%	31917	402	33814	94%	32123		
2030	Charlottenburg-Wilmersdorf	339947			21217	42			2680	2680	79	1 2,4%
	Friedrichshain-Kreuzberg	300791			9662	18			1555	1687	0	0 0,0%
	Lichtenberg	316382			16018	44			3549	3549	422	5 12,8%
	Marzahn-Hellersdorf	289249			15901	31			2693	2693	405	5 19,2%
	Mitte	402083			14064	27			2105	2105	55	1 3,8%
	Neukölln	330870			14837	33			2624	2624	481	6 22,2%
	Pankow	431810			18684	46			3799	3799	249	3 7,0%
	Reinickendorf	274094			16292	30			3025	3025	583	7 30,4%
	Spandau	259916			13779	34			2793	2793	154	2 6,3%
	Steglitz-Zehlendorf	309089			22328	74			5527	5527	995	12 19,4%
	Tempelhof-Schöneberg	353265			19629	45			2951	2951	698	8 21,6%
	Treptow-Köpenick	301994			17209	35			3381	3381	572	7 25,0%
	Berlin	3909489	5,1%	199621	17,5%	34934	459		36681	36813	4692	57 14,2%

Tabelle 2: Prognose

Positionspapier

Nicht zuletzt gibt es Personalschlüssel für jeden Pflegegrad, wodurch das Personal entscheidend für die zur Verfügung stehenden Pflegeplätze in den Pflegeeinrichtungen ist (§ 113c SGB XI).

Herausforderung Personal

Pflege ist nur mit Pflegenden möglich. Daher korrelieren die verfügbaren Betreuungsplätze und das Personal in hohem Maße miteinander. Nach § 75 SGB XI und Vdek (2016) gelten für die Berliner Pflegeheime je nach Pflegestufe aktuell folgende Personalbemessungen (Vollzeitstelle).

	Allgemeine Pflege	Demenz
Pflegegrad 1	1 : 7,25	1 : 4,12
Pflegegrad 2	1 : 3,90	1 : 2,77
Pflegegrad 3	1 : 2,80	1 : 2,16
Pflegegrad 4	1 : 2,20	1 : 1,79
Pflegegrad 5	1 : 1,80	1 : 1,51

Tabelle 3: Personalbemessung

Anhand der dargestellten Personalrichtwerte lässt sich abschätzen, wieviel Personal insgesamt vorgehalten werden muss (davon mindestens 50 Prozent Pflegefachkräfte). Der Betreiber ist entsprechend verpflichtet, dafür Sorge zu leisten, dass seine Personalplanung eine ordnungsgemäße Pflege und Betreuung gewährleistet.

Insbesondere Demenzerkrankte erfordern demzufolge eine deutlich intensivere Betreuung. Auf Basis verschiedener Quellen wird der Anteil in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Abhängigkeit vom Alter mit bis zu 70 % angegeben, wodurch ersichtlich wird, dass mit dem Alter die Kombination aus Pflegebedürftigkeit und Demenz stark zunimmt (Rothgang et al. 2010). (Siehe Tabelle 4)

In den Berliner Pflegeeinrichtungen arbeiteten 2021 18.265 Beschäftigte (Pflegefachkräfte in der körperbezogenen Pflege und Betreuung inkl. § 43 b SGB XI) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022a). Im Allgemeinen befindet sich davon ein erheblicher Teil in einer Teilzeitbeschäftigung. Folglich muss die Anzahl der Vollzeitäquivalente ermittelt werden. Unter Verwendung der Faktoren des Statistischen Bundesamtes (2018) beträgt die Zahl der Vollzeitäquivalente rd. 14.600. Durch die Gegenüberstellung der umgerechneten Vollzeit-

kräfte mit dem Personalbedarf aufgrund der bestehenden Betreuungssituation (gleicher Zeitpunkt) wird in vielen Bezirken bereits der Versorgungsengpass deutlich.

In Abhängigkeit der gewählten Demenzquote errechnet sich sehr schnell eine, allgemein bekannte, kritische Personalsituation. In der Praxis wird daher zusätzlich, um einen Belegungsstopp zu vermeiden, teilweise teures Personal von Leiharbeitsfirmen eingesetzt.

Perspektivisch soll die geltende Fachkraftquote durch einen bedarfsorientierten Personalmix abgelöst werden. Hierfür wurden gemäß § 113c GVWG neue Personalbemessungswerte in vollstationären Pflegeeinrichtungen eingeführt, welche eine direkte Auswirkung auf die Rahmenverträge der Bundesländer haben. Die Umsetzung der neuen Personalbemessung startet im Juli 2023 und muss bis spätestens Dezember 2025 etabliert sein. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen müssen fortan angeben, wie viele Pflegebedürftige in jedem Pflegegrad in der Einrichtung wohnen (sogenannter Care-Mix). Daraus errechnet sich die erforderliche Personalmenge. Eine überschlägige Berechnung führt zu einer ähnlich angespannten Personalsituation (siehe Abbildung Personalengpass).

Zudem ist das Durchschnittsalter der Mitarbeiter sehr hoch, sodass bereits 2025 (rd. 14 %) bzw. 2030 (rd. 28 %) ein erheblicher Teil der bestehenden Mitarbeiter in Rente gehen wird (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2022a). Der Personal-mangel wird sich unter Berücksichtigung der Bevölkerungsprognose für Berlin zudem weiter verschärfen. Der leicht prognostizierte Rückgang der Zahl der Erwerbsfähigen im Alter zwischen 18 bis 65 Jahre (-2 % bis 2030) betrifft den Pflegebereich gleich doppelt: (1) Im Vergleich zum kalkulierten Anstieg der Pflegebedürftigen gibt es vermutlich weniger familiäre Betreuungsmöglichkeiten und (2) ohne Migration gibt es nur eine begrenzte Anzahl von neuen Pflegekräften (IEGUS und RWI, 2015). Marquardt et al. (2016), SVR (2015) und Delkic (2015) argumentieren, dass der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in Zukunft steigen wird. Dadurch wird das Thema der transkulturellen Pflege zukünftig stärker in den Fokus rücken. Auf dieser Grundlage ist ein signifikanter Personalbedarf absehbar (z.B. Jacobs et al., 2019; Rothgang und Müller, 2019), ohne Berücksichtigung des prognostizierten weiter steigenden Pflegebedarfs (siehe Herausforderung Nachfrage).

Die Wirkungskette des Personalbedarfs und eventuell resultierender Belegungseinschränkungen und daraus folgender geringerer Auslastungsquoten haben eine direkte Wir-

	Demenzanteil 0 %	Demenzanteil 50 %	Demenzanteil 70 %	Care Mix GVWG***
Pflegebedürftige Anwendung der Personalschlüssel*	31.917	31.917	31.917	31.917
Personalbedarf	11961	13.423	14.692	14.027
Personal Umrechnung in Vollzeitäquivalente**	18.265	18.265	18.265	18.265
Personal (VE)	14.647	14.647	14.647	14.021
Überschuss	22 %	9 %	0 %	0 %

*erhöhte Personalanforderungen für Wachkomapatienten, geistig behinderte oder erheblich verhaltensauffällige Menschen bleiben unberücksichtigt

**Vollzeitbeschäftigt (Faktor 1), Teilzeitbeschäftigt über 50 % (0,75), Teilzeitbeschäftigt 50 % und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt (0,45), Geringfügig beschäftigt (0,25), übrige z. B. Auszubildende oder Auszubildender (0,5)

***Summe aus 113c (1) Nr. 1 bis 3 GVWG

Tabelle 4: Personalengpass

Positionspapier

kung auf den laufenden Betrieb, das Betreiberrisiko und sind schlussendlich relevant für Bestandshalter entsprechender Liegenschaften.

Allgemein beeinflussen die Entwicklung der Pflegeprävalenz, die Verteilung innerhalb der Pflegesettings (Heimquote) sowie der Grad der informellen Pflege ebenfalls den zukünftigen Bedarf an stationären Pflegekräften (dip, 2018). Der Pflegesektor ist im Vergleich zu anderen Branchen durch ein starkes Lohndefizit gekennzeichnet (Heger et al., 2021). Um die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen, wurde durch die Einführung der Tarifpflicht das Lohnniveau erhöht. Der daraus resultierende betreiberseitige Mehraufwand muss zu steigenden Heimentgelten führen, um die wirtschaftliche Fortführung des Pflegebetriebes zu gewährleisten. Diese Mehrkosten tragen am Ende der Wirkungskette die Pflegebedürftigen, wodurch sich die Erschwinglichkeit eines vollstationären Pflegeplatzes verringert.

Herausforderung Erschwinglichkeit

Neben der eingangs skizzierten Zusatznachfrage bilden die Heimentgelte und demzufolge die Bezahlbarkeit eines Pflegeplatzes innerhalb der Pflegeeinrichtung eine entscheidende Rolle. Von einem Leistbarkeitsproblem ist allgemein auszugehen, wenn ein Haushalt oder eine Person ihren nicht wohnwirtschaftlichen Bedarf nach Abzug aller Wohnkosten nicht mehr decken kann (Stone, 2006; Hancock, 1993 und Forster-Kraus, 2011). Bei Pflegeleistungen in Pflegeheimen übernehmen die Pflegeversicherungen teilweise die pflegebedingten Aufwendungen (ohne Hotelleistungen und Investitionskosten) in pauschaler Form (§43 SGB XI):

- Pflegegrad 1: Euro 125 monatlich
- Pflegegrad 2: Euro 770 monatlich
- Pflegegrad 3: Euro 1.262 monatlich
- Pflegegrad 4: Euro 1.775 monatlich
- Pflegegrad 5: Euro 2.005 monatlich

Allerdings sind die Pflegekosten deutlich höher als die Leistungen der Pflegekasse (Schulz und Geyer, 2014). Daher

muss von der pflegebedürftigen Personen seit der Pflege-reform im Jahr 2017 zusätzlich ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil gezahlt werden. Dieser Kostenbetrag gilt einheitlich für die Pflegegrade 2 bis 5. Damit soll insbesondere verhindert werden, dass Pflegebedürftige höhere Kosten für Pflegeleistungen zahlen müssen, wenn aufgrund eines sich verschlechternden Gesundheitszustandes der Pflegegrad angepasst werden muss.

Die von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Eigenanteile (inkl. Hotelleistungen und Investitionskosten) wurden für Berlin auf Basis der freiverfügbaren Datenbank der AOK ausgewertet (279 auswertbare Einrichtungen). Demnach beträgt der mittlere monatliche Kostenbetrag EUR 2.453. Die Preisschwankungen sind über die 12 Berliner Bezirke hinweg vergleichsweise gering. Im Vergleich dazu beträgt das monatliche Haushaltsnettoeinkommen der Altersgruppe der über 60-jährigen in Berlin Euro 2.050 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022b). Auf dieser Grundlage wird deutlich, dass eine Vielzahl von Pflegebedürftigen die monatlichen Pflegekosten ohne zusätzliche finanzielle Hilfen nicht von selbst bezahlen kann. (Siehe Abbildung 5)

Um die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Menschen abzumildern, wurden zum 01.01.2022 prozentuale Leistungszuschläge eingeführt, um die pflegebedingten Eigenanteile schrittweise zu verringern. Die Höhe der Zuschüsse richtet sich nach dem Zeitraum, in dem Leistungen der vollstationären Pflege bezogen werden (§ 43c SGB XI).

- 5 % des Eigenanteils an den Pflegekosten innerhalb des ersten Jahres
- 25 % des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als 12 Monate,
- 45 % des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als 24 Monate
- 70 % des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als 36 Monate in einem Pflegeheim leben.

Demgegenüber gilt seit dem 01.05.2022 eine verpflichtende tarifliche Bezahlung (Mindestlohn) in der Altenpflege. Seit dem 01.09.2022 können Pflegeeinrichtungen zudem nur

	Datenbasis (Anzahl Einrichtungen)	Heimentgelt (Mittelwert)	Haushaltsnettoeinkommen	Delta
Charlottenburg-Wilmersdorf	34	2.543 €	2.175 €	-368 €
Friedrichshain-Kreuzberg	16	2.420 €	1.775 €	-645 €
Lichtenberg	26	2.307 €	2.100 €	-207 €
Marzahn-Hellersdorf	17	2.374 €	2.075 €	-299 €
Mitte	19	2.454 €	1.700 €	-754 €
Neukölln	22	2.462 €	1.900 €	-562 €
Pankow	31	2.393 €	2.175 €	-218 €
Reinickendorf	13	2.612 €	2.125 €	-487 €
Spandau	21	2.462 €	1.900 €	-562 €
Steglitz-Zehlendorf	47	2.477 €	2.300 €	-177 €
Tempelhof-Schöneberg	13	2.692 €	1.975 €	-717 €
Treptow-Köpenick	20	2.352 €	2.150 €	-202 €
Berlin	279	2.453 €	2.050 €	-403 €

Abbildung 5: Erschwinglichkeit

Positionspapier

Ihre Kosten mit den Pflegeversicherungen abrechnen, wenn die Pflege- und Betreuungskräfte mindestens in Tariffhöhe bezahlt werden. Die Mindestgrenzen sind in § 2 5. Pflege-AbbV festgesetzt und steigen zunächst bis 01.12.2023 sukzessive an.

Gemäß pm pflegemarkt.com (2022) wurden dahingehend zwischen September und Dezember 2022 in Deutschland in 3.209 Pflegeheimen die Pflegekosten um durchschnittlich 19 % erhöht.

Im aktuellen Marktumfeld leiden die Betreiber zudem unter einer Kostenexplosion. Im Jahr 2022 wurden gemäß pm pflegemarkt.com (2023) 142 Pflegeheime geschlossen, jüngere Insolvenzen von Curata und Convivo sind nur einige prominente Beispiele und zeigen das aktuell erhöhte Betreiberisiko. Im Gegensatz zu anderen Branchen können die Betreiber von Seniorenpflegeeinrichtungen die steigenden Kosten nicht ohne weiteres weitergeben. Erst wenn die Steigerungen mit den Kostenträgern, den Pflegekassen, verhandelt wurden und diese der Pflegesatzanpassung zugestimmt haben, kann die Erhöhung mittels einer neuen Vergütungsvereinbarung beim Bewohner geltend gemacht werden (geregelt im Wohn- und Betreuungsgesetz WBVG, weiterführend beschrieben in Przewieslik und Engelhardt, 2021).

Auch in einem stabilisierten Marktumfeld sind die Spielräume begrenzt. Gemäß dem Heger et al. (2021) verzeichneten 27 % der Pflegeheime einen Jahresverlust. Entsprechend prognostizieren verschiedene Experten weitere Insolvenzen (Meurer, 2023 und Reichel, 2023). Neben den Nachwirkungen der Corona Pandemie und der bekannten Bedarfslücke leiden die Einrichtungen zum einen insbesondere unter steigenden Energiekosten (Senioren brauchen es hell und warm) und zum anderen unter einem spürbaren Personalmangel. Die Quadratur aus steigenden Energie- und Lebensmittelkosten sowie der neuen Tarifpflicht und den indexierungsbedingten Pachtsteigerungen hat die Eigenanteile der Pflegebedürftigen bereits spürbar beeinflusst.

Literatur

- Amt für Statistik Berlin Brandenburg (2012), *Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen in Berlin*, Statistischer Bericht K VIII 1 – 2j / 11.
- Amt für Statistik Berlin Brandenburg (2022a), *Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen in Berlin*, Statistischer Bericht K VIII 1 – 2j / 21.
- Amt für Statistik Berlin Brandenburg (2022b), *Mikrozensus Berlin 2021*.
- Amt für Statistik Berlin Brandenburg (2022c), *Einwohnerstatistik*, Statistischer Bericht A I 5 – hj 2 / 21.
- BNP (2022), *Healthcare-Investmentmarkt Deutschland*, <https://www.realestate.bnpparibas.de/marktberichte/healthcare-investmentmarkt/deutschland-at-a-glance> (31.12.2022)
- CBRE (2023), *Gesundheitsimmobilieninvestmentmarkt Deutschland mit verhaltenem Transaktionsgeschehen*, <https://news.cbre.de/gesundheitsimmobilieninvestmentmarkt-deutschland-mit-verhaltenem-transaktionsgeschehen/> (12.01.2023).
- Delkic, E. (2015), *Transkulturelle Pflege – Exemplarische Untersuchung der Angebotsstruktur für Migranten in Hamburg Billstedt*, HafenCity Universität Hamburg.
- dip (2018), *Pflege-Thermometer 2018*.
- Forster-Kraus, S. (2011), *Der Einfluss der Demographie auf die Erreichbarkeit von Wohnraum in Deutschland*. Dissertation, Universität Regensburg, Vol. 60.
- Göckes, R. (2023), *Der Pflegemarkt droht zu kippen*, ImmobilienZeitung, IZ 4/2023.
- Hancock, K. (1993), *Can pay? Won't pay? Or Economic principles of affordability*, Urban Studies, 30(1), 127–145.
- Heger, D., Augurzky, B., Kolodziej, I., Wuckel, C. und Hollenbach, J. (2021), *Pflegeheim Rating Report 2022*.
- HypZert (2018), *Bewertung von Objekten des Betreuten Wohnens sowie Bewertung von Pflegeheimen*.
- IEGUS und RWI (2015), *Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft – Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie*.
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (2019), *Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?*
- Lehmann, T. (2020), *Renaissance of Berlin's housing question with a focus on nursing homes*, University of Reading.
- Lehmann, T. (2022), *Prognose zu benötigten Pflegeeinrichtungen in Berlin bis 2030*, Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin Brandenburg.
- Meurer, B. (2023), *CareInvest*, Nr.3/2023.
- Marquardt, G., Delkic, E. und Motzek, T. (2016), *Wenn Migranten alt werden – Das Altenpflegesystem zwischen Versorgungslücken und Entwicklungspotenzialen*, ifo Dresden Bericht, 1/2016, 26–32.
- Przewieslik, P. und Engelhardt, C. (2021), *Investitionen in Pflegeimmobilien*.
- pm pflegemarkt.com (2022), *Tariftreugesetz: Analyse der gestiegenen Pflegeheimkosten im September 2022*, <https://www.pflegemarkt.com/2022/10/18/tariftreugesetz-pflegeheime-werden-teurer/> (18.10.2022).
- pm pflegemarkt.com (2023), *Schließungen und Insolvenzen in der Pflege 2022*, <https://www.pflegemarkt.com/2023/01/04/anzahl-schliessungen-insolvenzen-pflege-2022/> (04.01.2023).
- Reichel, R. (2023), *Weitere Insolvenzen – Krise der Pflegeheimbetreiber wird zum Risiko für ihre Vermieter*, The Property Post, <https://www.the-property-post.de/gastbeitraege/reichel-fragt-nach/weitere-insolvenzen> (15.02.2023).
- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S. und Unger, R. (2010) *Pflegereport 2010 – Schwerpunktthema Demenz und Pflege*, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Vol. 5, Barmer GEK.
- Rothgang, H. und Müller, R. (2019) *Pflegereport 2019 – Ambulantisierung der Pflege*, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Vol. 20, Barmer GEK.
- Schulz, E. und Geyer, J. (2014), *Pflegebedarfe und Pflegesettings – Ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten europäischen Ländern*. Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 4/2014, 137–157.
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen Berlin (2022), *Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2021 – 2040*.
- Statistisches Bundesamt (2018), *Pflegestatistik*, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnis-se-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile (18.12.2018).
- Stone, E. (2006), *What is housing affordability? The case for residual income approach*, Housing Policy Debate, 17(1), 151–184.
- SVR (2015), *In Vielfalt altern – Pflege und Pflegepräferenzen im Einwanderungsland Deutschland*, Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration, Policy brief 2015-2.
- Tagesspiegel (2019), *Die Gentrifizierung erreicht jetzt auch die Alten*, <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/die-gentrifizierung-erreicht-jetzt-auch-die-alten-4086292.html> (27.07.2019).
- Vdek (2016), 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege im Land Berlin.
- Worrall, P. und Chausalet, T. (2014), *A structured review of long-term care demand model-ing*, Health Care Management Science, 28(2), 173–194.
- ZIA (2023), *Deutschland muss zunehmenden Mangel an Heim- und Pflegeplätzen entgegensteuern*, <https://www.konii.de/news/zia-warnt-deutschland-muss-dem-zunehmenden-mangel-an-heim-und-pflegeplaetzen-fruh-entgegensteuern-202302108901> (10.02.2023).

Das Bild der Pflege



Call for Papers

Verlängert bis
1. Oktober 2023

Das Bild der Pflege in den Medien im Laufe der Zeit

Die Medien haben in den letzten Jahrzehnten zunehmend die Wahrnehmung der einzelnen Berufe in der Gesellschaft beeinflusst und geprägt. Mediale Darstellungen haben nicht nur Einfluss auf die Wahrnehmung der Berufe in der allgemeinen Bevölkerung, sondern auch auf diejenigen, die sich für eine Tätigkeit in diesen Berufszweigen interessieren.

Man merkt den Darstellungen in Printmedien, Filmen, Podcasts und sozialen Medien an, dass die Urheber*innen selbst nicht über vertiefte Kenntnisse dieser Berufe verfügen und nur bedingt daran interessiert sind, ein objektives Bild zu zeichnen. Oftmals sind sie traditionellen Rollen- und Geschlechtsbildern verhaftet und reproduzieren diese durch die Art der Darstellung.

Die Zeitschrift „Geschichte der Gesundheitsberufe“ möchte sich in der Schwerpunktausgabe 2/2023 mit dieser Thematik beschäftigen und einen kritischen Blick darauf werfen, wie Pflege- und Gesundheitsberufe medial dargestellt wurden und werden. Beiträge können bis **01.10.2023** zu folgenden Themen eingereicht werden:

- Das Bild der Gesundheitsberufe gestern und heute
- Aspekte der öffentlichen Wahrnehmung der Gesundheitsberufe
- Intention der medialen Darstellung in besonderen Situationen (z. B. Krieg, Krisenzeiten, Corona)
- Rollenzuweisungen und Rollendominanzen
- Mediale Selbstdarstellung der Berufe gestern und heute

Beiträge können als Fachartikel, Positionspapier, Buchrezension oder Monographie eingereicht werden. Sie sollten 15 Seiten A4 nicht überschreiten. Alle Manuskripte werden durch das Gutachtergremium der Zeitschrift bewertet. Weitere Informationen zu den Autor*innen-Richtlinien sowie zur Einreichung sind unter www.geschichte-der-gesundheitsberufe.info abrufbar.

Manuskripte können unter www.hpsmedia-verlag.de/manuskriptzentrale eingereicht und eingesehen werden.

Rezensionen

Monika Hammerla Claassen, Rainer Klein

Qualitätsmerkmal Beziehung Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz

Schlütersche, Hannover, 2021, 276 Seiten,
34,95 €, ISBN 978-3-8426-0850-4



Monika Hammerla Claassen ist Fachpflegekraft für Gerontopsychiatrie und Geriatriische Rehabilitation; Rainer Klein ist Diplom-Verwaltungswirt.

Der Beziehungsaufbau zwischen Pflegekräften und Menschen mit Demenz ist ein zentrales Element in der Versorgung und Betreuung dieser vulnerablen Personen. Dazu bietet der personzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood in diesem Buch die Grundlage für die Gestaltung und Umsetzung

von Beziehungen, der anhand des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz von den Autor*innen auf zahlreiche Praxisbeispiele übertragen worden ist.

Das übergeordnete Thema ist die Sichtweise auf Menschen mit Demenz, die entsprechend der Theorie von Kitwood als Person und nicht als Träger einer Erkrankung gesehen werden müssen. Die Autor*innen greifen die Beziehungsgestaltung breitgefächert auf, sodass die Leser*innen zunächst durch Inhalte zur Bindung, Beziehung und Haltung in die Thematik eingeführt werden. Darauf aufbauend werden die Beziehungsgestaltung und Kontaktaufnahme anhand des personzentrierten Ansatzes, der Biographiearbeit und der Integrativen Validation aufgezeigt und exemplarisch auf konzeptuelle Angebote ausgewählter Institutionen übertragen.

Der Umgang und die Beziehungen zwischen Pflegekräften und Menschen mit Demenz können intensiv, herausfordernd und störungsanfällig sein, da insbesondere Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz nur eingeschränkt interagieren und kommunizieren können. Dies kann sich äußern, indem Informationen von den Betroffenen nur bedingt oder sogar verzerrt aufgenommen werden, wodurch sich diese desorientiert, isoliert und einsam fühlen können. Aus diesem Grund sollte die Kommunikation und Beziehungsgestaltung durch Emotionen und persönliche Nähe geprägt sein.

Um Menschen mit Demenz trotz ihrer Einschränkungen in ihrer Einzigartigkeit gerecht zu werden, ist die Beziehungsgestaltung der Schlüssel zum Erfolg. Die Autor*innen schlussfolgern dazu, dass Pflegekräfte eine personzentrierte Haltung erlernen und einnehmen sollen und veranschaulichen, welche Herausforderungen Pflegekräfte im Umgang mit Menschen mit Demenz zu meistern haben. Aus diesem Grund liegt ein besonderer Fokus des Buches auf dem Expertenstandard, auf dessen Basis eine gute Beziehung zu einem Qualitätsmerkmal werden kann. Dazu sind die theoretischen Inhalte des Expertenstandards aufgegriffen und auf praktische Ideen, Konzepte und Handlungsmöglichkeiten übertragen worden. Führungskräfte und Praktiker*innen sollen damit erfahren, wie der Expertenstandard erfolgreich implementiert werden kann.

Die Implementierung des Expertenstandards ist für die Autor*innen Aufgabe der Leitung bzw. Aufgabe der Fachkraft für Gerontopsychiatrie, was auf den beruflichen Werdegang der beiden Herausgeber*innen zurückzuführen ist. Der Beziehungsaufbau findet jedoch von allen Pflegekräften und unabhängig von ihrer Qualifikation statt, wodurch letzten Endes der Expertenstandard erst dann vollumfänglich in die Praxis implementiert wird, wenn die notwendigen Rahmenbedingungen für alle Pflegekräfte gegeben sind.

Neben den Inhalten des Expertenstandards bietet das Buch eine grobe Darstellung des Krankheitsbildes Demenz sowie zahlreiche kurze Praxisbeispiele zur Versorgung, Betreuung und Aktivierung der Betroffenen – über tagesstrukturierende Maßnahmen und die Gestaltung von Räumlichkeiten – bis hin zur Dokumentation und zur Evaluation.

Aufgrund der Vielzahl aufgegriffener Themen fehlt es den einzelnen Inhalten an Tiefe. Die Leser*innen können sich zwar einen Überblick über die diversen Aspekte im Beziehungsaufbau und im Umgang mit Menschen mit Demenz verschaffen, im Kontext von Pflegepersonalmangel und Fluktuation bleibt jedoch die Frage offen, von wem und wann die Beziehungsgestaltung als Qualitätsmerkmal in der Praxis geleistet werden soll. Zudem sind die meisten der aufgeführten Praxisbeispiele seit Jahren bekannt. Neu ist lediglich der Expertenstandard. Somit eignet sich das Buch vor allem als Handreichung für Auszubildende und Pflegekräfte, für die diese Thematik neu ist. Für alle anderen ist es noch ein Buch, das sich in die mittlerweile sehr lange Liste an Büchern zum Thema Demenz einreicht.

Eine Rezension von Jan-Hendrik Orloff

Martin Staats, Jan Steinhausen (Hrsg.)

Resilienz im Alter

Beltz Juventa, Weinheim, Basel, 2021, 312 Seiten,
34,95 €, ISBN 978-3-7799-6317-2



Resilienz im Sinne von psychischer Widerstandskraft stellt bei der Bewältigung persönlicher Lebenskrisen seit Jahrzehnten einen Schlüsselbegriff dar, dessen Konzepte darauf verweisen, was Menschen vulnerabel macht und wie die Psyche geschützt werden kann. Davon ausgehend, dass aktuelle gesellschaftliche Verhältnisse und Krisen die Psyche beeinflussen, es einen Zusammenhang zwischen psychischer Manifestation und sozialer Lage gibt,

sich die Situation von bereits vorbelasteten Menschen durch Krisen weiter verschlechtern kann und sich das Versorgungssystem stellenweise als fragil erweist, ist Resilienz bei der Bewältigung von Krisen in allen Lebensphasen von entscheidender Bedeutung.

Das Buch befasst sich mit der Resilienz von älteren und immobilen Menschen, die (nicht zuletzt wegen der Corona-Pandemie) isoliert leben mussten und von Kontaktbeschrän-

Rezensionen

kungen und Hospitalisierung betroffen waren. Nach einer Darstellung der psychischen Entwicklung sowie potenzieller psychischer Erkrankungen im Alter folgt eine grundlegende Betrachtung der theoretischen Zugänge und empirischen Erkenntnisse zu Resilienz. Im Hauptteil des Buches werden Resilienz und Gesundheitsförderung aus einer ganzheitlichen Sichtweise dargestellt, die sowohl soziale Beziehungen, Bildung, Achtsamkeit, biographische Bewältigungsstrategien, Biographiearbeit als auch Verhaltensänderungen durch Selbstsorge beinhaltet. Anschließend wird die Resilienz im Alter im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen betrachtet, indem altersgerechte Sozialplanung, die Beziehungen innerhalb von Gemeinschaften und Resilienz als neue Altersnorm beschrieben werden.

Mit dem Hinweis auf die Biographie als individuellen Lebenslauf können Entwicklungsprozesse über die Lebensspanne sowohl als Ereignis sozialer Normierung bzw. kultureller Konstruktion, als Ergebnis der individuellen Erfahrungen oder als Resultat der selbstgestalteten Entwicklung analysiert werden. Dabei ist es wichtig, die Vulnerabilitätsperspektive (erhöhte körperliche, geistige oder psychische Verletzbarkeit) und die Potenzialperspektive (umfassendes Lebenswissen) miteinander zu verbinden. Die Autoren versuchen, dazu die grundlegende Frage zu beantworten, ob es für ältere Menschen in schwierigen Lebenslagen adäquate medizinische und psychologische Behandlungen sowie soziale Betreuungs- oder Integrationsangebote gibt. Ferner wird der Frage nachgegangen, inwieweit diese gesellschaftlichen Angebote stigmatisierte Gruppen erreichen und welche verhältnispräventiven Maßnahmen auch bei sozialen Außenseiter*innen greifen.

Die Menge an gerontologischen Publikationen über Resilienz im Alter verdeutlicht den großen Bedarf an analysierten Faktoren und Handlungsmöglichkeiten. So unterschiedlich die einzelnen Beiträge auch sind, lassen sich dennoch drei wesentliche Grundannahmen daraus ableiten. Erstens wird das Alter grundsätzlich als krisenhafte und risikobehaftete Angelegenheit aufgefasst, zweitens lässt sich der individuelle Umgang mit den Herausforderungen des Alters optimieren und drittens verläuft der Prozess der Resilienz vordergründig auf der kognitiven und emotionalen Ebene ab. Damit rücken materielle Lebensbedingungen, Infrastrukturen und Institutionen in den Hintergrund. Die im Buch dargestellten theoretischen Entwürfe verdeutlichen jedoch, dass psychische Gesundheit auch im Alter von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängt, da diese die Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Herausforderungen beeinflussen können.

Individuen können zwar die Umstände, in denen sie leben, nur in einem geringen Ausmaß verändern – wohl aber die Art und Weise, wie sie diese bewerten und empfinden. Dazu werden im Buch vier Wege aufgezeigt und kritisch hinterfragt. Erstens die implizite Annahme, das Alter sei eine unvermeidliche Katastrophe, der nur mit einer ausreichenden Resilienz beizukommen sei; zweitens die Weiterentwicklung vom Aktiven zum resilienten Alter; drittens die Idealisierung generationstypischer Vulnerabilität und viertens die Stigmatisierung und Heroisierung älterer Menschen in der Corona Pandemie. Damit sollen u.a. die Fragen beantwortet werden, was ältere Menschen angesichts von Krisen besonders widerstandsfähig macht und wie Resilienz im Alter gestärkt werden kann.

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass sich Resilienz im Alter bei vielfältigen Herausforderungen zeigen kann. Dies gilt sowohl für die Häufigkeit, mit denen ältere Personen mit

belastenden Faktoren konfrontiert sind, als auch für adaptierte persönliche Grenzen, die aufgrund häufiger Belastungen verschoben sein und die Bewältigung des Alltags beeinflussen können. Neben den aufgezeigten Bildungsangeboten, welche die resilienzbezogenen Ressourcen bewusst machen, und der Förderung der Achtsamkeit im Alltag betonen die Autoren, dass soziale Interaktionen und Beziehungen wichtige Faktoren im Umgang mit Herausforderungen sind. Dazu werden die vielseitigen Belastungs- und Schutzfaktoren im Buch veranschaulicht, die auch im hohen Alter positiv oder negativ abweichen können. Resilienz als individuelle Stärke kann nur dann zur Widerstandskraft werden – so die Autoren – wenn sie mit den Konzepten der sozialen Umwelt verbunden ist.

Mit dem Buch wird das altbekannte und vielfach diskutierte Thema Resilienz aufgegriffen, dass auch heute noch ein beliebtes Thema der modernen Psychologie ist. Die komplexen Wechselwirkungen von Belastungs- und Schutzfaktoren werden übersichtlich dargestellt und auf Menschen über dem 65. Lebensjahr übertragen. Vertiefend sind vor allem die Kapitel zur Traumafolgestörung im Alter und zur Altersgerechten Sozialplanung. Das Buch eignet sich somit vor allem als Grundlagenwerk für interessierte Leser*innen, die einen Bezug zu dieser Altersgruppe haben.

Eine Rezension von Jan-Hendrik Ortloff

Thomas Boggatz, Hermann Brandenburg, Manfred Schnabel

Demenz

Ein kritischer Blick auf Deutungen, Pflegekonzepte und Settings

Kohlhammer, Stuttgart, 2022, 175 Seiten, 39,00 €, ISBN 978-3-17-039286-1



Demenz als Krankheitssyndrom kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden, die sich inhaltlich zwar widersprechen können, in der Praxis jedoch koexistieren. Zum einen aus der biomedizinischen Perspektive, in welcher eine Demenz auf biologische und biochemische Ursachen zurückgeführt werden kann und zum anderen aus einer normativen (psychosozialen) Perspektive.

Mit dem Buch wird das Anliegen verfolgt, etablierte Sichtweisen sowohl zum Krankheitsbild als auch zum Umgang mit den Betroffenen in Frage zu stellen und dadurch auf den originären Beitrag der Pflegekräfte zu fokussieren.

Das Krankheitsbild „Demenz“ hat in den vergangenen Jahren zu einer kaum noch überschaubaren Anzahl an Publikationen geführt, aus denen sich jedoch bislang kein Konsens ableiten lässt. Im Kontext der zahlreichen Erklärungsversuche zur Ätiologie der Demenzformen, ihrer Symptome und den diversen Lösungsvorschlägen zum Umgang mit Menschen mit Demenz veranschaulichen die Autoren eine kritische Be-

Rezensionen

standsaufnahme der aktuellen Thesen und Praktiken. Anhand einer Ontologie der Demenz wird zunächst das Krankheitsbild im Kontext zwischen Gesundheit und Krankheit näher betrachtet und versucht, es zwischen den Perspektiven neu einzubetten. Anschließend werden unterschiedliche Konzepte und Settings zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz von den Autoren und durch Expertengespräche kritisch diskutiert.

Die Diagnose Demenz stellt – wie jede andere Diagnose auch – eine Abweichung von einem als „normal“ angenommenen Zustand dar. Dabei gelten vor allem die Beschreibung und Behandlung psychischer Erkrankungen wie die der Demenz als anfällig für den Einfluss festgelegter Normen, da ihnen häufig ein organischer Befund fehlt. Geleitet von der Prämisse, dass Gesundheit die Norm ist, und Krankheit eine Normverletzung darstellt, greifen die Autoren die Frage auf, welcher kognitive, psychische oder behaviorale Zustand als Norm definiert und welcher Maßstab zur Identifizierung einer Normverletzung genutzt werden kann. Neben der Betrachtung von Gedächtnistests, bildgebenden Verfahren und der Medikalisierung verweisen die Autoren darauf, dass Vermessung und Klassifizierung eines menschlichen Zustandes stets in einen kulturellen Kontext eingebettet sind, der mit naturwissenschaftlichen (biomedizinischen) Instrumenten allein nicht fassbar ist. Das Ziel der pflegerischen Behandlung liegt daher darin, das Wissen und die Praktiken dementieller Erkrankungen nicht (nur) auf ihre Evidenz oder Wirksamkeit zu betrachten, sondern die Funktionalität der Behandlung innerhalb der gegebenen Verhältnisse zu bewerten.

Aufgrund der diversen Kontextfaktoren und der großen Spannweite an biologischen, sozialen, personenbezogenen oder biographischen Voraussetzungen, kann die Bewertung von Aspekten wie die Anfälligkeit, der Verlauf, der Schweregrad und die damit einhergehenden Konsequenzen sowie die persönliche Wertung einer Demenz höchst unterschiedlich ausfallen. Somit sind nicht die Funktionsverluste an sich ausschlaggebend für die Erkrankung, sondern deren Auswirkungen auf Lebensqualität und Wohlergehen.

Für eine genauere Betrachtung dieser Kontextfaktoren und ihre Auswirkungen auf die pflegerische Behandlung der Demenzformen fokussieren sich die Autoren auf die Validation nach Feil und nach Richard, auf das psychobiographische Modell nach Böhm, die Person-zentrierte Pflege nach Kitwood und das mäeutische Pflegemodell nach van der Kooij. Ferner werden die Settings für die Pflege von Menschen mit Demenz anhand der aktuellen Situation betrachtet, um die Fragen zu beantworten, wie und warum Settings funktionieren und ob sie einen Unterschied in der Behandlung machen.

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die aktuelle Dominanz der biomedizinischen Perspektive zu einer Übergewichtung medizinischer Zugänge und zu einer Marginalisierung anderer fachlicher Expertisen führt und somit einen konstruktiven interdisziplinären Zugang untergräbt. Person-zentrierte Konzepte und Validation lassen sich laut den Autoren als ein Gegenentwurf zur biomedizinischen Deutung der Demenz verstehen. Zur Professionalität des Pflegeberufes gehört jedoch sowohl eine biomedizinische als auch eine psychosoziale Kompetenz. Daher sollen die unterschiedlichen Konzepte von allen Akteuren unvoreingenommen und bezüglich ihres Potenzials in der Praxis geprüft und genutzt werden.

Mit dem Buch werden die bereits lang bestehenden Diskussionen zwischen den biomedizinischen und normativen Krankheitsbildern aufgegriffen und durch aktuelle Studien und Literatur untermauert. Neu dabei ist der Transfer auf demenzielle Krankheitsbilder und die bestehenden Konzepte zur pflegerischen Behandlung der Betroffenen. Auch wenn die Diagnostik und Behandlung von Menschen mit einer Demenz sowohl biomedizinische als auch die psychosoziale Aspekte beinhaltet, wird die Dominanz der biomedizinischen Perspektive sehr kritisch betrachtet. Dabei liegt der Fokus der Kritik jedoch nicht auf der biomedizinischen Perspektive an sich, sondern auf der daraus resultierenden Marginalisierung von Gesundheitsfachberufen, der mangelnden interdisziplinären Betrachtung und der Übergewichtung medizinischer Zugänge.

Insgesamt hinterfragen die Autoren gekonnt die derzeit gängigsten Konzepte in der pflegerischen Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz und ermöglichen es den Leser*innen, sich anhand der aufgeführten Argumente selbst ein (kritisches) Bild über die aktuelle Situation zu machen. Aufgrund der kontroversen Diskussionen und des durchaus anspruchsvollen Schreibstils ist das Buch vor allem für erfahrene Leser*innen geeignet, die bereits über ein Grundlagenwissen zu den einzelnen Konzepten verfügen.

Eine Rezension von Jan-Hendrik Ortloff



Organisatorische Herausforderungen und Belastungen aus Sicht der Führungskräfte in Einrichtungen der Langzeitpflege während der COVID-19 Pandemie

Eine Fragebogenstudie

Elisabeth Holzer¹, Christiane Kreyer², Magdalena Flatscher-Thöni³

*Die Umsetzung der Corona-Schutzmaßnahmen, die in Langzeitpflegeeinrichtungen ergriffen wurden, um die Bewohner*innen vor einer COVID-19 Infektion zu schützen, führten zu gravierenden Veränderungen der Prozess- und Alltagsstrukturen in den Pflegeheimen. Die vorliegende Fragebogenstudie erfasst die organisationalen Herausforderungen und Belastungen aus Sicht der Führungskräfte in der stationären Langzeitpflege im österreichischen Bundesland Tirol. Die Ergebnisse zeigen, dass die Sorge vor einer COVID-19 Infektion bei Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen, der Umfang der pandemiebedingten Informationen seitens der Behörden, die Isolation von COVID-19-infizierten Bewohner*innen, die Beschaffung von Ausrüstung zum Infektionsschutz, wie auch die Intransparenz pandemiebedingter Informationen und Anweisungen seitens der Behörden zu den meistgenannten Herausforderungen und zugleich Belastungen zählen.*

Organizational challenges during the COVID-19 pandemic in long term care facilities: a questionnaire study

A questionnaire study investigated the organizational challenges and stresses in inpatient long-term care facilities in the Austrian province of Tyrol during the COVID 19 pandemic from the perspective of managers.

Korrespondenzadresse

Elisabeth Holzer
Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, Institut für Pflegewissenschaft
UMIT TIROL – Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und -technologie
Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1
A-6060 Hall in Tirol
elisabeth.holzer@umit-tirol.at

Eingereicht am 19.01.2023
Akzeptiert am 18.06.2023

DOI: 10.3936/4116

1 Ing., BScN, MScN; UMIT TIROL – Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und -technologie, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, Institut für Pflegewissenschaft, Hall in Tirol, Österreich

2 Ass.-Prof. Dr.; UMIT TIROL – Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und -technologie, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, Institut für Pflegewissenschaft, Hall in Tirol, Österreich

3 Ass.-Prof. PD Dr.; UMIT TIROL – Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und -technologie, Department für Public Health, Versorgungsforschung und HTA, Institut für Public Health, Medical Decision Making und HTA, Hall in Tirol, Österreich

Einleitung

Die COVID-19 Pandemie und die daraus resultierenden Schutzmaßnahmen, die in Einrichtungen der Langzeitpflege ergriffen wurden, führten zu massiven Veränderungen der Prozess- und Alltagsstrukturen in der stationären Pflege, die nicht nur die Einrichtungen und Pflegepersonen betrafen, sondern auch die Bewohner*innen mit Einschränkung von Freiheits- und Persönlichkeitsrechten konfrontierten. Vor diesem Hintergrund wurde im Sommer 2020 das Forschungsprojekt „Ethische Herausforderungen in der stationären Langzeitpflege während der Corona-Krise 2020/2021“ initiiert¹, dass die Zielsetzung verfolgte (pflegeethische) Herausforderungen und Belastungen in der Langzeitpflege während der Corona-Krise zu ermitteln. Dabei lag zum einen der Fokus auf Pflegepersonen und deren Wahrnehmung ethischer Herausforderungen im pflegerischen Alltag in Langzeitpflegeeinrichtungen während der Corona Pandemie (vgl. hierzu Flatscher-Thöni et al., 2022). Aus dieser Interviewstudie ergaben sich vier Themenbereiche, die eine komplexe und teilweise konfliktreiche Arbeits- und Lebenswirklichkeit der Langzeitpflege in der Pandemie aufzeigen. Die interviewten Pflegepersonen reflektierten einerseits die staatlich und institutionell getroffenen Schutzmaßnahmen, sowie die daraus resultierenden Einschränkungen der persönlichen Freiheit der Bewohner*innen kritisch und hinterfragten damit verbunden den Grad der Selbstbestimmtheit der Bewohner*innen von Langzeitpflegeeinrichtungen in der Pandemie. Andererseits wurde – gegeben der pandemiebedingten Maßnahmen – das pflegerische Handeln im Arbeits- und Lebensort Heim als herausfordernd beschrieben, vor allem hinsichtlich des veränderten pflegerischen Tätigkeitsbereiches mit massiven Auswirkungen auf die Pflegequalität, wie auch auf die divergente Beziehungsqualität zu dem/den Bewohner*innen.

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen fokussierte das gegenständliche Forschungsprojekt zum anderen auch die organisationalen Aspekte (pandemiebedingte Herausforderungen und Belastungen) der durch COVID-19 Schutzmaßnahmen veränderten Arbeitsbedingungen, in dem Leitungspersonen (Heim- und Pflegedienstleitungen) von Einrichtungen der Langzeitpflege im Rahmen einer Onlinebefragung zu diesem Thema Auskunft geben konnten. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit den Ergebnissen dieser Fragebogenstudie und verdeutlicht die Herausforderungen und Belastungen, die sich aus dem durch die Pandemie bedingten raschen und dynamischen Wandel des pflegerischen Arbeitens für Führungskräfte in Einrichtungen der Langzeitpflege ergeben haben.

Hintergrund und Zielsetzung

Die Corona-Schutzmaßnahmen veränderten die Strukturen und Abläufe in den Wohn- und Pflegeheimen grundlegend, wodurch sowohl der Lebensort als auch der Arbeitsort „Heim“ einen signifikanten Wandel erfuhr. Dies ging auch mit umfassenden Anforderungen an die institutionelle Organisation der Pflege und damit den Führungskräften einher. Hower, Pfaff und Pförtner (2020) zeigten auf, dass die ambulanten und stationären Pflege- und Hospizeinrichtungen bereits vor der COVID-19 Pandemie an der Belastungsgrenze standen und sich die Herausforderungen im Zuge der Pandemie noch deutlich verstärkt haben. Labaraque et al. (2018) stellten ebenso bereits vor der COVID-19 Pandemie fest, dass die Rolle der Führungskräfte in der Pflege herausfordernd, anstrengend und stressig sein kann und damit nachteilige Folgen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Personen

hat. Fitzgerald et al. (2021) ermittelten im Rahmen der Untersuchung Führungsbarometer Pflege 2021 die aktuelle Arbeitssituation sowie die Attraktivität und Bedeutung der Pflegeführung für die Zukunft in den Gesundheits- und Pflegeorganisationen. Insgesamt wurden 1600 Führungskräfte aus dem Pflegebereich in Österreich befragt. Positiv bewerteten die Leitungskräfte die Freude an den Kernaufgaben der Pflege. Darüber hinaus wurden ein konstruktives Teamklima und die gegenseitige Wertschätzung angeführt. Kritisch verwiesen die Führungskräfte allerdings auch auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen, um die Pflege in hoher Qualität leisten zu können (Köberl-Hiebler et al., 2021). Als bedenklich wurde die Personalsituation, die Entlohnung und das Image der Pflegeberufe gesehen (Fitzgerald et al., 2021).

Zhao et al. (2021) berichteten über die Herausforderungen und Bewältigungsstrategien der Führungskräfte während COVID-19 in Pflegeheimen. Neben Verwaltungsarbeiten waren die Führungskräfte gefordert, die COVID-19 Präventionsmaßnahmen an die Mitarbeiter*innen weiterzuleiten und die Aufrechterhaltung der Qualitätsstandards zu gewährleisten. Außerdem bestand die Sorge an einer COVID-19 Infektion bei Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen, sowie der Umgang mit der ungewohnten Situation. Zudem wurden begrenzte Ressourcen und eine unzureichende Unterstützung durch die Regierung genannt. Parallel dazu stellen Perkhof et al. (2021) fest, dass 80% der Einrichtungen am Anfang der Pandemie Probleme in der Beschaffung von Schutzausrüstung und Hygienematerialien hatten. Zudem wurden Konzepte für die Mitarbeiter*innen von den Führungskräften erarbeitet und beinhalteten eine feste Teameinteilungen in Wohnbereiche, die Trennung der Umkleiden, eine zeitlich versetzte Dienstübergabe, die Schließung von Gemeinschaftsräumen und der Verzicht auf Gemeinschaftsaktivitäten. Das Arbeiten wurde nur mit Schutzausrüstung erlaubt, sowie regelmäßige Hygieneschulungen wurden angeboten.

Auch Rothgang et al. (2020) zeigen in ihrer Untersuchung neben der Verbreitung von COVID-19, den personellen und materiellen Ressourcen der Pflegeheime auch den organisatorischen Umgang mit der Situation und die Unterstützungswünsche der Pflegeheime auf und weisen darauf hin, dass es in jedem fünften Heim mindestens einen laborbestätigten Fall durch SARS-CoV-2 bei Bewohner*innen oder Mitarbeiter*innen gab. Auch hier wurde zu Beginn der Pandemie ein Mangel an Schutzausrüstung festgestellt. Daneben hatten die Heime noch mit verringerten Personalressourcen zu kämpfen.

Die Querschnittstudie von Stolle et al. (2020) fokussiert auch die Situation und den Bedarf der Langzeitpflege während der COVID-19 Pandemie. Die Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen der Pflegeheime forderten in dieser Erhebung einheitliche Handlungsempfehlungen in Zusammenhang mit COVID-19, ausreichend Hygienematerialien, Testungen in den Einrichtungen, Beratung in der Umsetzung eines Pandemieplans und Unterstützung in der Öffentlichkeitsarbeit. Auch wurden die Aufstockung der Personalressourcen, eine angemessene Entlohnung sowie die Anerkennung und Wertschätzung des Pflegeberufs in den Studienergebnissen gefordert (Stolle et al. 2020). Laut Bieber et al. (2022) sind Entscheidungen zur sozialen Teilhabe, Umsetzung von Quarantäne bzw. die Isolation der Bewohner*innen und das Anpassen des Personaleinsatzes zentrale Themen der Führungskräfte in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen.

Gegeben dieser Studienlage zielt der vorliegende Beitrag darauf ab, konkrete empirische Evidenz im Kontext der organisationalen Herausforderungen und Belastungen der Führungskräfte in Langzeitpflegeeinrichtungen während der COVID-19 Pandemie für Österreich zu präsentieren, sowie detailliert zu analysieren, um basierend auf diesen Erkenntnisgewinn einen Fokus auf Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung pandemiebedingter Belastungen und Herausforderungen zu legen. Diese systematische

¹ Das Projekt „Ethische Herausforderungen in der stationären Langzeitpflege während der Corona-Krise 2020/2021“ wurde vom Tiroler Wissenschaftsfonds Allgemein finanziert (Fördervereinbarung F.2341).

Darstellung der Studienergebnisse ermöglicht es aus den gemachten Erfahrungen zu lernen und damit Vorsorge für die Zukunft zu treffen.

Methode

Um den organisationalen Kontext der pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen in Einrichtungen der Langzeitpflege beleuchten zu können, wurden Leitungspersonen (Heim- und Pflegedienstleitungen) aller Wohn- und Pflegeheime (N = 162) des österreichischen Bundeslandes Tirol zur Teilnahme an einer Onlinebefragung eingeladen.

Der Ausgangsfragebogen basiert auf den Items von Pförtner et al. (2021) der in 10 Items zu pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen (Cronbachs $\alpha = 0,81$) und in 12 Items zu allgemeinen Herausforderungen und Belastungen (Cronbachs $\alpha = 0,86$) unterteilt wird. Die Items weisen somit eine hohe interne Konsistenz auf.

Der verwendete Fragebogen, wurde von den Studienautorinnen erweitert bzw. angepasst und gliedert sich in pandemiebedingte Herausforderungen und allgemeine Herausforderungen und Belastungen im Kontext von Einrichtungen der Langzeitpflege. Die 21 Items zu den pandemiebedingten Herausforderungen konnten „als Herausforderung erlebt“ mit ja/nein und „als Belastung erlebt“ mit den Antwortmöglichkeiten keine, mäßig, stark und sehr stark beantwortet werden. Beispielhafte Items für pandemiebedingte Herausforderungen sind: Sorge vor einer COVID-19 Infektion bei Bewohner*innen bzw. Mitarbeiter*innen, Intransparenz pandemiebedingter Informationen und Anweisungen seitens der Behörden sowie die Beschaffung von Ausrüstung zum Infektionsschutz. Darüber hinaus wurden von den Studienautorinnen aufgrund der Ergebnisse der qualitativen Interviews, die vor der gegenständlichen Fragebogenstudie durchgeführt wurde, folgende Items im Fragebogen ergänzt: Umgang mit Bewohner*innen mit Absonderungsbescheid, COVID-19 Impfung bei Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen, Zusätzlicher und veränderter Tätigkeitsbereich der Mitarbeiter*innen, Risikoverhalten der Mitarbeiter*innen im Privatleben, Sicherstellung einer würdevollen Begleitung und Versorgung am Lebensende und die Teilhabe von Angehörigen am Sterbeprozess. Der Fragenblock zu den allgemeinen Herausforderungen und Belastungen umfasst 13 Items (z.B. Angst um das Wohlergehen der Bewohner*innen, psychische und physische Überlastung der Mitarbeiter*innen, Erwartungshaltung der Angehörigen) mit einer dreiteiligen Skala und den Antwortmöglichkeiten: „als Herausforderung angesehen“ (ja/nein), „als persönlich belastend erleben“ (keine, mäßig, stark, sehr stark) und „Veränderung der Belastung im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie“ (geringer, gleich, stärker). Dieser Frageblock wurde nur mit dem Item: Ethische Herausforderungen für Mitarbeiter*innen ergänzt. Sowohl nach dem Frageblock zu den pandemiebedingten als auch nach den Fragen zu den allgemeinen Herausforderungen und Belastungen stand den Führungskräften ein freies Mitteilungsfeld zur Verfügung, um weitere Herausforderungen in Rahmen der Leitungstätigkeit mitzuteilen.

Zudem beinhaltet der Fragebogen vier offene Fragen zu den Arbeitsbelastungen, zu Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung von pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen, zum Umgang mit der Pandemie in der eigenen Institution und welche zukünftigen Strategien und Maßnahmen notwendig sind. Abschließend werden soziodemografische Daten, wie Alter, Geschlecht und COVID-19 Erkrankungen (Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen) erhoben.

Für die Befragung wurde ein Pretest zur Prüfung des Fragebo- geninstruments mit Personen aus Pflegeeinrichtungen und Insti- tutskolleg*innen realisiert, der zu keinen Änderungen am Befra- gungsinstrument führte. Die Datenerhebung wurde im Zeitraum

von Februar bis Mai 2021 über Lime-Survey durchgeführt. Die Heim- und Pflegedienstleitungen (N = 162; 91 Heimleitungen, 71 Pflegedienstleitungen) der Tiroler Wohn- und Pflegeheime wur- den via Mail kontaktiert, über die Onlinebefragung informiert und mit dem Link zur Befragung ausgestattet. Zudem wurden die Teil- nehmer*innen auf der Startseite des Online-Fragebogens über den Inhalt und das Ziel der Studie unterrichtet, datenschutzrecht- lich umfassend aufgeklärt und erteilten abschließend ihre schrift- liche Einwilligung zur Studienteilnahme.

Für die geplante Untersuchung wurde eine Vollerhebung ange- strebt. Insgesamt viermal wurde per Mail eine Reminder samt Link zur Befragung versendet. Die Datenerhebung des Onlinefrage- bogens erfolgte anonymisiert, ebenso wurden keine IP-Adressen gespeichert.

Die Daten wurden nach der Erhebung aus Lime-Survey expor- tiert und mit SPSS 24.0 ausgewertet. Die Ergebnisse wurden vorwiegend deskriptiv beschrieben, wobei Durchschnitte und Häufigkeiten berechnet wurden. Die Antworten zu den offenen Fragen wurden thematisch induktiv aufbereitet.

Das Forschungsvorhaben wurde vor Beginn der Untersuchung dem zuständigen Ethikgremium (RCSEQ – Research Committee for Scientific Ethical Questions, UMIT TIROL) vorgelegt und wur- de als ethisch unbedenklich eingestuft.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Für die Onlinebefragung wurden insgesamt 162 Führungskräfte zur Teilnahme via Mail kontaktiert. 62 Personen nahmen schließ- lich an der Onlinebefragung teil, woraus sich ein Rücklauf von 38 % ergibt. Von den 48 befragten Leitungspersonen, die sozio- demografische Angaben machten (vgl. Tabelle 1), sind 22 weib- lich und 26 männlich. Als Heimleitung waren 56 % und als Pflege- dienstleitung 44 % tätig. 50 % der befragten Führungskräfte war bereits mehr als 15 Jahre im Wohn- und Pflegeheim beschäftigt. Alle 48 Führungskräfte gaben an, dass in ihrer Einrichtung wäh- rend der vergangenen Monate Mitarbeiter*innen an COVID-19 erkrankt waren, 40 gaben an, dass Bewohner*innen erkrankt wa- ren. Zeitlich lag der Schwerpunkt der Erkrankungsfälle im zweiten Halbjahr 2020.

Merkmal	n = 48 (total 62)
Geschlecht	♀ 26 (54,2 %) / ♂ 22 (45,8 %)
Heimleitung	27 (56,3 %)
Pflegedienstleitung	21 (43,8 %)
Beschäftigt als Heim-/ Pflegedienstleitung	1-5 Jahre = 14 (29,2%) 6-10 Jahre = 6 (12,5%) 11-15 Jahre = 4 (8,3%) mehr als 15 Jahre = 24 (50%)
COVID-19 Erkrankung bei Mitarbeiter*innen	ja = 48 (77,4 %) erstes Halbjahr 2020 = 17 zweites Halbjahr 2020 = 42 erstes Halbjahr 2021 = 21
COVID-19 Erkrankung bei Bewohner*innen	ja = 40 (83,3 %) nein = 8 (16,7 %) erstes Halbjahr 2020 = 10 zweites Halbjahr 2020 = 34 erstes Halbjahr 2021 = 8

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

Pandemiebedingte Herausforderungen und Belastungen

Im Rahmen der Onlinebefragung wurden im ersten Frageblock die 21 pandemiebedingten Herausforderungen (Herausforderung erlebt -ja/nein) und Belastungen (Belastung erlebt -keine, mäßig, stark, sehr stark) erhoben. Die pandemiebedingten Herausforderungen umfassen die Sorge vor einer COVID-19 Infektion (Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen), Beschaffung und Verbrauch von Ausrüstung zum Infektionsschutz, Einhaltung von Hygienevorschriften, Informationen von Seiten der Behörden, Einhaltung von pandemiebedingten Maßnahmen (Kontaktverbot, Testung, Quarantänebescheide, zusätzlich veränderte Tätigkeitsbereiche) und die Begleitung bzw. Versorgung am Lebensende. Tabelle 2 zeigt die sechs häufigsten pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen, die von den Heim- und Pflegedienstleitungen in unserer Untersuchung genannt wurden. Dazu zählen: Sorge vor einer COVID-19 Infektion bei Mitarbeiter*innen bzw. Bewohner*innen, Umfang der pandemiebedingten Informationen seitens der Behörden, Isolation von COVID-19-infizierten Bewohner*innen, Beschaffung von Ausrüstung zum Infektionsschutz und Intransparenz pandemiebedingter Informationen und Anweisungen seitens der Behörden. Grundsätzlich können die Ergebnisse in drei Bereiche – Sorge um Bewohner*innen bzw. Mitarbeiter*innen, Schutzmaßnahmen sowie Behörden (Bund/Länder) zusammengefasst werden. Die Sorge vor einer COVID-19 Infektion bei Mitarbeiter*innen wurde von allen Führungskräften als Herausforderung wahrgenommen und darüber hinaus von mehr als 80% als stark oder sehr stark belastend empfunden. Ebenso erlebten 98% der Leitungspersonen die Sorge um eine COVID-19 Erkrankung bei Bewohner*innen als Herausforderung

und 74% empfanden dies als stark und sehr stark belastend. Zudem wurde die Isolation von COVID-19-infizierten Bewohner*innen von 93% als Herausforderung erlebt und von mindestens 77% der Heim- und Pflegedienstleitungen als stark oder sehr stark belastend beschrieben.

Bereits an dritter Stelle der häufigsten pandemiebedingten Herausforderungen steht Umfang und Intransparenz pandemiebedingter Informationen und Anweisungen von Seiten der Behörden. Dieses Thema wurde auch von ca. 80% der befragten Personen als stark oder sehr stark belastend erlebt.

Außerdem gaben 90% der Führungskräfte an, dass die Beschaffung von Ausrüstung zum Infektionsschutz als Herausforderung erlebt wurde, für 16% war dies sehr stark belastend.

Strategien und Maßnahmen im Umgang mit der Pandemie

Im Rahmen einer offenen Frage wurden die Führungskräfte gebeten, Strategien und Maßnahmen, die in der eigenen Einrichtung zur Bekämpfung der pandemiebedingten Herausforderungen eingesetzt wurden, zu nennen. Die genannten Strategien lassen sich in strukturelle, auf die Mitarbeiter*innen (Teams) bezogene, auf das Umfeld bezogene und persönliche Strategien unterteilen (vgl. Tabelle 3).

Als strukturelle Strategien wurden in den Einrichtungen Konzepte für den Umgang mit der Pandemie entwickelt, wie etwa Präventions- und Hygienepläne, Notfallpläne oder Personalrekrutierungspläne. Die Zusammenarbeit der kollegialen Führung wurde angepasst und Aufgaben- und Verantwortungsbereiche geklärt. Zudem arbeiteten die Führungspersonen enger zusammen, beispielsweise mittels täglicher Lagebesprechungen, in denen die

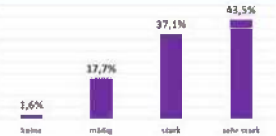
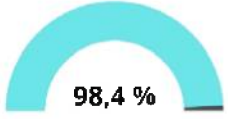
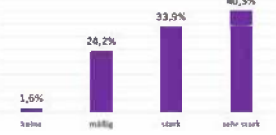
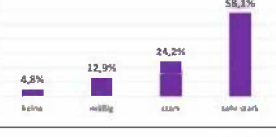
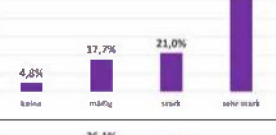
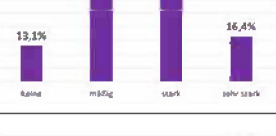
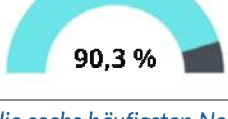
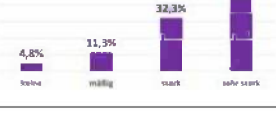
n = 62	... als Herausforderung erlebt... ja/nein	... als Belastung erlebt... keine/mäßig/stark/sehr stark
Sorge vor COVID-19-Infektionen bei Mitarbeiter*innen	 100 %	 keine: 1,6%, mäßig: 37,7%, stark: 43,5%, sehr stark: 16,4%
Sorge vor COVID-19-Infektionen bei Bewohner*innen	 98,4 %	 keine: 1,6%, mäßig: 24,2%, stark: 33,9%, sehr stark: 40,3%
Umfang der pandemiebedingten Informationen seitens der Behörden	 93,5 %	 keine: 4,8%, mäßig: 12,9%, stark: 24,2%, sehr stark: 58,1%
Isolation von COVID-19 infizierten Bewohner*innen	 93,5 %	 keine: 4,8%, mäßig: 17,7%, stark: 21,0%, sehr stark: 56,5%
Beschaffung von Ausrüstung zum Infektionsschutz	 90,3 %	 keine: 13,1%, mäßig: 36,1%, stark: 34,4%, sehr stark: 16,4%
Intransparenz pandemiebedingter Informationen und Anweisungen seitens der Behörden	 90,3 %	 keine: 4,8%, mäßig: 11,3%, stark: 32,3%, sehr stark: 51,6%

Tabelle 2: Pandemiebedingte Herausforderungen (Top 6 – die sechs häufigsten Nennungen)

Situation laufend evaluiert und das Vorgehen adaptiert wurde. Auch ein Schichtbetrieb der Führungskräfte mit dem Ziel, jederzeit, auch nachts für das Personal erreichbar zu sein, wurde als Strategie genannt. Darüber hinaus wurden Arbeitsabläufe und Personaleinsatz optimiert, um Überforderungen zu vermeiden. Dabei wurden auch Stabstellen für Qualitätsmanagement eingebunden, so vorhanden.

In Bezug auf die Mitarbeiter*innen und Teams achteten die Führungskräfte verstärkt auf die Vermeidung bzw. Anzeichen von Überlastung, wobei gezielt Aufgaben und Zuständigkeiten umverteilt wurden. Zur Entlastung wurden Einzelpersonen und Teams Gespräche und vereinzelt Supervision angeboten. Hervorgehoben wurde von vielen Führungskräften die Wichtigkeit der transparenten Kommunikation, in Form von kontinuierlichen Informationen über den aktuellen Wissensstand, Entscheidungen, gesetzte Maßnahmen sowie erwartete Entwicklungen. Auch gezielte Unterstützung in Form von Arbeitsleitfäden wurden eingesetzt. Häufig genannte Strategien lagen im Bereich der Stärkung und Motivation der Teams durch Förderung des Teamzusammenhalts, Lob, Empathie, Verständnis und Kompromissbereitschaft.

Eine weitere Ebene waren auf das Umfeld bezogene Strategien. In diesem Bereich wurde die transparente Kommunikation, insbesondere mit Angehörigen genannt. Dies wurde beispielsweise durch täglich aktualisierte Informationen auf der Homepage, durch proaktive Smartphone-Nachrichten oder Telefonate umgesetzt. Darüber hinaus war der Austausch und die Abstimmung mit Systempartner*innen, wie Ärzt*innen, Bürgermeister*innen,

Apotheke, Trägerorganisation und Gesundheitsbehörden wichtig. Einige Heime vernetzten sich untereinander.

Nicht zuletzt wurden auch persönliche Strategien im Umgang mit Belastungen beschrieben, wie etwa angepasstes Zeitmanagement, persönliche Disziplin, die Bewahrung einer positiven Einstellung, Selbstreflexion oder stärkende Freizeitaktivitäten, wie Sport oder Familie.

Allgemeine Herausforderungen und Belastungen unter Berücksichtigung möglicher Mehrbelastung

Neben den pandemiebedingten Herausforderungen wurden allgemeine Herausforderungen und Belastungen sowie mögliche Mehrbelastungen der Heim- und Pflegedienstleitungen während der COVID – 19 Pandemie erhoben. Tabelle 4 zeigt, dass sich diese Ergebnisse primär auf Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen fokussieren. Die Angst um das Wohlergehen der Bewohner*innen wurde von 92% der Führungskräfte als Herausforderung erlebt. 44 % der Teilnehmer*innen nahmen diese Angst als stark, 37 % als sehr stark belastend war. Im Vergleich zu vor der Pandemie wurde diese Angst von 80 % als stärker belastend angegeben.

Die psychische Überlastung der Mitarbeiter*innen wurde von 92%, die Erwartungshaltung der Angehörigen, hohe Arbeitsintensität und -verdichtung mit ca. 85 % sowie ethischen Herausforderungen und Personalausfälle mit 77 % als Herausforderung angeführt. 48 % der befragten Personen bewerteten die psychische Belastung der Mitarbeiter*innen und 44 % die hohe Arbeitsintensität und -verdichtung als stark belastend. In der Zeit der Pande-

Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung pandemiebedingter Herausforderungen und Belastungen	
Strukturelle Strategien	
Erarbeitung von Konzepten	▪ Präventions- und Hygienepläne ▪ Personalrekrutierungs- und Notfallbesetzungspläne
Zusammenarbeit der kollegialen Führung	▪ Enge Abstimmung, tägliche Lagebesprechung ▪ Klare Aufgabenverteilung und Verantwortung ▪ Laufende Situationsanalyse, Evaluierung und Adaptierung der Maßnahmen ▪ Schichtbetrieb der Führungskräfte, um 24/7 erreichbar zu sein
Laufende Um- und Neuorganisation	▪ Evaluation und ggf. Adaption von Arbeitsabläufen und Personaleinsatz ▪ Unterstützung durch Stabstellen für Qualitätsmanagement
auf die Mitarbeiter*innen und das Team bezogene Strategien	
Prävention von Überforderung und Überlastung	▪ Umverteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten ▪ Fixe Teamzusammenstellung ▪ Gesprächsangebote und Supervision
Transparente Kommunikation	▪ Kontinuierliche Information über aktuellen Wissensstand, Entscheidungen, gesetzte Maßnahmen und erwartete Entwicklungen ▪ Gezielte Anweisungen – Arbeitsleitfäden
Stärkung und Motivation der Teams	▪ Förderung des Zusammenhalts ▪ Kleine Aufmerksamkeiten, Geschenke, Lob, Anerkennung ▪ Empathie, Verständnis, Kompromissbereitschaft
auf das Umfeld bezogene Strategien	
Transparente Kommunikation mit Angehörigen	▪ Täglich aktualisierte Informationen auf der Homepage ▪ Via Smartphone-Nachrichten, proaktiven Telefonaten
Regelmäßiger Austausch und Abstimmung	▪ Mit Systempartner*innen, wie Ärzt*innen, Apotheke, Bürgermeister*in, Trägerorganisation, Gesundheitsbehörden ▪ Vernetzung mit anderen Wohn- und Pflegeheimen
persönliche Strategien	
	▪ Angepasstes Zeitmanagement ▪ Persönliche Disziplin, positive Einstellung bewahren ▪ Selbstreflexion ▪ Stärkende Freizeitaktivitäten

Tabelle 3: Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung pandemiebedingter Herausforderungen und Belastungen

mie hat sich die psychische Belastung der Mitarbeiter*innen mit 83 % und die hohe Arbeitsintensität und -verdichtung mit 71 % weiter verstärkt. Außerdem wurde die Erwartungshaltung der Angehörigen mit ca. 85 % als Herausforderung angesehen, von mehr als 75 % der Führungskräfte als Belastung erlebt und diese Belastung hat sich für 79 % noch weiter verstärkt.

Daneben wurden von 77 % der Leitungspersonen die ethischen Herausforderungen für Mitarbeiter*innen als Herausforderung erlebt, von 63 % als stark bzw. sehr starke Belastung empfunden und mehr als 70 % erfuhren dies als stärker belastend gegenüber vor der Pandemie.

Personalausfälle gaben ebenfalls 77 % als herausfordernd und 63 % als stark oder sehr stark belastend an. Dabei blieb die Belastung für 33 % gleich wie zur Zeit vor der Pandemie, für 60 % stieg sie an.

Empfehlungen und Wünsche für die Zukunft

In einer offenen Frage konnten die Führungskräfte abschließend Empfehlungen und Wünsche für den zukünftigen Umgang mit einer Pandemie anführen. Diese bezogen sich vor allem auf die Zusammenarbeit mit den Behörden, auf die Umsetzung von Schutzmaßnahmen, die Personalausstattung, organisatorischen

Rahmenbedingungen, Umgang mit Bewohner*innen und Angehörigen und nicht zuletzt auf die (Medien-)Öffentlichkeit.

Zusammenarbeit mit den Behörden

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit Behörden auf Bezirks-, Landes- und Bundesebene wünschten sich die Führungskräfte die Klärung von Zuständigkeiten, ein abgestimmtes Vorgehen sowie eine einheitliche Kommunikation. Das Vorgehen solle stärker unterstützend und weniger kontrollierend umgesetzt werden. Ein wichtiges Anliegen war, dass Vertreter*innen von Wohn- und Pflegeheimen zukünftig in Entscheidungsgremien und in die Maßnahmenplanung eingebunden werden.

Gesetzliche Grundlagen und Entscheidungen sollen transparent kommuniziert werden, Informationen gebündelt und von einer Stelle in einer klaren und nachvollziehbaren Form ausgesendet werden. Maßnahmen sollen stärker regional gesetzt werden, nicht nur bundesweit.

Ein häufig genannter Vorschlag war, eine verlässliche und qualifizierte Ansprechperson für das Krisenmanagement zu installieren. Auch die Etablierung einer Ansprechstelle für Hygienefragen wurde angeregt. Nicht zuletzt wurde empfohlen, eine bessere Fehlerkultur zu entwickeln.

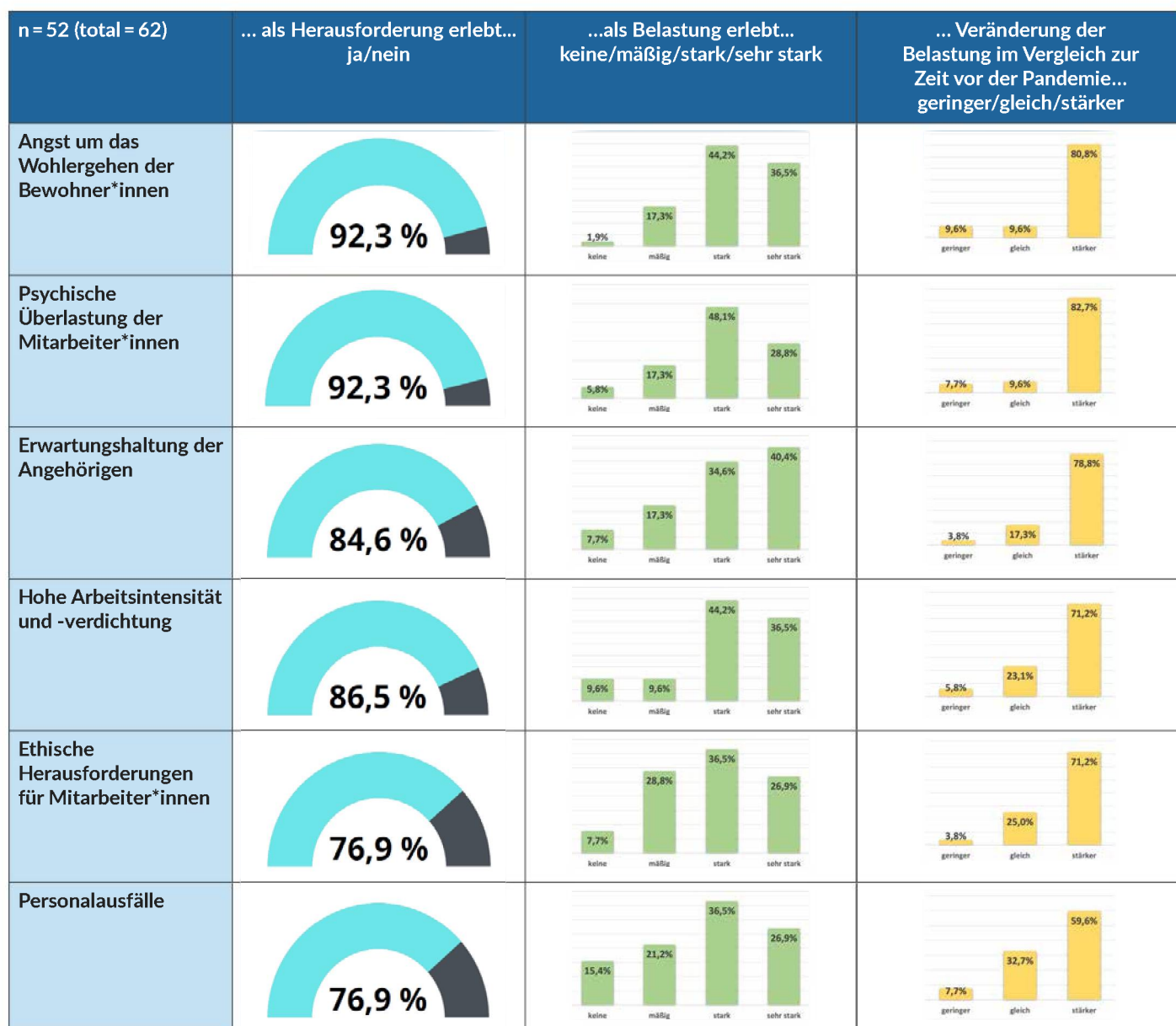


Tabelle 4: Allgemeine Herausforderungen und Belastungen der Führungskräfte

Umsetzung von Schutzmaßnahmen

Die Führungskräfte wünschten sich einheitliche Pandemiepläne, Präventions- und Hygienekonzepte sowie Schulungsangebote vonseiten der Behörden. Dabei soll den Heimen jedoch ein gewisser Handlungsspielraum zugestanden werden.

Mehr Augenmaß und Verhältnismäßigkeit wurden bei Restriktionen, wie Besuchsbeschränkungen und Freiheitsbeschränkungen, gewünscht. Unbedingt zu vermeiden sei zukünftig die vollständige Abschottung der Bewohner*innen, um negative Folgen, wie Isolation und Einsamkeit zu vermeiden. Das Besuchsmanagement solle verbessert werden.

Es wird empfohlen, Schutzmaterial zentral zu beschaffen und die Verteilung zu koordinieren.

Personalausstattung

Einige Vorschläge bezogen sich auf die Personalausstattung der Heime. Mehrere Führungskräfte wünschten sich generell höhere Personalschlüssel, um Krisensituationen besser begegnen zu können.

Sollte die Krisenbewältigung nicht mit eigenem Personal geleistet werden können, wurde die niederschwellige Bereitstellung von Aushilfspersonal, beispielsweise über einen regionalen Personalpool, gefordert. Personal aus anderen, weniger oder nicht betroffenen Gesundheitseinrichtungen solle nötigenfalls in den Heimen eingesetzt werden.

Für das Besuchsmanagement und einfache Hilfstätigkeiten solle in Zukunft unbürokratisch Hilfspersonal eingesetzt werden können.

Umgang mit Bewohner*innen und Angehörigen

Eine stärkere Ausrichtung der Pandemiebekämpfung an den Interessen, Wünschen und Rechten der Bewohner*innen wurde von mehreren Führungskräften eingefordert. Psychosoziale Aspekte sollen dabei eine größere Rolle spielen, Freiheitseinschränkungen so weit wie möglich vermieden werden. Insbesondere der Umgang mit Menschen mit dementiellen Einschränkungen solle grundlegend überdacht werden.

Ein Vorschlag war, Bewohner*innen und deren Angehörigen Entlastungsangebote, wie beispielsweise psychologische Unterstützung, anzubieten.

Generell wurde die bessere Information von Angehörigen vonseiten der Behörden eingefordert. Aber auch von den Angehörigen wurde mehr Verständnis für die Situation in den Heimen eingemahnt.

Organisatorische Rahmenbedingungen

In Bezug auf organisatorische Rahmenbedingungen wünschten sich die Führungskräfte sowohl eine bessere Rechtssicherheit für die Träger als auch einen größeren Handlungsspielraum. Die stärkere Berücksichtigung von Vorlaufzeiten für die Umsetzung von Vorgaben und Maßnahmen wurde angeregt. Auch die Zusammenarbeit der Heime untereinander wird vorgeschlagen.

Einige Vorschläge bezogen sich auf die Umsetzung der Covid-Testungen in den Heimen. So wünschten sich die Führungskräfte die raschere und besser organisierte Übermittlung von Testbefunden. Darüber hinaus sollen diesbezügliche Leistungen der Heime zukünftig finanziell abgegolten werden.

Einige Anmerkungen hatten die Verbesserung der ärztlichen Versorgung zum Inhalt, wie etwa eine stärkere Unterstützung der Heime bei der Versorgung der Bewohner*innen und die raschere Erreichbarkeit.

Generell wird eine bessere finanzielle Ausstattung der Wohn- und Pflegeheime gefordert, um Krisen bewältigen zu können.

(Medien-)Öffentlichkeit

Vorschläge bezogen sich auch auf die Rolle der (Medien-)Öffentlichkeit. Die Führungskräfte wünschten sich die stärkere Würdigung der Leistungen der Heime beim Schutz und der Begleitung

der Bewohner*innen in der Pandemie. Negative Bilder, Druck und Schuldzuweisungen sollen zukünftig vermieden werden, da dies die Heime schwäche und demotivierend wirke. Hingegen solle die Öffentlichkeit besser und gezielter über nötige Maßnahmen aufgeklärt werden.

Generell wünschten sich die Befragten die gesellschaftliche Stärkung und Aufwertung der Langzeitpflege.

Diskussion und Ausblick

Unsere Studie zielt darauf ab, die organisationalen Herausforderungen und Belastungen während der COVID-19 Pandemie in der stationären Altenpflege aus Sicht der Führungskräfte darzustellen. Dabei greift der vorliegende Beitrag ein Thema auf, das bereits vor der Pandemie von hoher Relevanz war, Führungskräfte waren bereits an den Grenzen ihre Belastung und die Situation in den Pflegeheimen angespannt (Hower et al., 2020; Köberl-Hiebler et al., 2021; Labaraque et al., 2018; Purbs et al., 2018). Aktuelle Studien zeigen, dass sich diese Herausforderungen und Belastungen der Führungskräfte seit Ausbruch der COVID-19 Pandemie durch den Mehraufwand und zusätzliche Tätigkeiten noch weiter verschärft haben (Bieber et al., 2022; Hower et al., 2020; Perkhofer et al., 2021; Rothgang et al., 2020; Stolle et al., 2020; Zhao et al., 2021). Hower et al. (2020) führen die Sorge vor einer COVID-19 Infektion bei Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen als größte Herausforderung bzw. Belastung an, was durch unsere Ergebnisse bestätigt wird. Laut Pförtner et al. (2021) führt ein vermehrtes Auftreten von COVID-19 Infektionen bei Mitarbeiter*innen zu Schließungen von Einrichtung bzw. zu finanziellen Belastungen, die vor allem von kleineren Pflegeheimen nicht tragbar sind. Zudem blieb die Sorge vor einer COVID-19 Infektion bei Mitarbeiter*innen (98%) und Bewohner*innen (97%) während der zweiten Pandemiewelle zwischen Dezember 2020 und Jänner 2021 konstant hoch. Zhao et al. (2021) stimmen dem zu und fordern eine Unterstützung für die Pflegepraxis durch zusätzliches Personal bzw. Beratungs- und Schulungsangebote, um mögliche physische und psychischen Folgen entgegenzuwirken.

Zusätzlich wird in unseren Ergebnissen der Umfang der pandemiebedingten Informationen bzw. die Intransparenz pandemiebedingter Informationen und Anweisungen seitens der Behörden von den Führungskräften als Herausforderung bzw. Belastung wahrgenommen. Auch Pförtner et al. (2021) weisen auf diese Problematik hin und verlangen von den Behörden den Einsatz von Mitarbeiter*innen, die über eine pflegfachliche Kompetenz verfügen. Zugleich fordert die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) (2020) in diesem Zusammenhang die Überprüfung der umgesetzten Maßnahmen. Bieber et al. (2022), wie auch Stolle et al. (2020) bestehen auf einheitliche und klare Informationen bzw. Anordnungen und Handlungsempfehlungen von Seiten der Behörden und verlangen, dass die Verantwortlichkeit und die Konsequenzen der Entscheidungen laufend evaluiert werden.

In unseren Studienergebnissen wird auch die Beschaffung von Ausrüstung zum Infektionsschutz als pandemiebedingte Herausforderung angeführt. Dies bestätigen auch die Studien von Perkhofer et al. (2021), Pförtner et al. (2021) und Rothgang et al. (2020). Daraus resultierend fordern die Führungskräfte die Bereitstellung und Finanzierung von ausreichend Schutzausrüstung und Hygienematerialien über zentrale Lager (Rothgang et al., 2020; Stolle et al., 2020). Auch die AEM (2020) fordert eine gerechte Verteilung von Schutzmaterial durch die Politik.

Pförtner et al. (2021) stellen fest, dass die Isolation von COVID-19 infizierten Pflegebedürftigen sowohl während der ersten und zweiten Welle als eine Herausforderung erlebt wurde. Auch dieser Befund wird von unseren Ergebnissen bestätigt, vor allem

in Hinblick auf die Isolation von COVID-19-infizierten Bewohner*innen, die von den Leitungspersonen als belastend empfunden wird. Zudem hat sich die Angst um das Wohlergehen der Bewohner*innen im Zuge der Pandemie noch weiter verstärkt. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die psychische Überlastung der Mitarbeiter*innen, hohe Arbeitsintensität und Verdichtung ethische Herausforderungen für Mitarbeiter*innen und Personalausfälle als Herausforderung von den Führungskräften wahrgenommen wurde, was sich im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie noch weiter verstärkt hat. Laut Schmucker (2020) und Labarague et al. (2018) waren die Führungskräfte bereits vor der Pandemie enormen Belastungen durch Zeitdruck und ständig wechselnden Arbeitszeiten ausgesetzt. Nahezu alle Studien bestätigen die zusätzliche Arbeitsintensivierung und den Personalmangel in der Langzeitpflege und daher wird zur Entlastung der Situation zusätzlich qualifiziertes Personal empfohlen (Bieber et al., 2022; Fitzgerald et al., 2021; Hower et al., 2020; Labarague et al., 2018; Rothgang et al., 2020; Stolle et al., 2020). Unter diesen Umständen sollte auch eine angemessene Entlohnung sowie mehr Wertschätzung dem Pflegeberuf entgegengebracht werden (Fitzgerald et al., 2021; Stolle et al., 2020). Ebenfalls könnte die Kommunikation als Instrument zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen und Belastungen verwendet werden, um die psychischen und physischen Auswirkungen aller beteiligten Personen geringer zu halten. Auch der soziale Zusammenhalt und die Unterstützung durch die Freunde und der Familie wird als Schlüsselfaktor zur Bewältigung der Situation beschrieben (Hower et al., 2020; Zhao et al., 2021).

Außerdem können durch die Implementierung eines Pandemietables in den stationären Einrichtungen, Lösungen erarbeitet, der gemeinsame Austausch gefördert und somit die Situation nachhaltig verbessert werden (AEM, 2020).

Limitationen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind unter einigen Limitationen zu betrachten. Die Querschnittstudie fokussiert sich auf Einrichtungen der Langzeitpflege im österreichischen Bundesland Tirol, womit zum einen nur ein Bundesland erhoben und gleichzeitig auch der klinische Bereich und das ambulante Setting nicht erfasst wurden. Zudem liegt möglicherweise ein Selektionsbias vor, da keine Zufallsstichprobe gezogen werden konnte und sich die Untersuchung nur auf die Heim- und Pflegedienstleitungen der Tiroler Wohn- und Pflegeheime bezieht. Eine Limitation ist auch die zeitliche Begrenzung der Studie, da die Befragung im Zeitraum von Februar bis Mai 2021, während der COVID-19 Pandemie durchgeführt wurde. Eine Fortsetzung der Studie zu weiteren Zeitpunkten könnte den Verlauf der allgemeinen und pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen der Führungskräfte in der Langzeitpflege aufzeigen.

Schlussfolgerung:

Zusammenfassend zeigen unsere Ergebnisse, dass die Führungskräfte in der Langzeitpflege bereits vor der COVID-19 Pandemie Herausforderungen und Belastungen ausgesetzt waren und sich diese im Rahmen der Pandemie noch weiter verstärkt haben. Leitungspersonen mussten oft weitreichende Entscheidungen treffen und wurden vor allem von den Behörden dabei unzureichend unterstützt. Spezielle Fort- und Weiterbildungen für Krisensituationen und die Einrichtung einer Stabstelle mit pflegerischer Kompetenz zur Entscheidungsfindung auf nationaler Ebene sind notwendig. Zudem muss die Personalausstattung erhöht und notwendige Ressourcen bereitgestellt werden, um der drohenden Überforderung bzw. dem Berufsausstieg entgegenzuwirken. Für die Pflegepraxis ist die Adaptierung von Ablaufplänen sowie die Klärung von Zuständigkeiten innerhalb der Pflegeeinrichtungen wichtig. Auch kann die Änderung der finanziellen Entlohnung und die Wertschätzung in der Gesellschaft für den Pflegeberuf zu einer nachhaltigen Verbesserung der Situation in der Langzeitpflege sorgen.

Literatur

- Akademie für Ethik in der Medizin (2020). Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19. Abgerufen von https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf am 21.10.2020.
- Bieber, A., Dammermann, A., Dichter, M. N., Dinand, C., Eich-Krohm, A., Freytag, S., Möhler, R., Sander, M., Thalhammer, R., & Fleischer, S. (2022). Entscheidungen treffen in Pandemiezeiten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55, 143-149. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02034-6>
- Fitzgerald, A., Frohner, U., Gromer, L. V., Klemensich, B., Köberl-Hiebler, I., Kristler, M., Thür, G., Seidl, A., Weichselbaumer, O., & Wolf, S. (2021). Führungsbarometer Pflege 2021. Ergebnisse zur Situation, Attraktivität und Bedeutung der Pflegeführung für die Zukunftsfähigkeit von Gesundheits- und Pflegeorganisationen. *Qualitas*, 3.
- Flatscher-Thöni, M., Holzer, E., Pallauf, M., & Kreyer, C. (2022). COVID-19 Schutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: zwischen Autonomie und Fürsorge – Ergebnisse einer Interviewstudie. *Ethik in der Medizin*, 34, 221-238. <https://doi.org/10.1007/s00481-022-00686-x>.
- Hower, K. I., Pfaff, H., & Pförtner, T.-K. (2020). Pflege in Zeiten von COVID-19: Onlinebefragung von Leitungskräften zu Herausforderung, Belastung und Bewältigungsstrategien. *Pflege*, 33 (4), 207-218.
- Köberl-Hiebler, I., Frohner, U., Filoxendis, M., & Fitzgerald, A. (2021). Führungsbarometer Pflege 2021. Überblick aus knapp 1600 Antworten. Abgerufen von https://www.kli-hr.at/wp-content/uploads/2021/05/Bericht_Fu%CC%88hrungsbarometer-Pflege_2021_210530-1.pdf am 01.09.2022
- Labrague, L., McEnroe, D. M., Leocadio, N., Van Bogaert, P., & Cummings, G. G. (2018). Stress and ways of coping among nurse manager: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (7-8). <https://doi.org/10.1111/jocn.14165>.
- Perkhof, L., Grünke, P., Gashi-Yermi, E., Grünke, T., Kroschel, J., Michel, D., Pensel, E., Rost, A., Denking, M., Dallmeier, D., & Seufferlein, T. (2021). COVID-19-Pandemie-bedingte Belastungen und SARS-CoV-2-Prävalenz in Pflegeeinrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54, 463-470.
- Pförtner, T.K., Hower, K., & Pfaff, H. (2021) *Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona-Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? 2. Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften*. Abgerufen von <https://kups.ub.uni-koeln.de/52592/1/Ergebnisbericht-2.wissenschaftlicheStudiezurpflegerischenVersorgunginZeitenvonCorona.pdf> am 08.09.2022
- Purbs, A., Posdizich, M.L., & Sonntag, K. (2018). Ressourcen stärken, Belastungen reduzieren. *Gesundheitsförderliche Führung, Pflegezeitschrift*, 71(9), 10-13.
- Rothgang, H., Domhoff, D., Friedrich, A.-C., Heinze, F., Preuss, B., Schmidt, A., Seibert, K., Stolle, C., & Wolf-Ostermann, K. (2020). Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittbefragung vollstationärer Pflegeheime. *Pflege*, 33 (5), 265-275.
- Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigungsbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflegereport 2019* (S. 49-60). Berlin, Germany: Springer.
- Stolle, C., Schmidt, A., Domhoff, D., Friedrich, A.C., Heinze, F., Preuß, B., Seibert, K., Rothgang, H., & Wolf-Ostermann, K. (2020). Bedarfe der Langzeitpflege in der COVID-19-Pandemie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53, 788-795. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01801-7>.
- Zhao, S., Yin, P., Xiao, L. D., Wu, S., Li, M., Yang, X., Zhang, D., Liao, L., & Feng, H. (2021). Nursing home staff perceptions of challenges and coping strategies during COVID-19 pandemic in China. *Geriatric Nursing*, 42, 997-993. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.024>

Anhang

	... als Herausforderung erlebt...		...als Belastung erlebt ...				n
	ja	nein	keine	mäßig	stark	sehr stark	
Sorge vor Covid-19-Infektionen bei Bewohner*innen	98,4% 61	1,6% 1	1,6% 1	24,2% 15	33,9% 21	40,3% 25	62
Sorge vor Covid-19-Infektionen bei Mitarbeiter*innen	100% 62		1,6% 1	17,7% 11	37,1% 23	43,5% 27	62
Beschaffung von Ausrüstung zum Infektionsschutz	90,3% 56	9,7% 6	13,1% 8	36,1% 22	34,4% 21	16,4% 10	61
Verbrauch von Ausrüstung zum Infektionsschutz	64,5% 40	35,5% 22	27,9% 17	37,7% 23	21,3% 13	13,1% 8	61
Einhaltung von Hygienevorschriften durch Mitarbeiter*innen	77,4% 48	22,6% 14	14,5% 9	40,3% 25	35,5% 22	9,7% 6	62
Einhaltung von Hygienevorschriften durch Bewohner*innen	79% 49	21% 13	21,0% 13	38,7% 24	25,8% 16	14,5% 9	62
Einhaltung von Hygienevorschriften durch Angehörige	88,7% 55	11,3% 7	11,3% 7	29,0% 18	25,8% 16	33,9% 21	62
Umfang der pandemiebedingten Informationen seitens der Behörden	93,5% 58	6,5% 4	4,8% 3	12,9% 8	24,2% 15	58,1% 36	62
Intransparenz pandemiebedingter Informationen und Anweisungen seitens der Behörden	90,3% 56	9,7% 6	4,8% 3	11,3% 7	32,3% 20	51,6% 32	62
Widersprüchlichkeit pandemiebedingter Informationen und Anweisungen seitens der Behörden	88,7% 55	11,3% 7	4,8% 3	12,9% 8	33,9% 21	48,4% 30	62
Einhaltung des Kontaktverbots für Angehörige	88,7% 55	11,3% 7	6,5% 4	16,4% 10	21,3% 13	55,7% 34	61
Tests auf Covid-19-Infektionen bei Mitarbeiter*innen	82,3% 51	17,7% 11	9,8% 6	26,2% 16	41,0% 25	23,0% 14	61
Tests auf Covid-19-Infektionen bei Bewohner*innen	80,6% 50	19,4% 12	6,6% 4	29,5% 18	41,0% 25	23,0% 14	61
Isolation von Covid-19-infizierten Bewohner*innen	93,5% 58	6,5% 4	4,8% 3	17,7% 11	21,0% 13	56,5% 35	62
Umgang mit Bewohner_innen mit Absonderungsbescheid (K1 Person)	71% 44	29% 18	21,3% 13	26,2% 16	26,2% 16	26,2% 16	61
Covid 19 Impfung bei Mitarbeiter*innen	67,7% 42	32,3% 20	29,5% 18	29,3% 24	19,7% 12	11,5% 7	61
Covid 19 Impfung bei Bewohner*innen	71% 44	29% 18	26,2% 16	45,9% 28	21,3% 13	6,6% 4	61
Zusätzlicher und veränderter Tätigkeitsbereich der Mitarbeiter*innen	82,3% 51	17,7% 11	14,8% 9	27,9% 17	37,7% 23	19,7% 12	61
Risikoverhalten der Mitarbeiter*innen im Privatleben	74,2% 46	25,8% 16	24,6% 15	39,3% 24	21,3% 13	14,8% 9	61
Sicherstellung einer würdevollenden Begleitung und Versorgung am Lebensende	72,6% 45	27,4% 17	27,9% 17	26,2% 16	27,9% 17	18,0% 11	61
Teilhabe von Angehörigen am Sterbeprozess	69,4% 43	30,6% 19	34,4% 21	24,6% 15	21,3% 13	19,7% 12	61

Pandemiebedingte Herausforderungen (gesamt)

	... als Herausforderung angesehen ...		... als persönlich belastend erleben ...				... Veränderung der Belastung im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie ...			n
	ja	nein	keine	mäßig	stark	sehr stark	geringer	gleich	stärker	
Angst um das Wohlergehen der Bewohner*innen	92,3% 48	7,7% 4	1,9% 1	17,3% 9	44,2% 23	36,5% 19	9,6% 5	9,6% 5	80,8% 42	52
Durchführung von Dienstbesprechungen	55,8% 29	44,2% 23	32,7% 17	38,5% 20	21,2% 11	7,7% 4	11,5% 6	42,3% 22	46,2% 24	52
Erwartungshaltung der Angehörigen	84,6% 44	15,4% 8	7,7% 4	17,3% 9	34,6% 18	40,4% 21	3,8% 2	17,3% 9	78,8% 41	52
Hausärztliche Versorgung der Bewohner*innen	40,4% 21	59,6% 31	42,3% 22	28,8% 15	19,2% 10	9,6% 5	1,9% 1	55,8% 29	42,3% 22	52
Physische Überlastung der Mitarbeiter*innen	69,2% 36	30,8% 16	13,5% 7	25,0% 13	48,1% 25	13,5% 7	5,8% 3	36,5% 19	57,7% 30	52
Psychische Überlastung der Mitarbeiter*innen	92,3% 48	7,7% 4	5,8% 3	17,3% 9	48,1% 25	28,8% 15	7,7% 4	9,6% 5	82,7% 43	52
Ethische Herausforderungen für Mitarbeiter*innen	76,9% 40	23,1% 12	7,7% 4	28,8% 15	36,5% 19	26,9% 14	3,8% 2	25,0% 13	71,2% 37	52
Hohe Arbeitsintensität und -verdichtung	86,5% 45	13,5% 7	9,6% 5	9,6% 5	44,2% 23	36,5% 19	5,8% 3	23,1% 12	71,2% 37	52
Personalausfälle	76,9% 40	23,1% 12	15,4% 8	21,2% 11	36,5% 19	26,9% 14	7,7% 4	32,7% 17	59,6% 31	52
Anstrengung um positive Außendarstellung (Image)	63,5% 33	36,5% 19	19,2% 10	28,8% 15	28,8% 15	23,1% 12	7,7% 4	46,2% 24	46,2% 24	52
Einhaltung der Arbeitszeit der Mitarbeiter*innen	50% 26	50% 26	26,9% 14	32,7% 17	32,7% 17	6,5% 4	7,7% 4	53,8% 28	38,5% 20	52
Einhaltung des Personalschlüssels	55,8% 29	44,2% 23	28,8% 15	30,8% 16	25,0% 13	15,4% 8	7,7% 4	57,7% 30	34,6% 18	52
Verfügbarkeit von Fremdpersonal	32,7% 17	67,3% 35	61,5% 32	19,2% 10	13,5% 7	5,8% 3	7,7% 4	69,2% 36	23,1% 12	52

Allgemeine Herausforderungen und Belastungen während SARS-CoV-2 (gesamt)

Kinästhetik in der Langzeitpflege

Evaluation der Wirkung des Bildungs- und Entwicklungsprojektes Kinästhetik auf den Mobilitätsstatus und die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner*innen

Petra Reiber¹, Gundula Essig², Bianca Berger³, Fabian Graeb⁴, Reinhold Wolke⁵

Das Bildungs- und Entwicklungsprojekt Kinästhetik wurde in Erwartung eines Benefits für Bewohnende und Mitarbeitende im ersten Förderabschnitt zwischen 2019 und 2021 in sechs stationären Pflegeeinrichtungen der Samariterstiftung implementiert. Der Artikel fasst die Ergebnisse der Zielgrößen Mobilitätsstatus (EBoMo) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D) aus Bewohnerperspektive zusammen. In der zweiarmigen, nicht-randomisierten, kontrollierten Evaluation kann kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Veränderung der Lebensqualität zwischen Baseline und 1,5-Jahres-Follow-up gezeigt werden. Bewohnende der Interventionseinrichtungen halten im Durchschnitt ihren Mobilitätsstatus besser. Methodisch limitierende Faktoren werden diskutiert.

Kinaesthetics in long-term care

Evaluation of effects of a kinaesthetics based project on mobility and quality of life of nursing home residents

Kinaesthetics is the core of the so-called "Bildungs- und Entwicklungsprojekt Kinästhetik" of Samariterstiftung. It was implemented in a first funding phase between 2019 and 2021 with the aim of benefits for nursing staff and residents. The article summarizes the results of the target outcome measures mobility status (instrument EBoMo) and health related quality of life (EQ-5D) from the resident's perspective. In the two arm, non-randomized controlled evaluation no significant difference between the kinaesthetic group and the care-as-usual group can be shown regarding the change in health-related quality of life between baseline and 1,5-year follow-up. On average, residents of the intervention facilities better maintain their mobility status. Methodically limiting factors are discussed.

Korrespondenzadresse

Petra Reiber
Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege
Flandernstraße 101
D-73732 Esslingen
petra.reiber@hs-esslingen.de

Eingereicht am 13.01.2023

Akzeptiert am 14.07.2023

DOI: 10.3936/4096

1 M. A.; Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege

2 M. Sc., Hochschule Esslingen

3 M. Sc.; Hochschule Esslingen

4 M. A.; Hochschule Esslingen

5 Prof. Dr.; Hochschule Esslingen

Einleitung

Bewegung ist in jedem Lebensalter die Basis für Gesundheit und Lebensqualität (Wingenfeld, 2014). Die Mehrheit pflegebedürftiger Menschen ist von Mobilitätseinbußen unterschiedlichen Ausmaßes betroffen (DNQP, 2014). Die Förderung der Mobilität alter Menschen bildet somit einen Schwerpunkt pflegerischen Handelns in der Altenpflege. Aufgabe der Pflege ist es, Menschen zu begleiten, sie zu bestärken und zu unterstützen sowie ihre Gesundheitsentwicklung durch Aktivität positiv zu beeinflussen. Wichtig dabei ist, die zu Pflegenden hinsichtlich ihrer Beteiligung weder zu über- noch zu unterfordern. Die bestehenden Bewegungsressourcen zu erhalten und möglicherweise zu erweitern, setzt jedoch voraus, dass diese von Pflegepersonen erkannt, genutzt, in Erinnerung gebracht und initiiert werden (DNQP, 2014). Eine Möglichkeit, Mobilitätseinschränkungen im Rahmen einer gesundheitsfördernden und präventiven Pflege zu begegnen, bietet das ressourcenorientierte Kinästhetik-Konzept von Hatch und Maietta (2003). Es dient der Beschreibung und Beobachtung menschlicher Aktivitäten und vermittelt den Pflegenden ein Verständnis sowohl über die eigenen Funktionsabläufe im Körper (Hantikainen et al. 2006, Hatch & Maietta, 2003) als auch der des pflegebedürftigen Menschen. Kinästhetisches Arbeiten in der Pflege soll demnach eine schmerzfreie Bewegung pflegebedürftiger Menschen bewirken, ohne dabei deren (Rest-)Kompetenzen ungenutzt zu lassen und ohne dabei die Pflegenden in ihrer eignen Gesundheit zu belasten und zu überfordern (Grüneberg, 2019).

Hintergrund und Zielsetzung

Kinästhetik als Kern eines Bildungs- und Entwicklungsprojektes in der stationären Altenpflege

Die Samariterstiftung, kirchliche Stiftung des bürgerlichen Rechts mit Sitz in Nürtingen und Trägerin von über 30 Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe in Baden-Württemberg, ist seit 2018 im Rahmen eines intern entwickelten Bildungs- und Entwicklungsprojektes auf dem Weg, Bewegung in der Pflege neu in den Blick zu nehmen. Alle Mitarbeitenden mit Kontakt zu Bewohner*innen – unabhängig vom Qualifikationsniveau – in Kinästhetik zu schulen ist Kern des Projektes (Wulfgramm, 2022). Eine zentral planende und steuernde Arbeitsgruppe bindet Personen mit Entscheidungsfunktionen in den teilnehmenden Einrichtungen ein – Leitungspersonen als Motivatoren werden dabei als entscheidend für eine gelungene Implementierung gesehen (ebd.). Konkret erhalten in den implementierenden Einrichtungen alle Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung – beginnend mit den Leitungspersonen bis hin zu Hilfskräften und Betreuungskräften nach § 43b SGB XI – einen jeweils viertägigen Grund- und Aufbaukurs in Kinästhetik. Um eine nachhaltige Etablierung pflegerischer Arbeit nach kinästhetischen Prinzipien zu ermöglichen, beinhaltet das Konzept außerdem Fallbesprechungen, verbindlich geplante Praxisbegleitungen und die Schulung von Peer-Tutoren als weitere zentrale Handlungsbausteine. Maurer et al. (2019) betonen die Bedeutung der Umfeldfaktoren für das Gelingen von kinästhetischer Pflege, insofern ist es wichtig, dass die Samariterstiftung mit dem Bildungs- und Entwicklungsprojekt ihren für sie passfähigen Weg und individuellen Rahmen zur Qualifikation ihrer Mitarbeitenden in und zur Verstetigung der kinästhetischen Pflege beschreibt.

Wird im Folgenden in Methodik, Ergebnisdarstellung und Diskussion von Kinästhetik oder kinästhetischer Pflege gesprochen, ist damit immer Kinästhetik, eingebettet in das Bildungs- und Entwicklungskonzept der Samariterstiftung gemeint. Durch das „Bildungs- und Entwicklungsangebot“ sollen Mitarbeitende befähigt werden, individuelle Lösungen in der Bewegungsinteraktion zusammen mit der zu unterstützenden Person zu entwickeln

(Wulfgramm, 2022, S. 22). Die Motivation und Entscheidung des Trägers für die Entwicklung und Umsetzung des Projektes gründet auf die Erwartung, sowohl bei Pflegenden als auch bei den Bewohner*innen Bewegung neu in den Fokus zu rücken. Der Träger verfolgt mit dem Projekt konkret das Ziel, bei den Bewohner*innen die Mobilität zu erhalten und zu fördern und die Lebensqualität zu verbessern. Bei den Pflegenden sollen körperliche und psychische Belastungen reduziert werden. In der ersten Projektphase von 2019 bis 2021 wurde das Konzept zunächst in sechs Modelleinrichtungen eingeführt, für die Evaluation wurden außerdem sechs Kontrolleinrichtungen rekrutiert. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch die Hochschule Esslingen und umfasst dabei drei Aspekte:

- (I) Die Überprüfung der Wirksamkeit mit Blick auf die oben genannten Ziele für Bewohner*innen und Mitarbeitende,
- (II) Transparenz über die Kosten des Bildungs- und Entwicklungsprojektes und
- (III) die Auswirkungen auf Personalkennzahlen wie z.B. Fluktuation und Fehltag.

Eine weitere Evaluation mit Blick auf Implementierungsprozess und -tiefe wird durch die Hochschule Ostschweiz realisiert. Im folgenden Beitrag werden die Ergebnisse zur Evaluation der Wirksamkeit bei den Bewohner*innen vorgestellt (Teil von Forschungsfrage I).

Forschungsstand zu Kinästhetik mit Blick auf pflegebedürftige Menschen

In der Literatur finden sich positive Erfahrungsberichte über das Arbeiten mit dem Konzept Kinästhetik im Setting der Altenpflege. Assmussen (2019) stellt anhand einer Videoanalyse von Bewegungsabläufen eine höhere Eigenaktivität von Bewohner*innen in der stationären Langzeitpflege fest, der Kontext und das Setting der Untersuchung sind ähnlich gelagert wie beim vorliegende Kinästhetik-Projekt. Hantikainen et al. (2006) beobachteten zwei Bewohnende eines Altenpflegeheimes nach einem Schlaganfall. In der qualitativen Bewertung mithilfe unstrukturierter Beobachtungen werden bei beiden deutliche Fortschritte in der Bewegungsfähigkeit erkannt, im Barthel-Index erreichte nur eine Person eine deutliche Verbesserung. Mitarbeitende von Alterszentren in der Schweiz sehen einen Nutzen für Pflegebedürftige vor allem hinsichtlich der Förderung des Wohlbefindens und bei der Förderung der eigenen Bewegung der Bewohner*innen (Hantikainen et al., 2014).

Für andere Versorgungsbereiche und Kontexte ist die Evidenzlage ebenso nicht überzeugend: Christen et al. (2005) sehen „höchstens tendenzielle Vorteile“ der kinästhetischen Pflege in einer quasi-experimentellen Fallstudie auf einer radiologisch-nuklearmedizinischen Klinik. Untersucht wurden Körperorientiertheit und Bewegung der Patienten. Kontrollierte Studien, die Belege für die Überlegenheit kinästhetischen Arbeitens in der Pflege liefern, gibt es nur wenige (u. a. Gattinger, 2019), so dass im Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität keine Aussage zur Wirksamkeit möglich war. Es wird im Rahmen der Literaturanalyse jedoch darauf hingewiesen, dass „Kinästhetik als Ansatz zur Bewegungsförderung in der Pflege [...] Aufmerksamkeit [verdient]“ (Wingenfeld et al., 2020). Eine Ausnahme bildet die Studie von Imhof et al. (2015): Hier zeigten Menschen mit neurologischen Erkrankungen, die während ihres 30-tägigen Rehabilitationsaufenthalts eine mobilitätsfördernde kinästhetische Pflegeintervention erhielten, eine bessere Lebensqualität und eine bessere Funktionsfähigkeit als die Kontrollgruppe bezogen auf Alltagsaktivitäten gemessen mit dem erweiterten Barthelindex. Hier konnte die Wirksamkeit von Kinästhetik in einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign belegt und der Beitrag der Pflege am Rehabilitationsprozess sichtbar gemacht werden. Eine aktuelle größere, kontrollierte Studie von Tadaura et al. (2020)

schlussfolgert, dass es im Setting geriatrischer Abteilungen im Krankenhaus und Langzeitpflege zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität für ältere Patienten*innen und Pflegekräfte kommt, wobei sich dieses Ergebnis nur auf eines von zwei angewandten Testverfahren bezieht.

Zusammenfassend: Die Evidenz zu Kinästhetik ist ungenügend, auch im vorliegenden Setting Langzeitpflege. Keine Studie, die über das bloße Beobachten von Einzelfällen hinausgeht, kann eine Aussage über die Wirkung auf Bewohnende im Setting Altenpflege machen. Verschiedene Studien in anderen Versorgungsbereichen konnten keinen Wirkeffekt von Kinästhetik auf unterschiedliche untersuchte Zielgrößen belegen (z.B. Eisenschink et al., 2003; Haasenritter et al., 2009).

Methoden

Die Evaluation der Wirkung greift die oben genannten Ziele der Samariterstiftung auf. Mit Blick auf die gewählte Zielgruppe wird daher untersucht, ob sich Lebensqualität und Mobilität von Bewohner*innen der Interventionseinrichtungen von denen der Kontrolleinrichtungen im Zeitverlauf unterscheiden, um so Rückschlüsse auf die Wirkung kinästhetischer Pflege ziehen zu können. Die Wirkevaluation ist als kontrollierte, nicht-randomisierte Interventionsstudie mit einer Baseline-Messung und einer Follow-Up-Messung nach 1,5 Jahren konzipiert. Die Zielkriterien werden mit standardisierten Instrumenten erfasst. Sechs Einrichtungen im Interventionsarm nehmen im ersten Projektabschnitt am oben beschriebenen Bildungs- und Entwicklungsprojekt Kinästhetik der Samariterstiftung als Interventionseinrichtungen teil (27 bis 66 Wohnplätze, MW 41), sechs Einrichtungen des gleichen Trägers nehmen als Kontrolleinrichtungen (28 bis 81 Wohn-

plätze, MW 49) an diesem Projekt teil und pflegen und versorgen die Bewohnenden überwiegend ohne Bezugspunkt zur Kinästhetik, wenngleich nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne Pflegekräfte aufgrund ihres Bildungsweges bereits Vorkenntnisse in Kinästhetik aufweisen, eine konzeptuelle flächendeckende Umsetzung liegt hier jedoch nicht vor.

Die Baseline-Messung (t_0) fand im zweiten Halbjahr 2019 statt, die Follow-Up-Messung (t_1) im ersten Halbjahr 2021. Voraussetzung hierfür war die schriftliche Einverständniserklärung der Bewohner*innen bzw. der gesetzlichen Vertreter*innen. Die Fragebögen wurden in elektronischer Form in Proxy-Version von einer Pflegekraft ausgefüllt, die in einem Vertrauensverhältnis zu dem Bewohner oder der Bewohnerin stand. Die Daten der Bewohner*innen wurden durch Codes pseudonymisiert, um damit eine verbundene Stichprobe über zwei Messzeitpunkte (Baseline und Follow-up nach 1,5 Jahren) zu generieren.

Die Rücklaufquote lag in den Interventionseinrichtungen zur Baseline-Messung mit 219 von 245 bei 89,4%, zur Follow-Up-Messung mit 182 von 245 bei 74,3%. Die Rücklaufquoten der Kontrollgruppen betrugen 23,1% (Baseline-Messung 68 von 295) und 46,1% (Follow-Up-Messung 136 von 295). Aus den Stichproben der zwei Erhebungspunkte wurde über personalisierte Codes eine verbundene Stichprobe von $n = 142$ (Intervention: $n = 111$, Kontrolle: $n = 31$) gebildet. Die Stichprobengrößen der Gesamtkohorten, Ausschlüsse und die generierte verbundene Stichprobe sind in Abb. 1 dargestellt.

Zur Erfassung der Mobilität wird der Erhebungsbogen Mobilität (EBoMo, Zegelin/Reuther, ohne Jahreszahl) genutzt. Das Instrument wurde im Rahmen des Praxisprojektes „Lebensnahe Integration ortsfixierter älterer Menschen in der Altenpflege“ entwickelt und hat eine zufriedenstellende Reliabilität (Stulier et al., 2014). Auf einer Skala von 1 (komplett unselbstständig) bis 4 (selbstständig) werden insgesamt 5 Kategorien eingeschätzt: Positionswechsel im Bett, Transfer, Sitzen im Stuhl, Stehen/Gehen/Treppe steigen und Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung. Die vergebenen Punkte werden aufaddiert und bilden einen Gesamtscore. Im Gegensatz zu anderen Instrumenten zur Erhebung des Mobilitätsstatus kann er auch bei Einschränkungen zum Einsatz kommen, da er auch Bewegung im Bett berücksichtigt.

Angelehnt an die Studie zur modellhaften Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo) (Görres & Rothgang, 2016) werden für die Gesamtsumme des EBoMo drei Items ausgeschlossen, die zusätzlich zur Skalierung quantitative Werte erfassen. Die erreichbare Skala reicht damit von 11 (ungünstigster Mobilitätsstatus) bis 44 (bestmöglicher Mobilitätsstatus).

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird der EQ-5D (Herdman et al., 2011) eingesetzt. Das Instrument gibt es in verschiedenen Versionen, in der vorlie-

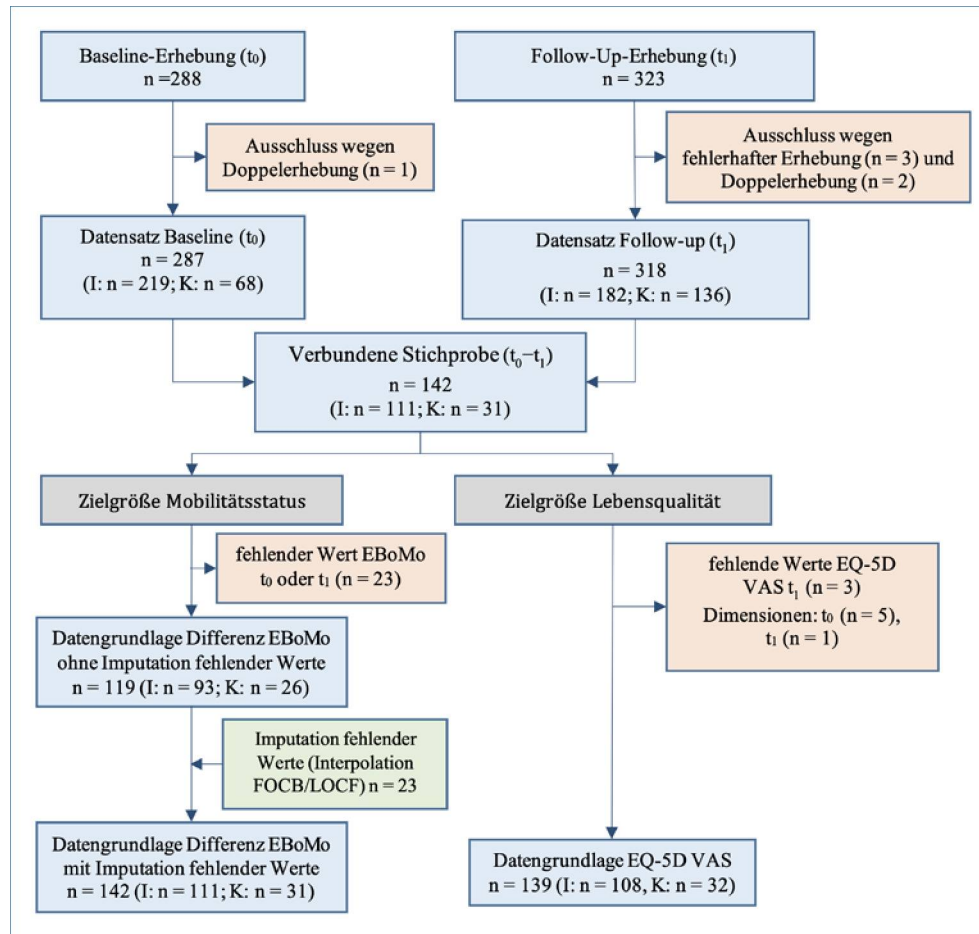


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Stichprobengröße (eigene Darstellung)

		Baseline (t ₀)				Follow-Up (t ₁)		
		gesamt	Intervention	Kontrolle	p-Wert	Intervention	Kontrolle	p-Wert
Stichprobe (n)		142	111	31		111	31	
Alter zu t ₀ in Jahren	MW (SD)	85,6 (±7,94)	85,3 (±8,19)	86,6 (±6,99)	*p=0,410			
	min-max		60,5–100,2	66,3–97,0				
Geschlecht n (%)	weiblich	115 (81,0)	88 (79,3)	27 (87,1)	**p=0,327			
	männlich	27 (19,0)	23 (20,7)	4 (12,9)				
Pflegegrade n (%)	2	22 (15,5)	19 (17,1)	3 (9,7)	***p=0,116	11 (9,9)	2 (6,5)	***p=0,037
	3	57 (40,1)	45 (40,5)	12 (38,7)		38 (34,2)	8 (25,8)	
	4	51 (35,9)	41 (36,9)	10 (32,3)		49 (44,1)	11 (35,5)	
	5	12 (8,5)	6 (5,4)	6 (19,4)		12 (10,8)	10 (32,3)	
Wohndauer Pflegeheim (in Monaten)	MW (SD)	36,72 (34,14)	37,08 (34,86)	35,45 (31,96)	*p=0,815			
	min-max	0–167	0–147	3–167				

* mittels t-Test ** mittels Chi-Quadrat ***mittels Wilcoxon-Mann-Whitney-Test

Tabelle 1: Strukturmerkmale verbundene Stichprobe Bewohner*innen (t₀-t₁)

genden Untersuchung wurde der EQ-5D-5L (Proxy 2) genutzt. In dieser Version wird die Pflegekraft gebeten, so zu antworten, wie der pflegebedürftige Mensch antworten würde, wenn er es könnte. Es stehen drei Auswertungsmöglichkeiten zur Verfügung: Die der fünf Dimensionen (Beweglichkeit/Mobilität, für sich selbst sorgen, alltägliche Tätigkeiten, Schmerzen, Angst/Niedergeschlagenheit), die Visuelle Analogskala (VAS) und der Index-Wert. Der letztgenannte wird vor allem in gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien verwendet. In der vorliegenden Studie liegt der Fokus auf der VAS und den Profilen. Der Zusatz 5L bezieht sich auf die fünf möglichen Antwortlevel in den fünf Dimension, die mit Zwischenabstufungen von „keine Probleme“ bis zu „extreme Probleme / nicht in der Lage“ reichen.

Ergebnisse

Nachfolgend werden die Erkenntnisse aus der Analyse gemessener Veränderungen im Zeitverlauf aufgezeigt. Die statistische Analyse erfolgt mit IBM SPSS Version 26® (EBoMo) und R (R: A Language and Environment for Statistical 2021) (EQ-5D). Für Signifikanztests (alle zweiseitig) wird das Signifikanzniveau für $p < 0,05$ = signifikant, für $p < 0,01$ = sehr signifikant und für $p < 0,001$ = hochsignifikant festgelegt.

Die Strukturmerkmale der analysierten Kohorte sind Tabelle 1 zu entnehmen. Bei den vergleichenden Analysen wurden hier nur Bewohner*innen berücksichtigt, für die zu beiden Erhebungszeitpunkten Daten erfasst werden konnten (verbundene Stichprobe). Für keines der untersuchten Merkmale ergeben sich Anhaltspunkte für Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Ein zur Baseline augenfällig höherer Anteil an Bewohner*innen mit Pflegegrad 5 in der Kontrollgruppe gegenüber der Interventionsgruppe ergibt keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,116$). Allerdings verschlechtern sich hinsichtlich

des Pflegegrades in der Kontrollgruppe mehr Pflegebedürftige, so dass der Unterschied zwischen den Gruppen in der Folgeerhebung signifikant wird ($p = 0,037$, Mann-Whitney-U-Test). Um das potenzielle Ungleichgewicht hinsichtlich der Pflegegrade zu berücksichtigen, wird dieser Faktor soweit möglich in der Analyse berücksichtigt. Die Veränderung des Pflegegrades ist zwar keine im Design explizit adressierte Zielgröße, da aber seitens des Projektträgers eine Auswirkung im Verlauf des Projektes durchaus als realistisch angesehen wird, wird auch die Veränderung der Pflegegrade im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse inferenzstatistisch untersucht. Die Veränderungsvariable (Pflegegrad Folgeerhebung – Pflegegrad Ausgangserhebung) zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($p = 0,476$, Mann-Whitney-U-Test).

Im externen Vergleich liegt der Frauenanteil mit 81,0% etwas höher als insgesamt in Pflegeeinrichtungen in Deutschland, das Statistische Bundesamt gibt für 2019 den Anteil weiblicher Pflegebedürftiger, die vollstationär in Heimen versorgt werden, mit 69,7% an (Statistisches Bundesamt, 2020).

Für die Altersstruktur und die Verteilungshäufigkeiten der Pflegegrade ergeben sich im Vergleich mit Bewohner*innen von Pflegeheimen in ganz Deutschland bis auf etwas höhere Anteile der mittleren Pflegegrade keine wesentlichen Unterschiede (s. Abb. 2 & 3).

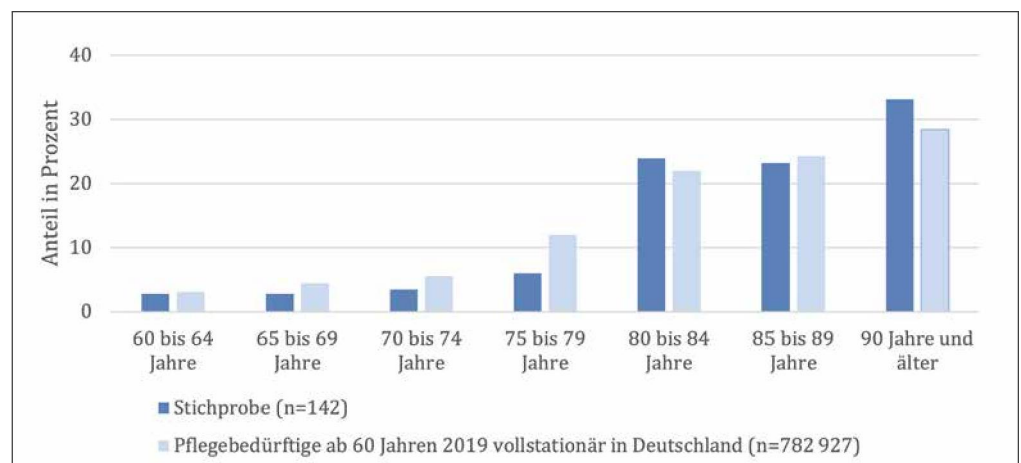


Abbildung 2: Altersgruppen der Stichprobe (Baseline) im Vergleich mit Pflegeheimbewohner*innen ab 60 Jahren in der BRD (Quelle Referenzwerte: Statistisches Bundesamt, 2020) (eigene Darstellung)

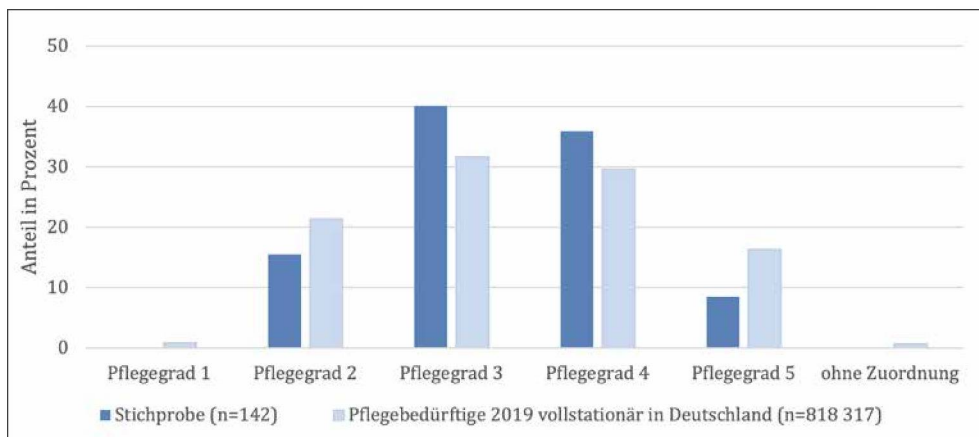


Abbildung 3: Pflegegrade der Stichprobe (Baseline) im Vergleich mit Pflegeheimbewohner*innen in der BRD (Quelle Referenzwerte: Statistisches Bundesamt, 2020) (eigene Darstellung)

Mobilitätsstatus

In die Betrachtung der Differenz des Mobilitätsstatus zwischen den zwei Zeitpunkten anhand des EBoMo können $n=93$ (Intervention) bzw. $n=26$ Bewohner*innen (Kontrolle) einbezogen werden. Für diese Stichprobe ist der Mittelwert zur Baseline (t_0) in der Interventionsgruppe etwas höher (MW 31,76, SD $\pm 7,84$) als in der Kontrollgruppe (MW 28,96, SD $\pm 9,31$), dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant (s. Tabelle 2). Zum Follow-Up (t_1) sind beide Mittelwerte – aufgrund der Zielgruppe erwartungsgemäß – etwas abgesunken, in der Interventionsgruppe (MW 29,99, SD $\pm 8,62$) weniger als in der Kontrollgruppe (MW 23,65, SD $\pm 10,00$). Dieser Unterschied erweist sich im durchgeführten t-Test als signifikant ($p=0,002$), er erweist sich auch bei zusätzlichem Risikoadjustierung (Bootstrapping für Pflegegrad, Altersgruppe, Geschlecht) als robust ($p=0,004$).

Wird die Differenz des EBoMo zwischen den zwei Zeitpunkten als separate Variable berechnet, so zeigt sich auch hier, dass diese für beide Kohorten negativ ist, sich der Mobilitätsstatus also jeweils durchschnittlich verschlechtert, in der Interventionsgruppe (MW -1,77, SD $\pm 5,54$) jedoch geringer als in der Kontrollgruppe (MW -5,31, SD $\pm 7,52$). Dieser Unterschied erweist sich im t-Test für unabhängige Stichproben ebenfalls signifikant ($p=0,032$), auch bei zusätzlicher Risikoadjustierung für Pflegegrad, Altersgruppe und Geschlecht ($p=0,038$).

Aufgrund der relativ hohen Anteile an fehlenden Werten, die jeweils einzelne Items des EBoMo zu einem Zeitpunkt betreffen, wurden diese anschließend angelehnt an die EXMO-Studie (Görres & Rothgang, 2016) durch lineare Interpolation anhand von LOCF (last observation carried forward) bzw. FOCB (first observation carried backward) aus den vorhandenen Werten des jeweils anderen Zeitpunkts imputiert. Mit diesem nun vollständigen Datensatz wurde erneut ein Vergleich der Kohorten zu zwei Zeitpunkten und zur Differenz vorgenommen. (s. Tabelle 2): Auch hier liegt die Interventionsgruppe zu t_0 (MW 31,39, SD $\pm 8,24$) durchschnittlich etwas höher

als die Kontrollgruppe (MW 29,65, SD $\pm 9,61$), zu t_1 hat sich der Unterschied vergrößert (I: MW 29,37, SD $\pm 8,90$, K: MW 25,26, SD $\pm 10,43$) und ist im t-Test ohne Risikoadjustierung signifikant ($p=0,030$). Wird der t-Test risikoadjustiert für Pflegegrad, Altersgruppen und Geschlecht vorgenommen, ist der Unterschied mit $p=0,052$ knapp oberhalb des Signifikanzniveaus. Die berechnete Differenz der Interventionsgruppe (MW -2,02, SD $\pm 5,52$) ist durchschnittlich geringer als in der Kontrollgruppe (MW -4,39, SD $\pm 7,25$), der Unterschied liegt jedoch ohne ($p=0,051$) und mit Risikoadjustierung mittels Bootstrapping ($p=0,097$) oberhalb des Signifikanzniveaus. Mit diesem durch Imputation komplettierten Datensatz wird anschließend ein multivariates Regressionsmodell berechnet (s. Tabelle 3), zunächst für den Gesamtscore des EBoMo zur Baseline (t_0). Hier ergeben erwartungsgemäß höhere Pflegegrade einen hochsignifikanten negativen Regressionskoeffizienten, weitere Koeffizienten sind nicht signifikant.

Für die Gesamtsumme EBoMo zum Follow-Up (t_1) zeigen bei diesem Modell (mit Einschluss von Kohorte, EBoMo und Pflegegrad zur Baseline (t_0) sowie Alter und Geschlecht) höhere Pflegegrade ebenfalls negative Regressionskoeffizienten, diese sind jedoch deutlich geringer und nur für Pflegegrad 5 signifikant ($\beta=-6,198$, $p=0,013$), für Pflegegrad 4 knapp nicht signifikant ($\beta=-3,058$, $p=0,061$). Ein höherer Ausgangswert zur Baseline (t_0) ist erwartungsgemäß hochsignifikant mit einem höheren Score

EBoMo Gesamtsumme (11 Items)		n	(miss)	MW	SD	Min	Median	Max	Gruppenvergleich (p)
Baseline (t ₀)	Interventionsgruppe	93	(18)	31,76	7,84	11	34	43	*p = 0,125, **p=0,170
	Kontrollgruppe	26	(4)	28,96	9,31	11	31	40	
Follow-Up (t ₁)	Interventionsgruppe	93	(18)	29,99	8,62	11	32	44	*p = 0,002, **p=0,004
	Kontrollgruppe	26	(4)	23,65	10,00	11	23	40	
Diff t ₁ - t ₀	Interventionsgruppe	93	(18)	-1,77	5,54	-20	-1	14	*p=0,032, **p'=0,038
	Kontrollgruppe	26	(4)	-5,31	7,52	-24	-3,5	5	
EBoMo Gesamtsumme (11 Items) mit Imputation fehlender Werte (FOCB bzw. LOCF)									
Baseline (t ₀)	Interventionsgruppe	111	(0)	31,39	8,24	11	34	43	*p=0,318, **p=0,342
	Kontrollgruppe	31	(0)	29,65	9,61	11	35	40	
Follow-Up (t ₁)	Interventionsgruppe	111	(0)	29,37	8,90	11	31	44	*p=0,030, **p=0,052
	Kontrollgruppe	31	(0)	25,26	10,43	11	25	40	
Diff t ₁ - t ₀	Interventionsgruppe	111	(0)	-2,02	5,52	-20	-1	14	*p=0,051, **p'=0,097
	Kontrollgruppe	31	(0)	-4,39	7,25	-24	-2	5	

* mittels t-Test (ohne Risikoadjustierung), ** mittels t-Test mit Risikoadjustierung für PG, Altersgruppe, Geschlecht

Tabelle 2: Ergebnisse EBoMo Gesamtscore Bewohner*innen ohne und mit Imputation fehlender Werte (eigene Darstellung)

	Regressionskoeffizient (95%-KI)	p-Wert
Gesamtsumme EBoMo zur Baseline (t_0) Korrigiertes R^2 : 0,349		
Konstante	38,513 (25,073 – 51,953)	
Interventionsgruppe (Vergleich: Kontrollgruppe)	-0,411 (-3,275 – 2,453)	0,777
Pflegegrad zur Baseline (t_0) (Vergleichsgruppe: PG 2 zu t_0)		
PG 3	-2,367 (-5,841 – 1,108)	0,180
PG 4	-9,401 (-12,929 – -5,873)	< 0,001
PG 5	-17,611 (-22,645 – -12,577)	< 0,001
Alter	-0,007 (-0,140 – 0,154)	0,926
Geschlecht: weiblich (Vergleich: Geschlecht männlich)	-2,424 (-5,460 – 0,612)	0,117
Gesamtsumme EBoMo zum Follow-Up (t_1) Korrigiertes R^2 : 0,629		
Konstante	13,467 (1,102 – 25,832)	
Interventionsgruppe (Vergleich: Kontrollgruppe)	2,012 (-0,357 – 4,381)	0,095*
Ausgangswert Gesamtsumme EBoMo zu t_0	0,723 (0,583 – 0,864)	< 0,001
Pflegegrad zur Baseline (t_0) (Vergleichsgruppe: PG 2 zu t_0)		
PG 3	-1,049 (-3,941 – 1,844)	0,475
PG 4	-3,058 (-6,261 – 0,145)	0,061
PG 5	-6,198 (-11,043 – -1,353)	0,013
Alter	-0,081 (-0,200 – 0,039)	0,184
Geschlecht: weiblich (Vergleich: Geschlecht männlich)	-0,331 (-2,865 – 2,203)	0,796
Anzahl Beobachtungen: n = 142 (I = 111, K = 31, mit Imputation fehlender Werte)		

* Lesebeispiel: Bei Bewohner*innen der Interventionsgruppe ist der Wert des EBoMo beim Follow-Up um durchschnittlich 2,012 Punkte höher als bei Bewohner*innen der Kontrollgruppe; diese Erkenntnis liegt jedoch oberhalb des Signifikanzniveaus von $p = 0,5$.

Tabelle 3: multivariate Regressionsmodelle: Gesamtsumme EBoMo zur Baseline (t_0) und zum Follow-Up (t_1)

zum Follow-Up (t_1) verbunden ($\beta = 0,723$, $p < 0,001$). Die Interventionsgruppe weist hier einen deutlich positiven Regressionskoeffizienten auf ($\beta = 2,012$), dieser liegt jedoch mit $p = 0,095$ über dem Signifikanzniveau. Das Modell hat mit $R^2 = 0,349$ einen guten Erklärwert. Die verbundene Stichprobe ist nach Imputation fehlender Werte mit $n = 142$ in Anbetracht der Zielgruppe und des zeitlichen Abstands von ca. 18 Monaten zwischen den Erhebungszeitpunkten als aussagekräftig zu betrachten, so dass eine positive Wirkung des Bildungs- und Entwicklungsprojekts in Bezug auf den Mobilitätsstatus der Bewohner*innen im beobachteten Zeitraum zu konstatieren ist.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zur Analyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem EQ-5D zeigt der Vergleich der Gesundheitsprofile zu beiden Zeitpunkten (s. Tabelle 4), dass in beiden Gruppen die meisten Bewohner*innen in mindestens einer Dimension von Problemen betroffen sind. Trotzdem ist die kumulative Häufigkeit für einzelne Profile in den beiden Gruppen gering: Zur Baseline werden in der Interventionsgruppe 83 (Kontrollgruppe 30) verschiedene Gesundheitsprofile gezählt, in der Follow-Up-Erhebung 84 (Kontrollgruppe 29) für 111 (Kontrollgruppe 31) Personen. Der Gini-Koeffizient für die Gesundheitsprofile beträgt zur Baseline 0,23 (zum Follow-Up 0,24). Das heißt, auch wenn nur wenige Personen berichtet werden, die keinerlei Probleme aufweisen, ist die Heterogenität der beobachteten Gesundheitsprofile hoch, und es gibt keine konzentrierte Verteilung zugunsten einiger weniger, stark eingeschränkter Profile. Der Zeitvergleich der beiden Randverteilungen zeigt nur wenig Schwankung. Die größte Änderung ergibt sich für die Dimension „körperliche Beschwerden“: 10 Personen (9 %) mehr geben in der Interventionsgruppe in der Folgerhebung körperliche Beschwerden an, in der Kontrollgruppe ist

es eine Person (3,2 %) weniger. Die Kontrollgruppe hat also in dieser Dimension und in der Dimension „Alltägliche Tätigkeiten“ und „Angst/Niedergeschlagenheit“ eine günstigere Entwicklung als die Interventionsgruppe. Mit Hilfe der Paretian Classification of Health Change (PCHC, siehe Devlin et al., 2020, S. 29 ff.) können vor allem intra-individuelle Entwicklungen beurteilt werden, die über den Vergleich der Randverteilungen hinausgehen. Die PCHC sind für die einzelnen Dimensionen in Tabelle 5 dargestellt. Auf den ersten Blick verbessern sich prozentual in der Kontrollgruppe in jeder Dimension mehr Bewohner*innen hinsichtlich des angegebenen Beeinträchtigungsgrades (Level 1-5). Die Kategorien („keine Änderung, Verbesserung, Verschlechterung, keine Probleme zu beiden Zeitpunkten“) wurden zwischen den beiden Gruppen mit dem Chi-Quadrat-Test verglichen, zum Signifikanzniveau von 5 % zeigte sich jedoch kein Gruppenunterschied.

Für die Werte der VAS wird Intervallskalenniveau angenommen (Devlin et al., 2020, S. 52). Die VAS-Skala kann sich im Wertebereich zwischen 0 (schlechtester Zustand) und 100 (bester Zustand) bewegen. Der mittlere VAS-Wert der Kontrollgruppe und der der Interventionsgruppe in der Ausgangserhebung liegen sehr nahe beieinander (Interventionsgruppe 64,03 (SD 20,4), Kontrollgruppe 63,16 (23,55)) und sind vergleichbar zu dem von Marten und Greiner (2021) berichteten für die Altersgruppe 80+ (61,9 (SD 20,5)). Wenngleich keine Werte im Sinne einer kleinsten klinisch bedeutsamen Veränderung für die Zielgruppe älterer, pflegebedürftiger Menschen publiziert sind (für andere Kollektive bzw. Indikationen siehe z. B. Chen et al., 2016), liegt die Veränderung zwischen Ausgangs- und Folgerhebung unterhalb der von Norman et al. (2003) publizierten 0,5-fachen Standardabweichung (s. Tabelle 6).

	Intervention				Kontrolle				Intervention				Kontrolle				Intervention				Kontrolle			
	Baseline		Follow-up		Baseline		Follow-up		Baseline		Follow-up		Baseline		Follow-up		Baseline		Follow-up		Baseline		Follow-up	
Dimension	Mobilität								Für sich selbst sorgen								Alltägliche Tätigkeiten							
Level																								
keine Probleme	15	13,5%	12	10,8%	4	12,9%	4	12,9%	8	7,2%	9	8,1%	1	3,0%	4	12,9%	12	10,8%	12	10,8%	0	0,0%	6	19,4%
leichte Probleme	29	26,1%	35	31,5%	8	25,8%	10	32,3%	33	29,7%	41	36,9%	6	18,2%	7	22,6%	25	22,5%	34	30,6%	6	19,4%	4	12,9%
mäßige Probleme	34	30,6%	13	11,7%	9	29,0%	3	9,7%	35	31,5%	16	14,4%	8	24,2%	4	12,9%	27	24,3%	17	15,3%	7	22,6%	5	16,1%
große Probleme	16	14,4%	23	20,7%	3	9,7%	7	22,6%	17	15,3%	21	18,9%	9	27,3%	7	22,6%	22	19,8%	21	18,9%	7	22,6%	7	22,6%
nicht in der Lage	17	15,3%	27	24,3%	7	22,6%	7	22,6%	18	16,2%	24	21,6%	7	21,2%	9	29,0%	22	19,8%	27	24,3%	11	35,5%	9	29,0%
NA			1														3							
Anzahl Personen, die Probleme berichten	96	86,5%	98	88,3%	27	87,1%	27	87,1%	103	92,8%	102	91,9%	30	96,8%	27	87,1%	96	86,5%	99	89,2%	31	100%	25	80,6%
Veränderung dieser Anzahl	+2				0				-1				-3				+3				-6			
Dimension	körperliche Beschwerden								Angst / Niedergeschlagenheit															
keine Schmerzen / Beschwerden / Angst	49	44,1%	39	35,1%	19	61,3%	18	58,1%	62	55,9%	49	44,1%	13	41,9%	13	41,9%								
leichte Schmerzen / Beschwerden /Angst	35	31,5%	32	28,8%	9	61,3%	9	29,0%	24	21,6%	36	32,4%	9	29,0%	11	35,5%								
mäßige Schmerzen / Beschwerden / Angst	22	19,8%	23	20,7%	3	29,0%	4	12,9%	15	13,5%	15	13,5%	5	16,1%	4	12,9%								
starke Schmerzen / Beschwerden / Angst	5	4,5%	16	14,4%	0	0,0%	0	0,0%	6	5,4%	6	5,4%	4	12,9%	3	9,7%								
extreme Schmerzen / Beschwerden / Angst	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,8%	5	4,5%	0	0,0%	0	0,0%								
NA									2															
Anzahl Personen, die Probleme berichten	62	55,9%	72	64,9%	12	38,7%	13	41,9%	47	42,3%	62	55,9%	18	42,3%	18	42,3%								
Veränderung dieser Anzahl	+10				+1				+15				0											

Tabelle 4: Gesundheitsprofile zu Baseline und Follow-up: Verbundene Stichprobe Bewohner*innen zu beiden Zeitpunkten

Dimension	Mobilität				Für sich selber sorgen				Alltägliche Tätigkeiten			
	Intervention		Kontrolle		Intervention		Kontrolle		Intervention		Kontrolle	
keine Änderung	45	40,5%	10	32,3%	48	43,2%	10	32,3%	43	38,7%	6	19,4%
Verbesserung	22	19,8%	9	29,0%	33	29,7%	12	38,7%	32	28,8%	15	48,4%
Verschlechterung	37	33,3%	11	35,5%	29	26,1%	9	29,0%	31	27,9%	10	32,3%
keine Probleme zu beiden Zeitpunkten	6	5,4%	1	3,2%	1	0,9%	0	0,0%	2	1,8%	0	0,0%
NA	1								3			
p-Wert (Chi-Quadrat Test)	0,6531				0,6395				0,1095			
Dimension	körperliche Beschwerden				Angst / Niedergeschlagenheit				alle Dimensionen			
	Intervention		Kontrolle		Intervention		Kontrolle		Intervention		Kontrolle	
keine Änderung	18	16,2%	4	12,9%	17	15,3%	4	12,9%	6	5,4%	1	3,2%
Verbesserung	20	18,0%	7	22,6%	22	19,8%	13	41,9%	27	24,3%	11	35,5%
Verschlechterung	46	41,4%	8	25,8%	34	30,6%	9	29,0%	43	38,7%	9	29,0%
keine Probleme zu beiden Zeitpunkten	27	24,3%	12	38,7%	36	32,4%	5	16,1%	0	0,0%	0	0,0%
NA					2	1,8%			6	5,4%		
gemischte Veränderungen in den 5 Dimensionen									29	26,1%	10	32,3%
p-Wert (Chi-Quadrat Test)	0,2815				0,1026				0,537 (ohne Kategorie keine Probleme)			

Tabelle 5: Veränderungen der Gesundheitsprofile von Baseline auf Follow-up

Zur Untersuchung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Zeitverlauf wird die Variable „VAS.change“ ($VAS_{t_1} - VAS_{t_0}$) gebildet, ein positiver Wert entspricht also einem Zuwachs im Lebensqualitätsscore, ein negativer Wert verdeutlicht eine Verschlechterung. Im Wilcoxon-Test (R Paket rankFD, Konietzschke et al., 2021) unterscheidet sich die Veränderungsvariable von Interventions- und Kontrollgruppen nicht signifikant (zweiseitiger p-Wert (asymptotisch) von 0,3563).

Die Nullhypothese von einer stochastischen Tendenz zu gleichen Werten in den beiden Gruppen muss beibehalten werden (Schätzer für den relativen Effekt 0,4458 (also tendenziell kleinere Werte in der Kontrollgruppe), Konfidenzintervall [0,3176, 0,5757]). Auch unter Untereinbezug der Co-Variable Pflegegrade muss die Nullhypothese beibehalten werden (p-Werte des nicht-parametrischen ANOVA-Models Gruppe: 0,5653, Pflegegrad 0,4421, Gruppe*Pflegegrad 0,6188).

Ergo kann aufgrund der vorliegenden Daten im Beobachtungszeitraum nicht von einem Einfluss des Bildungs- und Entwicklungsprojektes Kinästhetik auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität berichtet werden.

EQ-5D VAS	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
N	108	31
NA	3	0
Baseline Mittelwert (SD)	64,03 (20,4)	63,16 (23,55)
Absolute Veränderung zum Follow-Up Mittelwert der Veränderungsvariable (SD)	-1,25 (18,83)	-1,52 (27,5)
Median der Veränderungsvariable	0	-5

Tabelle 6: Mittelwert der VAS zur Baseline und Veränderung zum Follow-Up

Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Arbeit weist verschiedene Limitationen auf: (1) Die verbundene Stichprobe ist ungleichgewichtig zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe und vor allem in der Kontrollgruppe mit $n = 31$ eher klein, was statisch relevante Aussagen erschwert und Einzelfälle überbetonen könnte. Zu den Gründen für die geringe Teilnahme in der Kontrollgruppe zur Baseline-Erhebung, die die Untersuchung limitieren, liegen keine Erkenntnisse vor, wenngleich die Vermutung naheliegt, dass die Motivation zur Datenerhebung in der Kontrollgruppe niedriger war. (2) In dieser Arbeit wird kinästhetische Pflege implementiert nach einem spezifischen, vom Träger festgelegten Konzept in der Langzeitpflege evaluiert. Die Kontextbedingungen sind für die Wirkungsweise von Kinästhetik ein wichtiger Faktor (Gattinger, 2019) und konnten in dieser Auswertung nicht einbezogen werden. Aus betrieblichen Gründen wurde auf eine einrichtungsbezogene Clustervariable verzichtet, so dass ein Clustereffekt und Einflussfaktoren wie Umsetzungstreue und ein evtl. überdurchschnittlicher Personalausfall in einzelnen teilnehmenden Einrichtungen nicht berücksichtigt werden können. (3) Ein Vergleich mit bestehenden Studien ist aufgrund der ungenügenden Studienlage nur begrenzt möglich. (4) Die Erfassung des Mobilitätsstatus durch Fremdbefragung einer Person, die den Bewohnenden gut kennt, gleichzeitig aber auch am Projekt teilnimmt, könnte aufgrund eines systematischen Antwortverhaltens verzerrt sein. Bereits die Auswahl der sechs Interventionseinrichtungen durch den Träger kann durch die Motivation für ein solches Projekt beeinflusst sein. (5) Die Anwendbarkeit der Proxy-Version des EQ-5D im Setting Pflegeheim auch im Hinblick auf Bewohner*innen mit Demenz ist ambivalent. Einerseits wurde der Fragebogen als va-

lide eingestuft (Diaz-Redondo et al., 2014), andererseits ist es kein speziell auf das Setting Langzeitpflege zugeschnittenes Instrument und berücksichtigt damit keine Aspekte, die besonders für Bewohner*innen mit Demenz relevant sind und wird daher nur eingeschränkt empfohlen (Sopina et al., 2019). In der Phase der Datenerhebung, die begleitet durch Mitarbeitende des Evaluationsteams erfolgte, konnte zudem die Beobachtung gemacht werden, dass einige Pflegekräfte den Proxy 2-Modus des EQ-5D – der eine Beantwortung aus Perspektive des Betroffenen verlangt – als schwierig empfinden. Die Variante des Proxy 1-Modus – aus eigener Perspektive eine Aussage über die Person treffen – wird als intuitiver zu beantworten eingeschätzt. Es besteht die Gefahr, dass implizit diese von der stellvertretenden Person einzunehmenden Perspektiven vermischt wurden.

Schlussfolgerung und Ausblick

Aus pflegeprofessioneller Sicht leitet sich aus diesen Erkenntnissen die Hypothese ab, dass die konzeptuelle Implementation von Kinästhetik in der Langzeitpflege zu Erhalt und Förderung der Mobilität von Bewohnenden dieses Settings beitragen kann. Mit Blick auf den Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“¹ erhält diese Hypothese besondere Bedeutung: Demnach kann Kinästhetik – wenn in einem Gesamtkonzept umgesetzt – Mobilitätserhaltung und Mobilitätsverbesserung als zentrale Ziele einer professionellen Pflege unterstützen (DNQP 2014). Als Besonderheit des Konzepts sind hierbei die umfassende Schulung aller Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung unabhängig von der Qualifikation, die zentrale Einbindung von Leitungspersonen als Motivatoren und die Maßnahmen zur Verstetigung der Maßnahme im Pflegealltag wie Praxisbegleitung und Schulung von Peer-Tutoren festzuhalten. Dies scheint eine tatsächliche Umsetzung der Schulungsinhalte in der Praxis zu begünstigen und greift die Realität des zunehmend heterogenen Case-Mix in der Langzeitpflege auf.

Komplexe Intervention und komplexe Implementierung bedürfen einerseits Zeit zu wirken und haben andererseits auch die Schwierigkeit, Erfolge nachhaltig zu sichern. Die Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung müssen als vorläufig eingeschätzt werden. Ob sich die gewonnenen Erkenntnisse bei Betrachtung eines längeren Zeithorizonts als robust erweisen, wird zu prüfen sein. Da der Rollout des Konzepts den schrittweisen Einbezug weiterer Pflegeeinrichtungen umfasst, ist mit einer größeren Stichprobengröße für nachfolgende Untersuchungen zu rechnen. Die Evaluation durch die Hochschule Esslingen begleitet auch diese weiteren Entwicklungsschritte und kann so einen längeren Zeithorizont berücksichtigen und die Limitationen dieser Analyse teilweise aufgreifen.

Literatur

- Asmussen, M., Huhn, S. & Zegelin, A. (2019). Bewegung. In M. Lauster, A.-M. Seitz, A. Drescher, K. Kühnel & N. Menche (Hrsg.), *Pflege heute. Pflege Heute* (7. Aufl., 214-252). Urban & Fischer in Elsevier.
- Chen, P., Lin, K.-C., Liang, R.-J., Wu, C.-Y., Chen, C.-L. & Chang, K.-C. (2016). Validity, responsiveness, and minimal clinically important difference of EQ-5D-5L in stroke patients undergoing rehabilitation. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(6), 1585–1596. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1196-z>.
- Christen, L., Scheidegger, J., Grossenbacher, G., Christen, S. & Oehninger, R. (2005). Erfahrungen und Resultate von standardisierten Beobachtungen konventioneller und kinästhetischer Pflege auf einer radioonkologischen Abteilung [Experiences and results from standardised observations of conventional and kinaesthetic nursing in a nuclear and radio-therapeutic ward]. *Pflege*, 18(1), 25–37. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.18.1.25>
- Devlin, N., Parkin, D. [David] & Janssen, B. (2020). Methods for Analysing and Reporting EQ-5D Data. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-47622-9>
- Diaz-Redondo, A., Rodriguez-Blazquez, C., Ayala, A., Martinez-Martin, P. & Forjaz, M. J. (2014). EQ-5D rated by proxy in institutionalized older adults with dementia: psychometric pros and cons. *Geriatrics & gerontology international*, 14(2), 346–353. <https://doi.org/10.1111/ggi.12108>
- DNQP. (2014). Expertenstandard nach § 113a SGB XI: Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege: Abschlussbericht (Bd. 22). <https://doi.org/10.1016/j.phf.2014.03.015>
- Eisenschink, A.-M., Kirchner, E [E.], Bauder-Mißbach, H., Loy, S. & Kron, M. (2003). Auswirkungen der kinaesthetischen Mobilisation im Vergleich zur Standardmobilisation auf die Atemfunktion bei Patienten nach aorto-coronarer Bypass-Operation. *Pflege*(16), 205–215.
- Gattinger, H. (2019). Kinästhetik: Eine Forschungsagenda für die Zukunft. *LQ*, 46–49.
- Görres, S. & Rothgang, H. (2016, 31. August). Modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo): Abschlussbericht. Bremen. Universität Bremen. https://www.standard-mobilitaet.de/dl/doc/2018/1825/2016-08-31_Pflege_Abschlussbericht_ExMo.pdf
- Grüneberg, B. (2019). Kinaesthetics in der Pflege: Bewegung fördern – Wahrnehmung schulen. *Altenpflege – Vorsprung durch Wissen*. Vincentz.
- Haasenritter, J., Eisenschink, A. M., Kirchner, E [Elisabeth], Bauder-Missbach, H., Brach, M., Veith, J., Sander, S. & Panfil, E.-M. (2009). Auswirkungen eines präoperativen Bewegungsschulungsprogramms nach dem für kinästhetische Mobilisation aufgebauten Viv-Arte-Lernmodell auf Mobilität, Schmerzen und postoperative Verweildauer bei Patienten mit elektiver medianer Laparotomie [Impact of a pre-operative mobilisation program using the Viv-Arte training model based on kinesthetic mobilisation on mobility, pain, and post-operation length of stay of patients receiving an elective medial laparotomy: a prospective, randomised, controlled pilot study]. *Pflege*, 22(1), 19–28. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.22.1.19>
- Hantikainen, V [V.], Riesen-Uru, S., Raemy-Röthl, B. & Hirsbrunner, T. (2006). Die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik und die Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeiten und funktioneller Unabhängigkeit bei alten Menschen. Eine Fallstudie. *Pflege*, 19(1), 11–22. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.1.11>
- Hantikainen, V [Virpi], Burgstaller, M., Frauchiger, G. & Gattinger, H. (2014). Kinaesthetics und Bewegungsförderung: Bestandsaufnahme der Umsetzung in den Alterszentren der Stadt Winterthur. *Pflegezeitschrift*, 67(1), 42–45.
- Hatch, F. & Maietta, L. (2003). Kinästhetik: Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten (2., komplett überarb. Aufl.). Urban und Fischer. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-437-26840-3>
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D [D.], Bonsel, G. & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 20(10), 1727–1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Imhof, L., Suter-Riederer, S. & Kesselring, J. (2015). Effects of Mobility-Enhancing Nursing Intervention in Patients with MS and Stroke: Randomised Controlled Trial. *International scholarly research notices*, 2015, 785497. <https://doi.org/10.1155/2015/785497>
- Konietzschke, F., Friedrich, Sarah, Brunner, Edgar & Pauly. (2021). Rank-Based Tests for General Factorial Designs (Version 0.1.0) [Computer software], Markus. <https://cran.r-project.org/web/packages/rankFD/rankFD.pdf>

1 In der Fassung vom 14.12.2019

- Marten, O. & Greiner, W. (2021). EQ-5D-5L reference values for the German general elderly population. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01719-7>
- Maurer, C., Mayer, H. & Gattinger, H. (2019). Faktoren, die die Implementierung von Kinästhetik in die stationäre Langzeitpflege beeinflussen: eine Konkretisierung des Consolidated Framework for Implementation Research durch Expertenaussagen. *HeilberufeScience*, 10(3-4), 56-65. <https://doi.org/10.1007/s16024-019-00333-4>
- Norman, G. R., Sloan, J. A. & Wywich, K. W. (2003). Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation. *Medical care*, 41(5), 582-592. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000062554.74615.4C>
- Sopina, E., Chenoweth, L., Luckett, T., Agar, M., Luscombe, G. M., Davidson, P. M., Pond, C. D., Phillips, J. & Goodall, S. (2019). Health-related quality of life in people with advanced dementia: a comparison of EQ-5D-5L and QUALID instruments. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 28(1), 121-129. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1987-0>
- Statistisches Bundesamt. (2020). Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2019. Statistisches Bundesamt (Destatis). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschland-ergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile
- Stulien, N., Abt-Zegelin, A. & Bartholomeyczik, S [S.] (2014). Ausgewählte Qualitätskriterien des Erhebungsbogens Mobilität (EBOMO): Eine empirische Untersuchung in der stationären Altenpflege. *Pflegewissenschaft*, 16(3), 144-155.
- Tadaura, H., Feldmann, N., Bartholomeyczik, S [Sabine], Kaijun, N., Nagatomi, R., Hantikainen, V [Virpi] & Tamminen-Peter, L. (2020). Improved Quality of Life in the Elderly, and Nurses and Caregivers by Kinaesthetics applications: A Survey in Germany and Austria. *Health Sciences*, 2020. <https://doi.org/10.15342/hs.2020.359>
- Wingenfeld, K. (2014). Die Entwicklung der Mobilität von Heimbewohnern. *Pflege & Gesellschaft*, 19(2), 113-123.
- Wingenfeld, K., Schröder, D., Willert, J. & Bender, B. (2020). Ergebnisse der Literaturanalyse zur Aktualisierung des Entwurfs des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. Bielefeld. Universität Bielefeld. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/12/Literaturanalyse-zur-Aktualisierung-des-Entwurfs-des-Expertenstandards-%E2%80%9EErhaltung-und-Fo%CC%88derung-der-Mobilita%CC%88t-in-der-Pflege%E2%80%9C.pdf>
- Wulfgramm, H. (2022). Mit Kinästhetik Mitarbeitende binden. *Pflegezeit-schrift*, 75(5), 20-23. <https://doi.org/10.1007/s41906-022-1209-9>

Der Übergang nach einem Intensivaufenthalt

Das Erleben der Pflegenden

Daniel Marqueses¹

*Der Übergang von der Intensiv- auf die Allgemeinstation ist für Patient*innen oft mit Stress und Sicherheitsrisiken verbunden. Dabei nehmen Pflegendе eine Schlüsselposition ein. Jedoch ist wenig über ihre Sichtweise bekannt. Mit elf Pflegenden von Intensiv- und Allgemeinstationen wurden episodische Interviews geführt und die transkribierten Daten mittels inhaltlich-strukturierender Inhaltsanalyse ausgewertet. Es entstanden vier Hauptkategorien mit 11 Unterkategorien: Vom kritischen Zustand zur Stabilität, Bereit sein – starten, Begegnung auf Augenhöhe, Herausforderungen. Pflegendе sehen den Übergang als gemeinsame Aufgabe. Dennoch bestehen Spannungen zwischen den Stationen. Die gemeinsame Entwicklung eines Überleitungsprotokolls wird empfohlen.*

Transition after intensive care

The experiences of the nurses

This paper describes nurses' experiences of transitioning patients from the intensive care unit to the general ward. Episodic interviews were conducted and transcribed data were analyzed using qualitative content analysis. The experience was described in four main categories and a total of eleven subcategories.

Korrespondenzadresse

Daniel Marqueses
Köln
daniel.marqueses@gmx.de

Eingereicht am 24.02.2023
Akzeptiert am 14.07.2023

DOI: 10.3936/4153

¹ MScN

Einleitung

2019 wurden in Deutschland 1.822.995 intensivmedizinische Behandlungsfälle registriert. Die letzte Erhebung von Beatmungsfällen aus dem Jahr 2017 zählte 430.452 Personen, die während des Intensivaufenthalts auf eine maschinelle Beatmung angewiesen waren (Statistisches Bundesamt, 2022). Ein Teil der Betroffenen leidet nach einer Intensivtherapie unter physischen, psychischen und mentalen Langzeitfolgen (Needham et al., 2012). Es ist bekannt, dass die Verfügbarkeit von Intensivbetten eine entscheidende Rolle für die Bestimmung des Verlegungszeitpunkts von der Intensiv- zur Allgemeinstation spielt (Stelfox et al., 2017). Dies impliziert Risiken in Hinblick auf die Sicherheit der Patient*innen während des Übergangs. Relokationstress und Furcht stellen pflegerrelevante Komplikationen dar (Chaboyer, James & Kendall, 2005).

Hintergrund und Zielsetzung

Ein Übergang ist nach Schuhmacher, Jones und Meleis (2010, S. 129 – 130) „... eine Passage zwischen zwei relativ stabilen Zeitabschnitten. In diesem Übergang bewegt sich die Person von einer Lebensphase, einer Situation oder Status zu einer anderen.“ Übergänge werden durch ein signifikantes Ereignis ausgelöst und sind zeitlich dimensionierte Prozesse mit Anfang und Ende. Innerhalb dieser Zeitspanne finden bedeutsame Wandlungen der Lebenssituation des Individuums statt (Wingenfeld, 2005). Es gibt verschiedene Typen, Muster und Eigenschaften. Übergangsbedingungen werden durch fördernde und hemmende Faktoren beeinflusst. Schuhmacher, Jones und Meleis (2010) unterteilen Übergänge in *gesunde* und *ungesunde* Formen, welche durch unterschiedliche Antwortmuster erreicht werden. Als Ergebnisindikatoren dient die Beherrschung neuer Fähigkeiten und die Annahme neuer Rollen zur Bewältigung. Pflegerische Interventionen, die den Prozess unterstützen bezeichnet Meleis (2010) als *Nursing Therapeutics*. Internationale veröffentlichte Studien (z.B. Parmar, Schärli & Bischofberger, 2017; Enger & Andershed, 2018; Kauppi, Proos & Ollausson, 2018) zeigen, dass bei einem Übergang nach einem Intensivaufenthalt der medizinische Zustand der Patient*innen, Medizintechnik, umfangreiche Medikationspläne, Überwachungsbedarf und Skill-Grade-Mix zu hoher emotionaler Belastung bei Pflegenden der Allgemeinstation führt. Es besteht eine Exklusivität der Intensivpflegenden: Überleitung und deren Planung wird nicht unbedingt als pflegerisch relevant eingestuft. Das Wissen um die Bedeutung des Übergangs für die Patient*innen ist begrenzt (Watts, Pierson & Gardner, 2006; Ludin, Arbon & Parker, 2013). Es besteht eine Versorgungslücke, die durch Kommunikationsstörungen und einen Mangel an gemeinsam formulierten Zielen gekennzeichnet ist (Häggström, Asplund & Kristiansen, 2009; Cognet & Coyer, 2014; James, Quirke & McBride-Henry, 2013; Herling et al., 2021). Die Perspektiven von Pflegenden in Hinblick auf diese Übergänge sind in Deutschland kaum untersucht worden. Internationale Erkenntnisse lassen sich aufgrund kultureller und Gesundheitssystem bedingter Unterschiede nicht ohne Weiteres übertragen. In diesem Zusammenhang besteht zusätzlicher Forschungsbedarf. Dieser Beitrag entstand im Rahmen einer Qualifikationsarbeit. Ziel ist die Exploration und Beschreibung der Erfahrungen von Pflegenden bei der Verlegung von Patienten von der Intensivstation auf die allgemeine Station. Dabei werden die Sichtweisen beider Settings gemeinsam betrachtet. Eine Beschreibung, wie die Pflegenden den Übergangsprozess an der Schnittstelle Intensiv- und Allgemeinstation unter den Arbeitsbedingungen in Deutschland erleben, könnte Informationen zur optimierten Gestaltung des Übergangs liefern und den Forschungsstand erweitern. Die primäre Forschungsfrage lautet: Wie erleben Pflegende den Übergang von Patient*innen nach einem Intensivaufenthalt auf die Allgemeinstation?

Methoden

Aufgrund des Ziels und der Fragestellung wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Qualitative Forschung bezieht sich auf jede Art von Forschung, die zu Ergebnissen führt, die nicht durch statistische Auswertungen oder anderen Verfahren der Quantifizierung gewonnen werden (Strauss & Corbin, 1996).

Setting und Feldzugang

Die Datenerhebung fand an einem universitären Krankenhaus der Maximalversorgung statt. Der Forschende war zur Zeit der Untersuchung dort selbst als Intensivpflegender tätig. Nach Zustimmung der Pflegedienstleitungen und des Personalrates wurden Leitungen von Intensiv- und Allgemeinstationen persönlich kontaktiert. Über diese Schlüsselpersonen konnte Zugang zu internen Kommunikationswegen und mögliche interessierte Personen gewonnen werden. Der Forschende versendete persönliche Einladungen und platzierte eine Annonce an frequentierten Orten.

Sampling

Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte anhand festgelegter Kriterien.

Einschlusskriterien waren:

- Abgeschlossene Ausbildung/ Studium der Pflege (mind. 1-2-jährige Pflegeassistenz oder dreijährig oder grundständiger Bachelor)
- Mind. 50% Erwerbstätigkeit auf der Intensiv- oder Allgemeinstation im Erwachsenenbereich
- In der Transferierung von Patient*innen nach Intensivaufenthalt als verantwortliche Pflegekraft auf der Intensiv- oder Allgemeinstation involviert

Ausschlusskriterien waren:

- Alter <18 Jahre
- Keine (für ein Interview) ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache
- Kein informiertes Einverständnis zum Interview

Interviews

Die Durchführung der Interviews fand im Herbst 2021 persönlich in Büroräumen auf den Stationen statt. Als Interviewform wurde das episodische Interview nach Flick (2012) gewählt. Es handelt sich hierbei um eine Verbindung aus Leitfaden- und narrativem Interview und bietet die Chance eines Vergleichs zwischen Gruppen hinsichtlich deren Erfahrungs- und Alltagswissen (Lamnek & Krell, 2016). Hierzu wurde anhand der Forschungsfragen ein Leitfaden konstruiert und vor der Datenerhebung in einem Probeinterview getestet (siehe Tabelle 1).

Datenanalyse

Die Gespräche wurden digital aufgenommen und durch den Forschenden inhaltlich-semantic transkribiert (Dresing & Pehl, 2017). Die weitere Datenverarbeitung erfolgte mit Hilfe von „MAXQDA“ in der Version 20.4.2. Noch während der Datenerhebung wurden Transkripte Zeile für Zeile mehrfach gelesen um ein Gesamtverständnis für den Text zu entwickeln (Elo & Kynäs, 2008). Nach Transkription des letzten Gesprächs führte der Autor die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) aus. Nach Festlegung der Analyseeinheiten wurden zunächst vier Hauptkategorien als Strukturierungsdimensionen gebildet. Diese beruhten auf den Forschungsfragen, die bereits dem Interviewleitfaden Struktur verliehen hatten. Nach einem ersten Materialdurchlauf erfolgte eine Revision des Kategoriensystems mit anschließendem erneuten Materialdurchgang. Die kodierten Textstellen wurden paraphrasiert und pro Kategorie zusammengefasst. Dabei konnten in den Daten begründete neue Ober- und Unterkategorien gebildet werden. In einem letzten Schritt wurde

Erzählaufforderung	Konkrete Fragen
Phase 1: Subjektive Definition: Was verstehen Sie unter „Übergang von der Intensiv- zur Allgemeinstation?“	- Was ist das für Sie, die Überleitung bzw. Verlegung? - Was verbinden Sie mit dem Begriff der Überleitung/ Verlegung?
Phase 2: Beschreiben Sie den Prozess der Überleitung von Patient*innen von der Intensiv- zur Allgemeinstation	- Wenn Sie die Information bekommen, dass ein/-e Patient*in von der Intensivstation (auf die Allgemeinstation) auf Ihre Station verlegt wird, wie bereiten Sie das vor? - Wie würden Sie den Verlegungsprozess beschreiben? Können Sie mir dazu den konkreten Ablauf darstellen? - Haben Sie eine schwierige Überleitung erlebt und können Sie mir die Situation erzählen? - Haben Sie eine erfolgreiche Überleitungssituation erlebt und erklären Sie bitte, warum?
Phase 3: Beschreiben Sie, wie Sie Ihre Funktionen und Aufgaben bei der Überleitung wahrnehmen.	- Welchen Einfluss haben Sie auf den Übergang der Patient*innen? Und können Sie mir eine Situation schildern, die mir das verdeutlicht? - Wie bewerten Sie Ihre Aufgaben in der konkreten Verlegungssituation? - Welche Rolle nehmen die Pflegenden der Allgemein/ ITS bei der Überleitung ein? - Wie verhält sich das Gegenüber in der Verlegungssituation? Haben Sie dazu ein Beispiel?
Phase 4: Beschreiben Sie, welche Verbesserungen für eine gelungene Überleitung benötigt werden.	- Was zeichnet die optimale Überleitung aus? - Was benötigen Sie von Ihren Kolleg*innen der Allgemeinstation (Intensivstation) in der Überleitungssituation?

Tabelle 1: Interviewleitfaden

das gesamte Material mit dem finalen Kategoriensystem erneut kodiert. Dies diente zur Bewertung der Intrakoderübereinstimmung als Maß für Stabilität und Reliabilität des Vorgehens (Mayring & Fenzl, 2014). Die Ergebnisse und Interpretationen wurden allen Teilnehmenden nach Abschluss der Analyse im Sinne eines „Member-Checks“ (Mayring, 2016) zur Verfügung gestellt. Fünf Teilnehmende meldeten sich zurück und validierten die Ergebnisse.

Ethische Aspekte

Die vorliegende Studie wurde von der Ethikkommission des Landes Salzburg als unbedenklich eingestuft (415-EALL/4/128/6-2021). Sie folgte den Helsinki Erklärungen zur Forschungsethik.

Ergebnisse

An der Untersuchung nahmen sechs Pflegenden der Intensiv- sowie fünf Pflegenden der Allgemeinstation aus den Fachrichtungen Anästhesiologie, Chirurgie und Innere Medizin teil. Das Durchschnittsalter betrug 35,8 Jahre mit einer mittleren Berufstätigkeit von 11,9 Jahren. (Siehe Tabelle 2)

Der Autor führte insgesamt 11 Interviews mit einer Spannweite von 09:53 Minuten bis 28:20 Minuten. Durch die Inhaltsanalyse konnten vier Hauptkategorien mit insgesamt 11 Subkategorien gebildet werden. (Siehe Abbildung 1)

Vom kritischen Zustand zur Stabilität

Für die Pflegenden beider Bereiche stellt der Übergang zunächst etwas positives dar. Sie verbinden damit vor allem den gesundheitlichen Fortschritt ihrer Patient*innen. Dies drückt sich aus ihrer Sicht vor allem durch die Stabilisierung der objektiv messbaren Vitalfunktionen aus, die eine Übergangsbereitschaft markiert:

„So, dass nicht mehr so engmaschige Kontrollen auch notwendig sind, dass man dann halt auch absehen kann: Okay, der Patient ist stabil genug, so dass er dann halt auch auf der Peripherstation sich selber halt auch wieder zu helfen weiß und aber mit dem dortigen Versorgungs-Management dann halt auch abgedeckt ist“ (AS5, Pos. 20-23).

„Für mich persönlich bedeutet das, also der Patient hat sich soweit stabilisiert, sei es vom Kreislauf, sei es durch seine Erkrankung oder so, dass er der normalen Station zugeführt werden kann und dort weitere Schritte quasi wieder/ um ins normale Leben zu kommen. Also sei es Entlassung oder Rehabilitation oder sonst irgendwie. Also er ist nicht mehr 24 Stunden überwachungspflichtig“ (ITS6, Pos. 9-13).

Gleichsam ist ihnen aber auch bewusst, dass Patient*innen durch die andere Versorgungsstruktur auf der Allgemeinstation, die ebenfalls durch das Konzept „Überwachung“ gekennzeichnet ist, Ängste davor haben können, nun nicht mehr so engmaschig kontrolliert zu werden. Weiterhin sehen sie die Qualität eines Übergangs sehr abhängig von der Qualität der ausgetauschten Informationen.

Bereit sein, starten

Die Pflegenden erleben, dass sie „bereit sein“ müssen. Dies umfasst vor allem Vorbereitungen, um den Übergang effizient durchführen zu können. Alle Teilnehmenden betonten die Wichtigkeit einer für alle passenden zeitlichen Terminierung, um mit dem Übergang „starten“ zu können. Die Vorbereitungen haben nicht nur eine zeitliche Ebene, sondern auch eine praktische. Zimmer und Patient*innen werden präpariert um den Ablauf schnell zu vollziehen.

Variable	Kategorie	n (%)
Geschlecht	Weiblich	7 (63)
	Männlich	4 (36)
Alter	24 – 39	7 (63)
	40 – 60	4 (36)
Berufserfahrung	Bis zu 2 Jahren	3 (27)
	2 – 5 Jahre	3 (27)
	>5 Jahre	5 (45)
Höchster Abschluss	Bachelor of Science	1 (9)
	Pflegebezogene Fachweiterbildung	4 (36)

Tabelle 2: Charakteristika der Teilnehmenden

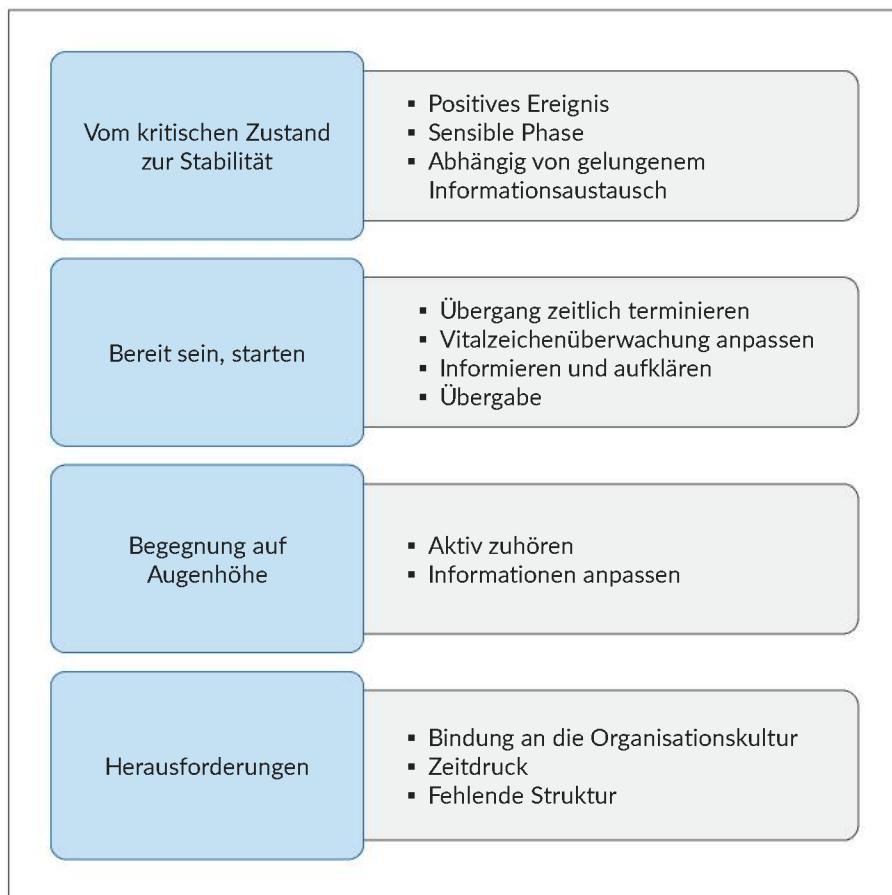


Abbildung 1: Finales Kategoriensystem

„Ich weiß, das kann nicht immer gelingen, aber dass der Patient auch so gesehen wirklich auch bereit ist, dass man fahren kann. Weil es natürlich oft Situationen sind, dass es stressig ist, man dann noch eine Übernahme hat und unten dann wartet und es dementsprechend länger dauert. Also das wirklich, wenn man eine Uhrzeit ausmacht, dann auch wirklich/ Man nicht noch erst anfängt, Sachen zu packen“ (AS4, Pos. 95 – 100).

Dazu gehört ein neues Bett, die Reduktion bzw. Anpassung des Überwachungsmonitorings, die Anpassung invasiver Zugänge sowie die Information und Aufklärung der Patient*innen vor dem „starten“ und bei der Ankunft auf der Allgemeinstation.

„Man muss ja auch damit rechnen, dass Patienten Angst haben, vom Monitor wegzukommen, auf einer Station zu liegen, wo sie denken: Okay, mein Herz wird jetzt nicht mehr kontinuierlich überwacht. Da kann man den Patienten schon mal ein Bisschen Sicherheit mitgeben“ (ITS1, Pos. 115 – 118).

Die Übergabe ist der zentrale Informationsaustausch und hat eine hohe Bedeutung, da hier alle wichtigen Informationen ausgetauscht werden. Sie ist ein gestalterisches Element der täglichen Routine und direkter Treffpunkt zweier unterschiedlicher Kulturen.

Begegnung auf Augenhöhe

Die Pflegenden beider Abteilungen betonen die Übergabe als zentrales Element und Hauptaufgabe. Es ist für beide Seiten eine „Begegnung auf Augenhöhe“ geprägt von gegenseitigem Respekt und wertschätzender Haltung füreinander.

„Ähm, naja, für mich ist es halt auch meine Kollegin. Also zwar in einer anderen Fachabteilung, aber ich sehe jetzt nicht, dass die Intensivfachkraft besser oder schlechter als ich bin, sondern wir machen einfach eine kollegiale Übergabe“ (AS2, Pos. 83 – 85).

„Es heißt ja immer: Ach, ihr von der Intensivstation. Das sehe ich ein Bisschen anders. Normalstation: Die haben andere Aufgaben, andere Prioritäten, die müssen anders arbeiten. Deshalb denke ich, wir sind da auf Augenhöhe. Deshalb ist mir auch eine gute Übergabe wichtig, dass die wissen, wann sie den Patienten ein Bisschen mehr im Auge haben müssen, oder wenn sie sagen können: Der läuft“ (ITS6, Pos. 100 – 105).

Obwohl der Großteil der Befragten übereinstimmend kollegiale und wertschätzende Aspekte hervorhob, so existierten auch kontrastierend Hinweise auf gegenteiliges Erleben. So waren unter den Interviewpartner*innen der Intensivstationen mit geringerer Berufserfahrung Aussagen zu einer Exklusivität der Intensivpflegenden gegenüber ihren Kolleg*innen der Allgemeinstationen zu finden:

„Naja, also (seufzt), ich habe das Gefühl, das Pflegenden auf Intensivstation teilweise einfach einen anderen Anspruch an sich selbst haben, wie ihr persönlicher Wissensschatz sein soll, wie viel sie selbst lernen wollen und gelernt haben. Ja. Ich will niemandem von Normalstation auf die Füße treten. Aber ich habe doch häufig das Gefühl, dass Leute, die auf Intensivstation arbeiten einfach deutlich kompetenter und selbstbewusster auch

damit umgehen und das Ganze einfach deutlich (...) umfangreicher sozusagen sind und alle Punkte sozusagen erfassen“ (ITS3, Pos. 114 – 121).

Einige Pflegenden der Allgemeinstation wiesen in den Interviews ebenfalls auf einen Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und der beschriebenen Exklusivität von Intensivpflegenden hin:

„Ich habe manchmal den Eindruck, dass da auch viel wieder mit Berufserfahrung zu tun hat. Die Alteingesessenen, die haben auch eine grobe Idee, was eine periphere Station leistet und zollen uns den Respekt. Wohingegen Menschen, die, glaube ich, nie von der Intensivstation runtergekommen sind und über den Tellerrand vielleicht nicht drüber hinweg geschaut haben, uns vielleicht auch nicht so viel zutrauen“ (AS5, Pos. 210 – 215).

In diesem Aufeinandertreffen ist die Rolle der Pflegenden der Allgemeinstation eher passiv und als Empfänger von Informationen deklariert, was Vertreter*innen beider Seiten in den Gesprächen bestätigten. Die Intensivpflegenden haben primär die Aufgabe, alle relevanten Informationen zu geben, damit Pflegenden der Allgemeinstationen die weitere Versorgung planen können. Hierbei besteht eine Diskrepanz zwischen vermittelten Sachverhalten und notwendigen Informationen, welche die Pflegenden der Allgemeinstation wirklich benötigen. Es zeigt sich hierbei ein Informationsgefälle, da Intensivpflegende eher an medizinischen Handlungsbögen orientiert sind.

„Die hauen mir dann Laborwerte aber noch um die Ohren. Die interessieren mich hier oben ja gar nicht, weil hier oben bin ich ja darauf angewiesen, dass einfach alles läuft, sonst dürften sie nicht auf die periphere Station. Ähm, also da merkt man auch hin und wieder in der Übergabe: Okay, unterschiedliche Schwerpunkte“ (AS5, Pos. 235 – 239).

Herausforderungen

Die umrahmenden Bedingungen bilden eine Struktur, die den Pflegenden die Erfüllung ihrer Aufgaben im Übergang erschwert. Diese Struktur hindert sie an der Ausübung oder weisen ihnen bestimmte Rollen zu.

„Das häufigste Problem ist, dass die Betten noch nicht wieder frei sind auf Station, dass wir noch Patienten dort liegen haben, die noch nicht entlassen sind und wir dann öfter Druck bekommen, dass wir ja jetzt die Patienten abholen müssen von der Intensivstation, weil die Betten brauchen. Aber ich kann keinen Patienten aus seinem Zimmer schmeißen, wenn er noch nicht entlassen ist und noch nicht offiziell wirklich gehen darf“ (AS2, Pos. 41 – 46).

So sind die Pflegenden der Allgemeinstation häufig gezwungen, kardiopulmonal instabile Patient*innen zu übernehmen, die sie nicht versorgen können. Sie müssen auch den medizinischen Dienst beeinflussen. Die Intensivpflegenden versuchten, den Überleitungszeitpunkt instabiler Patient*innen zu verzögern. Die Allgemeinpflegenden übten Druck auf die Mediziner*innen aus um Entlassungen zu forcieren. An beide Stationen werden hohe Erwartungen gestellt. Intensivpflegenden obliegt die optimale Vorbereitung der Patient*innen. Gleichsam wird von den Pflegenden der Allgemeinstation oft erwartet, dass sie auch instabilere Patient*innen versorgen können, obwohl dies nicht realistisch ist. Ein Pfleger berichtete von einer solchen Situation:

„Der Thoraxkasten ist komplett voll, der hat gerade frisch zwei EK gekriegt, hat 10 Liter Sauerstoff laufen (...) und kommt dann mit einer Sättigung von 82 hoch. Der DK komplett voll. Haben wir dann *alles* neu gemacht, dann haben wir Intensivpflege weiter auf der [Name der Station entfernt] betrieben. Dann haben wir Methyl-Prednisolon gegeben. Wir haben Lasix gegeben, Bricanyl inhalieren lassen und was nicht alles. Und der kam nicht über 85 mit der Sättigung“ (AS3, Pos. 361 – 364).

Beide Seiten betonten, dass vor allem Zeitdruck eine große Herausforderung für die Gestaltung des Übergangs darstellt. Termine können nicht immer eingehalten werden. Dadurch finden Übergaben parallel zu anderen Handlungen statt oder werden stark abgekürzt, damit der Arbeitsablauf auf den Stationen möglichst rasch fortgeführt kann. Es wurde der Wunsch nach einer klaren Übergangstruktur geäußert, die die Übergabe ordnet, damit wichtige Aspekte für die weitere Versorgung nicht vergessen werden und die Übergabe der Intensivpflegenden dadurch mehr Informationen beinhaltet, die zur weiteren Gestaltung des Pflegeprozesses auf der Allgemeinstation genutzt werden können.

Diskussion und Ausblick

Ludin et al. (2013) kritisierten einen Mangel an Literatur zum Verständnis von Pflegenden für den Übergang. Die in dieser Untersuchung entwickelte Hauptkategorie *vom kritischen Zustand zur Stabilität* verdeutlicht, dass die Pflegenden den Übergang von der Intensiv- zur Allgemeinstation primär als gesundheitsbezogen verstehen (Meleis, 2010). Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von Herling et al. (2021), die transitionsbezogene Veränderungen von Patient*innen als Übergang von lebensrettender Pflege zu rehabilitativer Pflege beschrieben. Nach Meleis (2010) zählt das signifikante Ereignis zu den universellen Merkmalen von Transitionen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Pflegenden der Signifikanz des Übergangs für die Patient*innen bewusst sind. Sie werten das Ereignis als positiv. Gleichsam erkennen sie, dass Patient*innen neue Fähigkeiten zur Bewältigung und Anpassung an die neue Situation entwickeln müssen, was sich in der Subkategorie *sensible Phase* widerspiegelt. Im Bereich Gestaltung der Übergänge lassen sich die Ergebnisse in die *Nursing Therapeu-*

tics einordnen. Die Hauptkategorie *Bereit sein, starten* schließt sich hierbei Bunkenborg et al. (2017), Herling et al. (2021) und James et al. (2013) an. Diese betonten ebenfalls die Bedeutung von zeitlichen Verhandlungen und Vorbereitungen. Die Ergebnisse ergänzen um einen Einblick in die tatsächlichen Handlungen zwischen den Akteuren. In Hinblick auf die zeitlichen Dimensionen von Transitionen kann das Beenden der Überwachung auf der Intensivstation als Ausgangspunkt des Übergangs gesehen werden. Dabei ist zu betonen, dass dieser Zeitpunkt nicht mit der subjektiven Wahrnehmung des betroffenen Individuums übereinstimmen muss (Meleis, 2010). Dies kann auch für die Pflegenden gelten, wenn sie über die Beeinflussung von Mediziner*innen Patient*innen vor einer zu frühen Verlegung bewahren möchten. Die Subkategorie *informieren und aufklären* bestätigt eine der best erforschten pflegerischen Interventionen im Rahmen von Transitionen. Meleis (2010) nennt es *debriefing*. Es wird definiert als ein Prozess, bei dem die Erfahrungen, die eine Person oder eine Gruppe im Zusammenhang mit einem kritischen Ereignis gemacht hat, anderen mitgeteilt werden (ebd.). Durch Information und Aufklärung beeinflussen die Pflegenden die Bedingungen der Transition, indem sie Patient*innen auf die Verlegung von der Intensivstation vorbereiten und Wissen über den weiteren Verlauf vermitteln. King et al. (2019) berichteten, dass Patient*innen ein Kommunikationsdefizit zwischen Intensiv- und Allgemeinstation erleben. Die *Übergabe* als zentrale pflegerische Handlung bündelt im Idealfall durch den Einbezug der Patient*innen *debriefing* und den *gelungenen Informationsaustausch* zwischen den Pflegenden. Damit kann sie ebenfalls förderlich auf die Transitionsbedingungen wirken. Aufgrund der unmittelbaren Nähe zu den Pflegenden fühlen sich Patient*innen auf der Intensivstation in Sicherheit (Cypress, 2013). Der Abbruch dieser engen Beziehungen im Prozess des Übergangs löst Gefühle der Einsamkeit, Vulnerabilität, Bedeutungslosigkeit und Isolation aus (King et al., 2019). Durch den Einbezug der Patient*innen in die Übergabe und kontinuierlichem Informationsaustausch hingegen kann über die Stimulation der Progress Indikatoren *Verbundenheit* und *Interaktion* (Meleis, 2010) ein positiv wirkendes Reaktionsmuster erstellt werden. Nach Parmar et al. (2017) ist die intraprofessionelle Zusammenarbeit durch ungenügende Wertschätzung beeinträchtigt. Die Daten der vorliegenden Studie bestätigen diese Erkenntnisse nicht. Ein Großteil der Teilnehmenden beider Abteilungen würdigte verständnisvoll die Arbeit der jeweils anderen. Die Transition der Patient*innen bewerteten sie als gemeinsame Aufgabe und das Zusammenreffen als *Begegnung auf Augenhöhe*. Häggström et al. (2009) beschrieben mangelndes Selbstwertgefühl unter den Pflegenden der Allgemeinstation, wenn sie auf den Intensivstationen anwesend waren. Wie auch bei Herling et al. (2021) traten die Pflegenden der Allgemeinstation in der vorliegenden Untersuchung hingegen selbstbewusst auf. Die Unzufriedenheit mit den medizinisch ausgerichteten Informationen, die die Intensivpflegenden vermitteln, bestätigen vorherige Themen von Enger & Andershed (2018), Herling et al. (2021) sowie James et al. (2013). Da Intensivpflegende ihre verbalen Informationen nicht immer an den aktuellen Zustand der Patient*innen anpassen und adäquat auf Verständnisfragen ihrer Kolleg*innen von der Allgemeinstation antworten, reagieren diese mit einem bestimmten Antwortmuster. Nach Bunkenborg et al. (2017) wird die Rolle des Zuhörenden abgelegt, da nicht relevante Informationen rasch gefiltert und als unwichtig eingestuft werden: (...) *and if deemed irrelevant they would pay no further attention to it* (ebd., S. 3096). Dies erklärt den Eindruck der Intensivpflegenden, ihre Kolleg*innen seien desinteressiert (James et al., 2013). Pflegende sind durch organisationsbedingte, systemische Faktoren in der Gestaltung von *gesunden* Transitionen behindert. Wie auch bei Parmar et al. (2017) zeigen die Ergebnisse, dass vor allem die Pflegenden der Allgemeinstationen abhängig von ärztlich veranlassten Handlungsbögen sind. Das Belegungsmanagement auf den Intensivstationen ist bekanntermaßen durch eine hohe Dynamik gekennzeichnet und

eine frühzeitige Verlegung der Patient*innen auf die Allgemeinstationen hat eine hohe Priorität (Becker, 2018). Die Ergebnisse haben Optimierungspotential an der Schnittstelle zwischen Intensiv- und Allgemeinstation aufgezeigt. Aus schlecht organisierten Arbeitsumfeldern entsteht Belastung mit daraus resultierender Unzufriedenheit (Bamberg, 2018). Es besteht der Wunsch der Pflegenden nach einer Struktur, anhand derer Transitionsprozesse effizienter und für beide Seiten zufriedenstellend umgesetzt werden können. Etwa 80% aller ernsthaften Fehler im Behandlungsverlauf schließen Missverständnisse bei der Übergabe von Patient*innen ein (ebd.). Es ist besorgniserregend, wenn Pflegenden die Kommunikationsvermeidung als Strategie zur Bewältigung der beschriebenen Herausforderungen einsetzen. Die grundsätzlich vorhandene Wertschätzung der Pflegenden füreinander bildet einen fruchtbaren Boden zur Optimierung. Der Autor schlussfolgert im Wesentlichen als kurzfristig umsetzbares Projekt eine Verbesserung der Begegnung anhand eines strukturierten Protokolls. Mit Vertreter*innen der Intensiv- und Allgemeinstationen können die Ergebnisse in Fokusgruppen diskutiert und ein gemeinsames Protokoll entwickelt werden. Über ein solches Protokoll ließe sich die Einnahme bestimmter Rollen bei der Übergabe definieren und die dabei zu vermittelnden Informationen konkretisieren. Der Vorschlag schließt sich der bereits 2007 erschienenen Leitlinie *Acutely ill adults in hospital: recognising and responding to deterioration* des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) an. Damit erhielten insbesondere Intensivpflegende eine Orientierung zur inhaltlichen Gestaltung der Informationsweitergabe, bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Bedürfnisse von Pflegenden der Allgemeinstation. Die Leitlinie betont außerdem den Einbezug von Patient*innen und deren Familien. Anhand der Transitionstheorie nach Meleis (2010) kann die Perspektive der Patient*innen und Rolle von Bezugspersonen in die Entwicklung mit einfließen. Ein derartiges Protokoll als Instrument innerhalb der *Nursing therapeutics* wirkt bei der Umsetzung als förderlicher Faktor der Transitionsbedingungen und beeinflusst die Progressindikatoren (Meleis, 2010).

Limitationen

Die Beschränkung auf den Kontext eines einzelnen Krankenhauses limitiert die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Die Fallauswahl ist verhältnismäßig klein und es wird nicht von der angestrebten Datensättigung ausgegangen. Es lässt sich jedoch auf eine hohe Datendichte schließen, da aus beiden Perspektiven nuanciert zu bestimmten Teilbereichen häufig sich wiederholende, ähnliche Angaben gemacht wurden. Die Teilnehmenden stammten überwiegend aus anästhesiologisch-chirurgischen Settings. Ansichten von Pflegenden aus weiteren Fachbereichen hätten die Ergebnisse aus einer anderen Perspektive ergänzen können.

Literatur

- Bamberg, C. (2018). Gut und schlecht organisierte Stationen Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit. In C. Bamberg, N. Kasper, M. Korff, & R. Herbold (Hrsg.), *Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus* (S. 13–18). Berlin: Springer.
- Becker, E.M. (2018). Lösungsansätze für die Intensivstation. In C. Bamberg, N. Kasper, M. Korff, & R. Herbold (Hrsg.), *Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus* (S. 163–176). Springer.
- Bunkenborg, G., Bitsch Hansen, T., & Hølge-Hazelton, B. (2017). Handing over patients from the ICU to the general ward: A focused ethnographical study of nurses' communication practice. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3090–3101.
- Chaboyer W, James H, & Kendall M. (2005). Transitional care after the intensive care unit: Current trends and future directions. *Critical Care Nurse*, 25(3), 16–26.
- Cognet, S., & Coyer, F. (2014). Discharge practices for the intensive care patient: A qualitative exploration in the general ward setting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(5), 292–300.
- Cypress, B. S. (2013). Transfer Out of Intensive Care: An Evidence-Based Literature Review. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(5), 244–261.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (7. Auflage). Marburg: Eigenverlag.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Enger, R., & Andershed, B. (2018). Nurses' experience of the transfer of ICU patients to general wards: A great responsibility and a huge challenge. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e186–e194.
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (5. Auflage). Rowohlt Taschenbuch.
- Häggström, M., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2009). Struggle with a gap between intensive care units and general wards. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(3), 181–192.
- Herling, S. F., Brix, H., Andersen, L., Jensen, L. D., Handesten, R., Knudsen, H., & Bove, D. G. (2021). A qualitative study portraying nurses' perspectives on transitional care between intensive care units and hospitals wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1–10.
- James, S., Quirke, S., & McBride-Henry, K. (2013). Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 297–306.
- Kauppi, W., Proos, M., & Olausson, S. (2018). Ward nurses' experiences of the discharge process between intensive care unit and general ward. *Nursing in Critical Care*, 23(3), 127–133.
- King, J., O'Neill, B., Ramsay, P., Linden, M. A., Darweish Medniuk, A., Outtrim, J., & Blackwood, B. (2019). Identifying patients' support needs following critical illness: A scoping review of the qualitative literature. *Critical Care*, 23(1), 187.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Material* (6., überarbeitete Auflage). Weinheim Basel: Beltz.
- Ludin, S. M., Arbon, P., & Parker, S. (2013). Patients' transition in the Intensive Care Units: Concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(4), 187–192.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim Basel: Beltz.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Meleis, Afaf Ibrahim. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Pub. Co. Abgerufen von <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=496282> am 25.9.2019.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2007). *Acutely ill adults in hospital: Recognizing and responding to deterioration*. Abgerufen von <https://www.nice.org.uk/guidance/cg50/resources/acutely-ill-adults-in-hospital-recognising-and-responding-to-deterioration-pdf-975500772037> am 18.2.2022.

- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., ... Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502.
- Parmar, B. B., Schärli, M., & Bischofberger, D. I. (2017). «Solche Verlegungen können Angst machen» -. *Pflegewissenschaft*, 3(4), 147–155.
- Schuhmacher, K., Jones, P., & Meleis, A. I. (2010). HELPING ELDERLY PERSONS IN TRANSITION: A FRAMEWORK FOR RESEARCH AND PRACTICE. In A. I. Meleis (Hrsg.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (S. 129–144). New York: Springer Pub. Co.
- Stelfox, H., Leigh, J., Dodek, P., Turgeon, A., Forster, A., Lamontagne, F., ... Bagshaw, S. M. (2017). A multi-center prospective cohort study of patient transfers from the intensive care unit to the hospital ward. *Intensive Care Medicine*, 43(10), 1485–1494.
- Statistisches Bundesamt. (2022). *Intensivmedizinische Versorgung in Krankenhäusern- Anzahl Krankenhäuser Betten sowie Aufenthalte–Krankenhäuser Intensivmedizinische Versorgung Intermediate Care u.a. Nach Krankenhausmerkmalen*. Abgerufen von https://www.gbebund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=6187833&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=838&p_ansnr=68422095&p_version=7&D.000=3739 am 27.2.2022.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Watts, R., Pierson, J., & Gardner, H. (2006). Co-ordination of the discharge planning process in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 194–202.
- Wingenfeld, K. (2005). *Die Entlassung aus dem Krankenhaus: Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen*. Bern: Hogrefe AG

Soziomaterielle Agency beruflichen pflegerischen Handelns

Eine Akteur-Netzwerk-Perspektive auf die berufliche Pflege mit Bruno Latour

André Heitmann-Möller¹

Materielle Artefakte werden zukünftig in Folge der Technisierung der Pflege an Bedeutung gewinnen. Gegenwärtig fehlt es an einer Untersuchung der etablierten Artefakte bzw. Dinge, die jedoch einen Bestandteil dieser mutmaßlichen Weiterentwicklung bilden werden. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung dient der begrifflichen Annäherung an einem Verständnis der soziomateriellen Agency in der Pflege. Zu diesem Zweck wurde eine Studie, die ethnografische Anteile und Leitfadeninterviews umfasste, durchgeführt. Die Ergebnisse heben die mutmaßliche Mitwirkung der materiellen Dinge in einem relationalen Handlungsnetzwerk hervor und eröffnen damit eine weitere Perspektive für die Nutzung der Akteur-Netzwerk Theorie in der Pflegeforschung.

Sociomaterial Agency of professional Nursing

An Actor-Network Theory perspective on professional Nursing with Bruno Latour

Material artefacts will become more important in the future referring to the technification of nursing care. Currently there has been a lack of investigation into the established artefacts respective things, but they will possibly form a component of this presumed further development. The aim of this study is to approach an understanding of the socio-material agency of Nursing. To this end, a study that included ethnographic components and semi-structured interviews was conducted. The results highlight the presumed involvement of material things in a relational agency network and thus open up another perspective for the use of actor-network theory in nursing research.

Korrespondenzadresse

André Heitmann-Möller
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften
Fakultät Gesundheitswesen
Campus Wolfsburg
Robert-Koch-Platz 8a
D-38440 Wolfsburg
a.heitmann-moeller@ostfalia.de

Eingereicht am 03.11.2022

Akzeptiert am 19.07.2023

DOI: 10.3936/4054

¹ Dr. phil., M.A., Dipl.-Pfleger. (FH); wissenschaftlicher Mitarbeiter, Lehrkraft für besondere Aufgaben

Einleitung

Die zunehmenden Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten in der Pflege im Bereich der Pflegerobotik und digitalen Technologien rücken die materielle Seite der Pflege in den Vordergrund. Auf der Basis einer Dissertationsarbeit (Heitmann-Möller 2022) wurde im Rückgriff auf die Akteur-Netzwerk Theorie versucht, diese materielle Seite in Bezug auf das pflegerische Handeln zu untersuchen. Die Dissertationsarbeit erfolgte im Rahmen des vom BMBF geförderten Projektes „Die Pflege der Dinge“, welches von 2014 bis 2017 durchgeführt worden ist (Artner et al. 2017).

Hintergrund und Zielsetzung

Eine zunehmende Entwicklungsdynamik von Digitalisierungs- und Technisierungsprojekten in der Pflege (Hülksen-Giesler 2019) unterstreicht die Bedeutung der Beschäftigung mit den materiellen Aspekten in der Pflege. Begründungen für diese Dynamik bilden beispielsweise Überlegungen in Richtung der Abmilderung des Personalmangels in der Pflege (Hielscher et al., 2015). In den Hintergrund geraten dabei Aspekte wie die Sozialisierung von Technologien (Weyer 2009), die Dominanz eines technokratischen Verständnisses von Pflege in Gestalt der ‚technique‘ (Barnard 2016) als auch die fehlende Verbindung der Technikentwicklung zum Referenzrahmen der Akteure in der Pflege (Krings/Weinberger 2017). Ein wesentlicher Aspekt des pflegerischen Referenzrahmens besteht in der Mehrdeutigkeit von Anteilen pflegerischen Handelns, welches in der Außenperspektive als rein instrumentelle zweckbezogene Tätigkeit und weniger als interaktionsintensive empfindungsbezogene Tätigkeit aufgefasst wird (Hülksen-Giesler/Remmers 2020). Hinzu kommt, dass gegenwärtig noch offen ist, wie sich pflegerische Handlungsfelder mit avancierten, dinglich präsenten, Technologien verändern werden.

Pflegerisches Handeln zeichnet sich genuin durch den leiborientierten Beziehungsaspekt aus (Remmers 2014). Eine Substitution von beruflich Pflegenden bildet eine vehement abzulehnende Angelegenheit (ders. 2018). Zur Prävention einer einseitigen Ausrichtung der Technikentwicklung bietet sich die von Manfred Hülksen-Giesler geforderte pflegewissenschaftlich informierte Begriffsarbeit (Hülksen-Giesler 2019) im Sinne eines demokratischen Zugangs zur Technikentwicklung in der Pflege an (Hülksen-Giesler/Depner 2018).

Eine Annäherung an eine solche pflegewissenschaftliche Begriffsarbeit ermöglicht die Akteur-Netzwerk Theorie, im weiteren Verlauf als ANT abgekürzt, welche die Relation zwischen nicht-sozialen und sozialen Entitäten, d.h. Dingen und Menschen, in den analytischen Fokus gerückt hat (Latour 1998). Diese Verbindung von Menschen mit Dingen wird in der ANT als definitives Moment zur Herstellung von Agency als ein Zuschreibungsphänomen hervorgehoben (Latour 2014). Im Kern geht es damit um die Beschreibung der soziomateriellen Agency in der Pflege anhand von mehreren Aspekten, auf der Basis eines symmetrischen und niedrigschwelligen Handlungsverständnisses von Dingen und Menschen (ebd.). In diesem Verständnis „handeln“ auch nicht-soziale Entitäten, z. B. materielle Dinge, wenn sie einen Unterschied in einer Handlungssituation hervorrufen (ebd.). Dabei werden sich aus der Relation von Menschen und Dingen sich ergebenden Handlungsabläufe als sogenannte Akteur-Netzwerke verstanden (ebd.). Damit teilt sich die Agency auf Menschen und Dinge auf (ebd.). Diese Agency wird von Latour in einem weiten Sinne als Handlungsträgerschaft verstanden (ebd.), wobei Roßler (2016) verschiedene Ausformungen dieser Agency unterscheidet. Die einfachste Stufe bildet die Wirkungsmacht, während die Akteurschaft die nächste Stufe bildet (ebd.). In dieser werden nicht-soziale Entitäten zu einem Gegenpart der Menschen, die ihr Han-

deln darauf einstellen müssen (ebd.). Weitere Stufen bilden die Handlungsvollmacht, d.h. die stellvertretende Übernahme von Handlungen durch Dinge, sowie die Vermittlung (ebd.). In dieser Ausformung der Agency vermitteln Dinge als Handlungsrelais zwischen Menschen (ebd.). Strukturveränderndes Verhalten, d.h. die Veränderung von gesellschaftlichen Strukturen durch Dinge, bildet die letzte Ausformung der Agency (ebd.).

Eng verbunden mit der Agency ist das Konzept der Delegation von menschlichen Funktionen an bzw. die Inskription in nicht-menschliche materielle Entitäten (Latour 2014). Wobei der Aspekt der Delegation das Abgeben von Funktionen akzentuiert und die Inskription die technische Einschreibung in Gestalt der Funktionen und der materiellen Formung hervorhebt. In diesem Zusammenhang verfügt jedes materielle Artefakt über ein Skript auf der Basis der Inskription (Akrich 2006), in dem die Handlungseigenschaften festgelegt werden. Beispielsweise ist dem Stuhl die materielle Funktion eingeschrieben eine Sitzgelegenheit zu bieten oder dem Hörsaal die Funktion Lehr- und Lernerlebnisse zu ermöglichen (siehe hierzu Latour 2014). Durch die Einbindung von materiellen Entitäten in das menschliche Handeln ergeben sich Handlungsmöglichkeiten, aber auch damit einhergehende Handlungsvorgaben. Ein Stuhl kann nur in einer Art und Weise sinnvoll genutzt werden. Gleiches gilt wohl auch für den Hörsaal. In der ANT wird hier von der Präskription gesprochen (Akrich/Latour 2006). Sie ist eine Handlungsvorgabe an die menschlichen Akteure, und zwar in der Weise, dass materielle Entitäten Handeln erlauben, nahelegen oder begünstigen (Wieser 2012).

Im Fokus stehen dabei im pflegerischen Berufsalltag etablierten Dinge, welche aber potenziell Gegenstände einer alltags- und lebensweltgerechten Weiterentwicklung (Hülksen-Giesler/Remmers 2020) beruflicher Pflege im Kontext von digitalen oder robotischen Entwicklungsprojekten bilden können. Den Ausgangspunkt für die Untersuchung (siehe Heitmann-Möller 2022) bildet die Mikroebene pflegerischen Handelns, da sich dieses durch empirische Praxen konstituiert und eine genuine Komplexität aufweist (Ceci et al. 2017).

Das vorhin angesprochene symmetrische Handlungsverständnis besagt, dass das „Soziale“ sich aus sozialen und nicht-sozialen Elementen zusammensetzt. Die Dinge handeln in diesem „Sozialen“ mit, weil sie Unterschiede bewirken und damit eine Handlungsträgerschaft bzw. Handlungsmacht anzeigen (Latour 2014). Dabei handelt es sich um ein Zuschreibungsphänomen der menschlichen Akteure (ebd.). Die materiellen Dinge stehen zudem für das handwerkliche Tun in der Pflege (Sandelowski 2003) und damit auch für einen wesentlichen Anteil des beruflich-pflegerischen Referenzrahmens. Angesichts der Erwartungen an die Digitalisierung und Robotisierung im Bereich der Pflege stellt sich daher die Frage nach der soziomateriellen Agency pflegerischen Handelns. In diesem Sinne geht es um die Herausarbeitung von soziomateriellen Aspekten auf der gegenwärtigen Mikroebene beruflich-pflegerischen Handelns, in der die kommenden technisch-avancierten Entitäten integriert werden müssen.

Methoden

Entsprechend dem Forschungsgegenstand wurde auf qualitative Methoden zurückgegriffen. Hierzu gehörte die (fokussierte) teilnehmende Beobachtung und die Durchführung von Einzelinterviews mit Pflegefach- und Pflegeassistentenpersonal, im folgenden Pflegepersonal bzw. Pflegeperson genannt (Heitmann-Möller 2022). Die fokussierte teilnehmende Beobachtung erlaubt im Unterschied zur herkömmlichen Ethnographie eine zeitlich kürzere Beobachtung des eigenen bekannten Feldes (Knoblauch 2001). Dabei wurde die Rolle des Forschers im Feld eingenom-

men, in der die Pflegefachpersonen während ihrer Arbeit begleitet wurden (Heitmann-Möller 2022). Die Einnahme dieser Rolle wurde den Beteiligten in der Situation durch ein Namensschild und ein Notizblock signalisiert (ebd.). Die Auswertung der Beobachtungsprotokolle erfolgte in Anlehnung an das Konzept der ethnographischen Vignette sowie einem Verständnis sozialer Praktiken als Konstellation von Menschen und der Materialität der Dinge (Reckwitz 2003). Eine ethnographische Vignette stellt eine dichte Beschreibung typischer Alltagsphänomene zur Schaffung eines umfassenden Bildes eines Handlungsfelds dar (LeCompte/Schensul 2013).

Die Zuschreibungen des beobachteten Pflegepersonals wurden mit teilstrukturierten Interviews herausgearbeitet. Sämtliche Interviews wurden nach einem zeitlichen Abstand durchgeführt, mit einem Tonaufnahmegerät jeweils elektronisch aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkription erfolgt in geglätteter Weise, so dass die Transkription nahe am tatsächlichen Redestil der interviewten Pflegenden gewesen ist. Die Auswertung der Interviews erfolgte mit Hilfe der qualitativen inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014). Bei der Kategorienbildung wurde deduktiv-induktiv unter Zuhilfenahme der ANT-Terminologie (d.h. Begriffe wie die Wirkungsmacht, Akteurhaftigkeit, Inskriptionen/Präskriptionen) vorgegangen (Heitmann-Möller 2022): Zuerst wurden die Kategorien auf der Basis des Interviewleitfadens gebildet. Anschließend sind die deduktiv gebildeten „Ur-Kategorien“ induktiv aus dem Material heraus aufgebrochen und abschließend die Haupt- sowie Subkategorien definiert worden.

Durch die Methodentriangulation von teilnehmender Beobachtung und Einzelinterviews sollte die Forscherperspektive bzw. die in den Beobachtungsprotokollen erfolgten Zuschreibungen durch die Zuschreibungen der interviewten Pflegefachpersonen ergänzt und inhaltlich ausgefüllt werden (ebd.). Damit ging es auch um die Konkretisierung und Übersetzung des deduktiv herangetragenen Konzepts der Agency mittels der Herausarbeitung der Perspektive der Pflegefachpersonen und des Pflegeassistentpersonals.

Ethische Aspekte

Die ethischen Aspekte wurden folgendermaßen berücksichtigt (ebd.): Das Studienvorhaben wurde durch die Ethikkommission der Universität Osnabrück geprüft und ohne Auflagen genehmigt. Zugleich wurde im Zuge der Forschungsaktivitäten einer Universitätsklinik das Vorhaben ebenfalls von einer Ethikkommission geprüft und genehmigt. Die Teilnahme der Pflegefachpersonen, des Pflegeassistentpersonals und der von ihnen pflegerisch versorgten Personen war freiwillig. Das Einverständnis wurde jeweils durch eine mündliche und schriftliche Aufklärung eingeholt, insbesondere auch vor dem Hintergrund der geplanten Interviews mit den beruflich pflegenden Personen. Im Falle von nicht auskunftsfähigen pflegerisch versorgten Personen erfolgte das Einverständnis durch die gesetzlichen Vertretungspersonen. Im Hinblick auf die Situationen der teilnehmenden Beobachtung muss jedoch auf folgende Besonderheit hingewiesen werden, da diese Methode eigentlich kein schriftliches Einverständnis voraussetzt (Roper/Shapira 2000). Dies liegt daran, da es sich um Alltagshandeln der beobachteten Individuen handelt und zudem Person beteiligt sind, die nicht im Zentrum der teilnehmenden Beobachtung stehen (Arnold 2015). Das Einholen eines schriftlichen informierten Einverständnisses ist hier nicht immer möglich und praktisch umsetzbar gewesen (Ammann/van Holten 2017). Vielmehr wurde, auch bei Vorliegen eines schriftlichen Einverständnisses, im Sinne eines Ongoing consent verbal in den Beobachtungssituationen das Einverständnis wiederholt vor Ort eingeholt (ebd.). Einen wesentlichen forschungsethischen Faktor bildete das Pflegepersonal, das als Gatekeeper (Schrems 2017) den Zugang

zu den pflegerisch versorgten Personen und die Pflegesituationen ermöglichten. Sie erfüllten damit eine advokatorische Schutzfunktion (dies. 2014).

Sampling

Bundesweit wurden 44 Einrichtungen und Pflegedienste angeschrieben, wobei 7 Einrichtungen die Studiendurchführung ermöglichten. Eingebunden wurden Pflegefachpersonen sowie Pflegeassistentpersonal mit einer vorherigen medizinischen Ausbildung. Die Einbindung von Pflegeassistentpersonal im Feld der ambulanten Pflege erklärt sich durch die tendenzielle Absenkung des Ausbildungsniveaus von beruflich Pflegenden in diesem Handlungsfeld (Prausa 2016). Allerdings verfügten sämtliche teilnehmenden Personen in einer Pflegeassistentfunktion über eine Ausbildung als Medizinische Fachangestellte.

Der Erstkontakt erfolgte hauptsächlich über die höhere pflegerische Leitungsebene. Diese stellte den Kontakt mit den Stationsleitungen oder direkt mit den Pflegenden her. Zwölf Pflegepersonen nahmen an der Studie teil. Geplant waren drei Beobachtungsterminen je Einrichtung bzw. Pflegedienst. Insgesamt konnten 19 Beobachtungen mit einer Durchschnittsdauer von rund vier Stunden durchgeführt werden. Den Beobachtungen folgten insgesamt 12 teilstrukturierte Interviews mit den teilnehmenden Pflegepersonen und einer durchschnittlichen Dauer von 51 Minuten. Die ersten beiden Interviews dienten als Pretest des Leitfadens und konnten aufgrund des inhaltlichen Ertrags in die Gesamtauswertung einbezogen werden. Aufgrund des Ertrags konnten diese in die Auswertung einbezogen werden.

Ergebnisse

Anhand einer exemplarischen Interpretation zweier ethnographischer Vignetten und der Vorstellung der Hauptkategorien aus den Interviews mit den beruflichen Pflegenden sollen die wesentlichen Aspekte der soziomateriellen Agency aufgezeigt werden. Vorangestellt sei noch ein Hinweis: Die in den Vignetten in der Forscherperspektive sowie in den aus den Interviews herausgearbeiteten Hauptkategorien erheben nicht den Anspruch generalisierende Aussagen zu machen, sondern explorative begriffliche Vorarbeiten zu leisten.

Injektion eines Betäubungsmittels zur Symptomlinderung

In den teilnehmenden Beobachtungen ließ sich in der Forscherperspektive die materielle Agency als Wirkmächtigkeit identifizieren, wobei diese in Relation zur Leibesphäre der pflegerisch versorgten Personen von den Pflegepersonen eingesetzt worden ist. Dabei bezog sich das Verständnis der Leibesphäre auf Helmut Plessner (1975): Ein Mensch ist nicht nur Körper, sondern besitzt ihn und kann sich in einer reflexiven Beziehung zu ihm setzen. Dieses äußert sich im Körper-haben (Hülsken-Giesler 2008) und muss im pflegerischen Handlungsvollzug von den beruflich Pflegenden beachtet werden. Innerhalb der Leibesphäre ging dies mit einer Koppelung von Pflegeperson, Ding und pflegerisch versorgter Person einher. Koppelung bezeichnet hier eine enge jedoch wieder aufhebbare Verbindung von Ding und Mensch (Manz 2015). Allerdings auch im Rahmen einer Verschmelzung der Dinge mit dem Körper sowie mit der Anordnung der Dinge und der Körper im Raum (ebd.).

Am folgenden Beispiel wird ein Ausschnitt aus einer Interaktion auf einer onkologischen Station vorgestellt, in der ein Opiat bei einer schwer atemnotigen Frau (Frau B.) durch eine Pflegeperson (Frau H.) subkutan verabreicht worden ist (Heitmann-Möller 2022:89):

Als sie zurückkommt gehen wir in das Zimmer hinein. Sie kündigt Frau H. im ersten Bett an, dass sie nun ein Medikament

bekommt. Während dieses Dialogs ist sie ihr körperlich zugewandt, beugt sich zu ihr herüber und spricht in Gesichtsnähe von Frau H. Frau B. hebt anschließend ein Teil der Bettdecke an, desinfiziert kurz das Hautareal und injiziert das Medikament in den linken Oberschenkel. Nach der Entsorgung der Injektionsgegenstände in einem Abwurfbehälter sagt sie: „Wir machen jetzt hier erstmal fein Piano.“ Die Patientin fragt: „Blutdruck?“. Frau B. antwortet: „Der interessiert mich erstmal nicht.“ Sie ergänzt ihre Aussage, dass es erstmal wichtiger sei, dass sie zur Ruhe kommt und von der Pflege in Ruhe gelassen wird. (Beobachtung 28.01.2015, Abschnitt 78-87)

Die Durchführung der BTM-Injektion zur Symptomreduzierung erfolgte von Seiten der Pflegeperson aus einer körperlich zugewandten Haltung. Diese körperliche Nähe kann als eine gewisse Verschränkung beider Leibsphären während einer funktional ausgerichteten und sehr kurzen Kommunikationssituation verstanden werden. Vorab wurde das Hautareal mithilfe der Wirkungsmacht eines Desinfektionsmittels und des Sprüngeräts im Sinne einer Keimreduktion vorbereitet. Danach erfolgte die Injektion des Wirkstoffs in den Oberschenkel durch das Durchbrechen der Haut als physischer Körpergrenze. Der Wirkstoff als materielle Entität drang nun in die körperlichen Tiefenstrukturen ein. Im Verlaufe der Entsorgungsprozeduren des Injektionsmaterials wurde Frau B. von Seiten von Frau H. signalisiert, dass sie in Ruhe gelassen werden würde. Regelmäßig erfolgende Praktiken wie das Blutdruckmessen wurden, als Reaktion auf die Anfrage der Patientin, von Frau H. verneint. Damit rahmte sie ihre pflegerische Tätigkeit und persönliche Anwesenheit als „Störfaktor“. Auf der Basis der Wirkungsmacht des Opiats, welches quasi „im Auftrage“ der Pflegeperson im Modus der Verschmelzung von „Ding“ und Körper zur Symptombekämpfung agierte, tritt nun Frau H. als Pflegeperson temporär in den Hintergrund.

Anbringen eines Cough assist zur Sekretmobilisierung

Während der beispielhafte Ausschnitt aus dem Krankenhaus das Zusammenführen von materiellen und menschlichen Handlungsanteilen auf die Symptomkontrolle verweist, verdeutlicht das nächste Beispiel aus der ambulanten Intensivpflege auf den pflegerischen Zusammenhang von invasiven Pflegemaßnahmen und deren kommunikativ gerahmte Umsetzung. Im Zentrum dieser pflegerischen Situation stand die Sekretmobilisierung (Heitmann-Möller 2022:94):

Danach holt die Pflegerin den Schlauch eines sogenannten „Cough assist“. Zugleich legt sie einen beutelähnlichen Gegenstand auf der Brust von U. ab. Er soll nach Angaben von E. an den Beatmungsschlauch angeschlossen werden, während der Schlauch des ‚Cough Assist‘ auf die Trachealkanüle gesteckt wird. Vom Wirkprinzip her gesehen funktioniert das Gerät nach ihren Angaben in dem es einen Druck und Vakuum erzeugen würde. Hierdurch wird eine Lockerung des Sekretes bewirkt und damit ein belastungsärmeres Absaugen erreicht. Sie kündigt die Anwendung dieses Gerätes ihrer Klientin gegenüber an, entfernt den Beatmungsschlauch, baut ihn an die beutelähnliche Vorrichtung an und steckt den Adapter des Schlauchs vom ‚Cough Assist‘ auf die Öffnung der Trachealkanüle. Sie gibt der Klientin zwei Kommandos: „Ein – Aus“. Dies wiederholt sie noch einmal, um dann rasch den Beatmungsschlauch wieder auf die Trachealkanüle zu befestigen. Sie erklärt mir, dass hier rasch vorgegangen werden muss, da hier die mechanische Beatmung unterbrochen wird. (Beobachtung 09.03.2015, Abschnitt 61-72)

Im Fokus dieser Situation stand die Sekretmobilisierung bei der dauerhaft invasiv beatmeten Patientin U. Eingangs erläuterte die Pflegeperson E. die Funktionsweise des Cough Assist, welches mittels seiner physikalischen Funktionsweise eine dem Husten ähnliche Funktion „assistierend“ übernehmen würde. Diese Wir-

kungsmacht und quasi stellvertretende Übernahme einer nicht mehr vorhandenen Körperfunktion zielte auf die Erleichterung der häufig stattfindenden endotrachealen Absaugungen. Innerhalb dieses Handlungsverlaufs wird zudem die Verschränkung der Leibsphären der Pflegeperson und der Patientin anhand der Entkoppelung des Beatmungssystems sowie die Verkopplung der Patientin über die Trachealkanüle mit dem Cough Assist. Diese Verschränkung wurde kommunikativ von E. im funktionalen – und auch vielleicht an sich selbst gerichteten – „Kommandoton“ begleitet. Notwendig erschien diese Maßnahme, um U. zu signalisieren welcher Schritt jetzt während der unterbrochenen Beatmung erfolgen würde. In der Zusammenschau der exemplarischen Pflegesituationen wird die Personengebundenheit pflegerischen Handelns deutlich. Die materielle Agency in Gestalt der Wirkungsmacht wurde erst durch das Handeln der Pflegepersonen innerhalb der Leibsphäre der Patientinnen entfaltet. Dabei führten sie ein soziomaterielles Arrangement von Dingen und Körpern aus, welches kommunikativ von ihnen begleitet bzw. gerahmt worden ist. Im „Ergebnis“ werden Handlungsketten (Symptomkontrolle im Krankenhaus, Fortführung des Lebens im eigenen Wohnumfeld im Falle der ambulanten Intensivpflege bzw. der „konventionellen“ ambulanten Pflege) fortgeschrieben.

Kategorien der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Bezeichnungen von drei der vier Hauptkategorien basierten auf die Terminologie der ANT: Beide ersten Hauptkategorie bezogen sich auf die materielle Agency (Latour 2014) in den Ausprägungen der Wirkungsmacht sowie der Akteurhaftigkeit (Roßler 2016). Die dritte Hauptkategorie beschrieb Textstellen mit Aussagen zu sogenannten Inskriptionen und den dazugehörigen Präskriptionen (Akrich/Latour 2006). Die letzte Hauptkategorie handelte vom Umgang der Pflegepersonen mit Störungen durch Dinge. (Siehe Tabelle 1)

Wirkungsmacht

Die Agencystufe der Wirkungsmacht bezeichnet die „Nullstufe“ (Roßler 2016:87) des Agierens von Dingen. Sie entsteht im Wechselspiel von menschlicher Wirkungsmacht und der Wirkungsmacht von materiellen Dingen (ebd.). Im Endeffekt entsteht eine etwas verändernde Wirksamkeit (ebd.). Wichtig ist hier zu bedenken, dass es sich um eine Zuschreibung von Agency durch die menschlichen Akteure handelt (Latour 2014). Es ließen sich drei Subkategorien der Wirkungsmacht von Dingen zuordnen. Die erste Subkategorie war die *Zweckmäßigkeit*: Zum einen erfüllten die in der Pflege benutzten Dinge einen gewissen Zweck. Sie entsprachen damit den Vorstellungen oder den Wünschen der Pflegepersonen. Beispielsweise gewährleistete das Strokebett ein leibkörperliches Optimum im Orts- und Raumempfinden von Betroffenen mit einem akuten Schlaganfall (Heitmann-Möller 2022:118):

„[...] Das heißt, auch bei Patienten, die nicht irgendwie mobilisiert werden können oder nur schwer mobilisiert werden können. Man kann die einfach richtig hinsetzen. Also irgendwie zuhause auf dem Fernsehsessel sitzen. Und die haben mal auch ein anderes Körpergefühl und auch mal eine andere Wahrnehmung des Raumes. [...]“ (KH 1 25112014 Abschnitt 36)

Hier erfüllte das Strokebett für die Pflegeperson einen pflegerischen Zweck im Sinne der Herstellung von optimalen Liegebedingungen, welche für ein in ihrer Perspektive leibkörperliches Optimum sorgen können. Dieses würde sich dahingehend anzeigen, dass die pflegerisch versorgten Menschen, wie in der heimischen Umgebung quasi auf dem Fernsehsessel sitzen und sich dies auf ihr Körpergefühl auswirken würde. Im weiteren Interviewverlauf wies sie in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Strokebett gerade deswegen ihren wichtigsten pflegerischen Arbeitsgegenstand darstellt.

Hauptkategorie 1	
Wirkungsmacht von Dingen	Dieser Kategorie werden Zuschreibungen an Dinge (Gegenstände, Geräte, Computerprogramme) von den interviewten Pflegenden zugeordnet, die eine Wirkungsmacht bezeichnen.
Subkategorien:	Zweckmäßigkeit
	Verringerung Arbeitsaufwand vs. Erhöhung des Arbeitsaufwandes
	„Tinkering“ Ding / Mensch / Raum
Hauptkategorie 2	
Akteurhaftigkeit von Dingen	Dieser Kategorie werden Zuschreibungen von den interviewten Pflegenden zugeordnet, die den Dingen (Gegenstände, Geräte, Computerprogramme,...) eine gewisse Akteurhaftigkeit verleihen.
Subkategorien	Akzeptanz der Dinge durch die Betroffenen
	Gewinn / Verlust von Kontrolle
	Angewiesensein auf Dinge
Hauptkategorie 3	
Inskriptionen_Präskriptionen	Hier werden die Kategorien zugeordnet, die sich auf dem das pflegerische Handeln bestimmenden / beeinflussenden Inskriptionen – und damit ihre präskriptiven Anteile – der im jeweiligen Handlungsfeld benutzten Gegenstände beziehen.
Subkategorien	Präskriptionen der Dinge oder Präskriptionen der Interaktion?
	Inskription als Erfordernis
	Kritischer Umgang mit Präskriptionen
Hauptkategorie 4	
Umgang mit Störungen	Diese Hauptkategorie umfasst die Themen der interviewten Pflegenden, die sich auf den Umgang mit Störungen von Gegenständen beziehen.
Subkategorien	Rückgriff auf Dritte erforderlich
	Erfolgreiche Behebung vor Ort durch Pflegende

Tabelle 1 Überblick über das Kategoriensystem

Die zweite Subkategorie bezog sich auf das Verhältnis der *Verringerung des Arbeitsaufwandes und/oder dessen Erhöhung* durch die Dinge. In diesem Sinne hatten die benutzten Dinge das Potenzial zweckgemäß die Arbeit zu erleichtern. Dies geschah beispielsweise bei der Ermöglichung der oralen Nahrungsgabe für eine dauerbeatmete Patientin in der ambulanten Intensivpflege durch eine perkutane Gastrostomie/PEG (Heitmann-Möller 2022:122):

„Dann die Magensonde zum Beispiel erleichtert uns ein stundenlanges Essen anreichen. Aber deswegen hat sie die nicht bekommen. Sie hat die bekommen, weil sie halt nicht mehr so gut schlucken kann, aber sie schluckt trotzdem noch und will auch noch Essen angereicht bekommen, aber eben halt nicht alles. Wenn wir ihr alles Essen geben würden, dann würden wir den halben Tag dasitzen und anreichen.“ (A_Int 30302015, Abschnitt 32).

Die PEG erleichterte für die Pflegepersonen die parallele orale Nahrungsgabe, die in der Perspektive von der Pflegefachperson ohne die PEG zu viel Zeit beansprucht hätte. Sie konnten damit dem Wunsch der Patientin nachkommen ein „Residuum der Genussfähigkeit“ (Heitmann-Möller 2022:123) aufrechtzuerhalten, in dem sie parallel zur Sondennahrung Wunschgerichte bzw. ihr Lieblingessen zu sich nehmen konnte. Die PEG verringerte mit ihrer Wirkungsmacht somit den Arbeitsaufwand. Allerdings konnten Dinge gleichzeitig den Arbeitsaufwand verringern, aber auch erhöhen. Als Beispiel kann hier der Duschhocker als improvisierte Hilfe angeführt werden, die den Arbeitsaufwand beim Duschen für die Pflegeperson einerseits verringerte und gleichzeitig aber aus Sicherheitsgründen mehr Aufmerksamkeit von ihr erfordert hatte (Heitmann-Möller 2022).

Die dritte Subkategorie bildete das *Tinkering von Dingen mit Menschen sowie von Dingen und Menschen mit Räumen*. Tinkering

beschreibt hier die Anpassung von menschlichen und materiellen Entitäten zur Bildung eines stabilen Handlungsnetzwerks bzw. Kollektivs von Menschen und Dingen (Mol 2010). In den Interviews wurde beispielsweise über den Eigensinn des Körpers und Varianzen der Dinge gesprochen (Heitmann-Möller 2022:125):

„[...] Sie haben ja gesehen, nicht jeder Toilettensstuhl ist ein Toilettensstuhl. Und jeder Toilettensstuhl, nicht jeder passt zu dem Bewohner. Da hat der Bewohner zum Beispiel wo wir waren [...] Da wo er viele Kontrakturen auch oder Spastiken auch hat, ja, und da habe ich dann schon ein Problem überhaupt zu arbeiten. [...]“ (A_Int 1 13032015, Abschnitt 40)

Aufgrund der Tetraplegie infolge einer hohen Querschnittslähmung wies der Körper des Bewohners einen gewissen Eigensinn auf, so dass hier keine optimale Passung von Ding und Mensch von der Pflegeperson erreicht werden konnte. Die damit instabile Sitzposition des Bewohners erschwerte für die Pflegeperson seine morgendliche Versorgung im Bad, trotz der barrierefreien Arbeitsumgebung.

Akteurhaftigkeit der Dinge

Die zweite Hauptkategorie rückt die Akteurhaftigkeit der Dinge in den Vordergrund. Diese tritt dann zum Vorschein, wenn das Ding (z. B. eine Maschine) zum Gegenpart oder Partner des Menschen wird (Roßler 2016). Sie agieren damit als Mitakteure bzw. nehmen Rollen ein, die vom Menschen wiederum erfordert auch eine Rolle einzunehmen (ebd.). Im Falle der Studie nahmen die Dinge in der verbalen Kommunikation der Pflegefach- sowie Assistenzpersonen eine bedeutende Position ein. Diese wiederum nahmen eine vermittelnde Rolle ein, um die *Akzeptanz der Nutzung der Dinge am bzw. im Körper der Betroffenen* zu erreichen. Dieses Erfordernis bildete die erste Subkategorie. Beispielfhaft kann hier das Erfordernis für eine situationssensible

Begründung und ein abgestimmtes Vorgehen genannt werden (Heitmann-Möller 2022:127):

„[...] Wenn die am Monitor angeschlossen sind und besonders bei Patienten, die dann vielleicht vorher auch nie so krank waren und jetzt auf einmal plötzlich aus dem Leben gerissen einen Schlaganfall bekommen und bei uns angekettet am Bett liegen. Ist nicht unbedingt eine Situation, die sehr wünschenswert ist für die und (.) manchmal auch wirklich (...) Verständnis bedürftig ist. Auch unsererseits, dass wir den das dann nochmal erklären, wie wichtig das wirklich ist und das sie sich natürlich jederzeit zur Toilette und solchen (l. hustet) abkabeln dürfen. [...]“ (KH 1 25112014, Abschnitt 126).

Die Pflegeperson beschrieb hier bildlich die Gefühlssituation der akut von einem Schlaganfall betroffenen Personen als „Angekettetein“ (ebd.:127). Der Anschluss an den Monitor bildete ein weiteres einschneidendes Erlebnis. In diesem Sinne stellte in ihrer Perspektive dieses System einen Gegenpart für die Betroffenen dar. Für sie bestand nun der Auftrag diese Maßnahmen situationssensibel zu begründen und über den Umgang mit dem Monitoringsystem aufzuklären. Im weiteren Sinne ging es auch um ein abgestimmtes Vorgehen zwischen den Betroffenen und den Pflegepersonen, für die das Monitoring zur Überwachung des Gesundheitszustandes diente.

Eine weitere Subkategorie, welche die Akteurhaftigkeit der Dinge hervorhebt, bildet der *Gewinn und Verlust von Kontrolle* (Heitmann-Möller 2022). Zwar bieten Dinge, wie z.B. ein Infusionsgerät, einen Kontrollgewinn in Form einer geregelten Medikamenteneingabe. Gleichzeitig ist auch ein Kontrollverlust möglich wie dieses Beispiel aus der onkologischen Station eines Krankenhauses (ebd.:131f):

„[...] Unsere Infusomaten laufen wirklich relativ gut. Aber dadurch, dass diese Apparate natürlich auch piepen, wenn irgendetwas nicht in Ordnung ist, ist es hier schon teilweise sehr unruhig. [...] Dann war man gerade in einem Zimmer und im nächsten Zimmer piepst dann auch. Und das kann einen auch ganz schön müde machen, weil man (.) manchmal nicht unbedingt in der Geschwindigkeit hinterher kommt.“ (KH 02022015, Abschnitt 44)

Für die Pflegeperson funktionieren die Infusomaten optimal und zeigen zeitnah Störungen der Zytostatikagabe an. Damit gewährleisteten sie für sie die Kontrolle über die Situation. Allerdings waren diese Geräte parallel bei vielen Patientinnen und Patienten im Einsatz. Die interviewte Pflegeperson verfügte dabei über eine onkologische Fachweiterbildung und war somit für die Bearbeitung der Störungen zuständig. Diese häufigen Alarmmeldungen und ihre fachliche Zuständigkeit für diese Infusomaten führten in ihren Augen zu einem Gefühl des Kontrollverlustes.

Als eine weitere Zuschreibung der Akteurhaftigkeit an Dinge bildete die Subkategorie des *Angewiesenseins auf Dinge* (Heitmann-Möller 2022). Dieser Kategorie konnten jedoch die wenigsten Textstellen zugeordnet werden. Vermutlich lag es an der Selbstverständlichkeit der im pflegerischen Alltag genutzten Dinge. Dennoch stand hier die Unverzichtbarkeit des Stationscomputers Fokus (ebd.:135):

„Alleine für die Aufnahme, wenn der Patient kommt ist er im Computer. [...] Wir müssen Etiketten ausdrucken für die Dokumentation. Für (.) weitere Diagnostik. Für die MRT-Scheine. Also solche Dinge. Dafür brauchen wir den Computer. [...] Heutzutage geht ohne den Computer auch nichts. Unabdingbar nicht. [...]“ (KH 1 25112014)

Für die interviewte Pflegeperson stellte der Computer ein Instrument dar, auf den sie und ihre Kolleginnen und Kollegen definitiv angewiesen waren. Die Funktionsvielfalt verdeutlichte für sie,

dass sie ohne den Computer nicht mehr die krankenhausinternen Diagnostikprozesse initiieren könnte. Der Computer bildete in seiner objektivierenden Wirkung (Manzei 2011) eine Engstelle, an der das pflegerische Handeln dokumentiert und damit gerechtfertigt werden konnte.

Inskription, Präskription

Die vorletzte Hauptkategorie firmiert unter der Bezeichnung Inskription und der Präskription. Nach Akrich und Latour (2006) beschreibt die Inskription eine Einschreibung von Aufgaben in ein technisches oder nichttechnisches Objekt in Gestalt der Delegation von Aufgaben an ebenjenes. Ein wesentlicher Bestandteil der Inskription bildet die Präskription (ebd.). Die Präskription beschreibt Vorgaben, die von der ein Objekt nutzenden Person eingehalten werden müssen (ebd.).

Die erste Subkategorie bezieht sich auf die *Präskription der Dinge* (Heitmann-Möller 2022). Sie versammelte die Aussagen der interviewten Personen, welche sich auf die Benutzung von Dingen in der Pflege während einer pflegerischen Interaktion bezogen haben. Dabei zeigte sich, dass die Präskription sich hauptsächlich auf die Interaktion und nicht isoliert auf den Umgang mit einem Ding bezogen hatte. Beispielhaft können hier die Vorgaben beim Transfer mit einem Hebelifter angeführt werden (ebd.:139):

„[...] Und man legt das dann an. Und vergewissert sich natürlich, weil das ja auch gerade bei immobilen Menschen ist, die dann auch drinne hängen, dass so ein Netz auch gut sitzt. Und fragt natürlich auch nach. Auch während des Transfers, wenn es losgeht, muss man gucken, dass nichts einschneidet. Man muss ständig immer in Sichtkontakt mit den Leuten bleiben. Also das ist wichtig. Ne? [...]“ (Amb2 02122015, Abschnitt 78)

In der Perspektive der Pflegeperson geht es bei der Benutzung des Hebelifters nicht allein um die Einhaltung der technischen Vorgaben. Vielmehr steht hier die pflegerisch versorgte Person im Mittelpunkt. Dies bedeutete die Einhaltung des Blickkontakts, das Rückversichern bei der betroffenen Person und auch der Blick auf die Passung von Ding und Körper. Dabei ging es um die Gewährleistung einer optimalen Position für die betroffene Person im Sinne eines Tinkering.

Die zweite Subkategorie bezog sich auf die *Inskription als Erfordernis*, d.h. der ggf. verpflichtenden Einweisung in den Umgang mit Dingen der Pflege (Heitmann-Möller 2022). In diesem Sinne fokussierten sich die Aussagen der interviewten Pflegepersonen auf die Einweisung in risikobehaftete Dinge. Zugleich wurde deutlich, dass die Einweisung bzw. Inskription nicht einmalig, sondern viele Male vorgenommen werden muss. Hieraus ergab sich ein performativer Charakter der Inskription (ebd.:141f):

„Ja, Also wir müssen natürlich um überhaupt damit umgehen zu dürfen mit dem Beatmungsgerät müssen wir natürlich erstmal eingewiesen sein. Wir müssen genau wissen, was dieses Ding kann und was es nicht kann. Und wo bestimmte Parameter abzulesen sind und wie ich die Alarmgrenzen sehe oder wie ich sehe, ob irgendwas verstellt ist. Und daran anhand dessen kann ich natürlich sehen, ob jemand Sekret eingelagert hat oder nicht. [...] Die erlernt man eigentlich nur, wenn man tagtäglich damit umgeht. Am Anfang sollte immer jemand dabei sein. Das ist auch klar. Ja. Aber man sollte genau wissen wie diese Geräte funktionieren. [...]“ (A_Int 1 13032015)

Die Einweisung in ein Gerät diente der Wissenserlangung über die Kompetenzen des verwendeten Beatmungsgerätes. Im Vordergrund stand hier das technische Verständnis über die Alarmgrenzen und die Beatmungsparameter. Gleichzeitig wird hieran die enge Koppelung des Wissens über die technischen Fähigkeiten

ten des Gerätes mit dem Zustand der beatmeten Person deutlich. Es ging der Pflegeperson nicht nur um die Bedienung des Gerätes, sondern auch um die Dechiffrierung der angezeigten Parameter und diese in Beziehung zu setzen mit dem Zustand der beatmeten Person. Um diese Inskription vollständig vorzunehmen benötigte es einer anleitenden und in der ersten Zeit begleitenden Pflegeperson. Vielmehr unterstrich seine Aussage, dass die Meisterschaft im Umgang mit dem Gerät jedes Mal wiederholt und performativ durch das Handeln erreicht wird.

Zudem konnten auch Textstellen identifiziert werden, in der ein *kritischer Umgang mit den Präskriptionen* angesprochen worden ist. Diese wurden dann der gleichnamigen Subkategorie zugeordnet. Beispielhaft sei hier die Aussage einer Pflegeperson angeführt (Heitmann-Möller 2022:144f):

„[...] Auf jeden Fall wird in der Pflegedokumentation der Zeitaufwand, die Zeitangaben, große Pflege 20 Minuten. Der niedersächsische Pflegekatalog ist mit einem Pflegebett mit einem bettlägerischen Menschen ja gar nicht einzuhalten die Zeit. Also das (nicht verständlich) einen erhöhten Zeitaufwand beeinflusst. Ne?“ (Amb 2 02122015 Abschnitt 44).

Hier bezog sie sich auf die präskriptiven Vorgaben des (damaligen) Rahmenvertrages der Pflegekassen in Niedersachsen. Die in dem darauf aufbauenden Pflegekatalog genannten Leistungspunkte wurden in ihrer Perspektive als Zeitvorgabe aufgefasst. Diese wären jedoch in der interaktionsintensiven Versorgungsrealität von Menschen mit ausgeprägter Pflegebedürftigkeit nicht umsetzbar gewesen. In diesem Sinne kritisierte sie an dieser Vorgabe, dass sie den mit der Versorgung verbundenen erhöhten Zeitaufwand nicht berücksichtigen würde.

Umgang mit Störungen

Die letzte Hauptkategorie bezog sich auf den Umgang mit Störungen. Es gab hierzu nur wenige zuordnungsbare Aussagen der interviewten Pflegepersonen. Vermutlich lag es an dem beständigen Funktionieren der in der Pflege. Dennoch lässt sich beispielhaft aufzeigen, wie die Interviewten mit den Störungen umgehen mussten. Im Falle eines Störungsfalles musste primär improvisiert werden, wie am Beispiel aus der ambulanten Pflege beim Ausfall eines Badewannenlifters deutlich wird (Heitmann-Möller 2022:147f):

„Weil sie wird einmal wöchentlich gebadet. (hustet) Und dann ging es nicht mehr hoch. Und sie hat auch kein, keine Rutschmatte in der Badewanne. Weil, wenn sie stellt sich auch nicht hin in der Badewanne. Und wenn sie, ja war auch gottseidank gut beweglich. Ich glaube ich hatte da auch mehr zu kämpfen gehabt, die Patientin zu beruhigen. [...] Habe die Frau, die Patientin, erstmal beruhigt und ausprobiert. Und habe da eine Lösung gesucht, wie ich sie da am Besten rausbekommen kann, ohne dass da was passiert. Wie ein Sturz oder wie auch immer. Legt man halt ein Handtuch unten, also ich hab da ein Handtuch unten reingelegt, Wasser rausgelassen (Handy der Interviewten läutet). Und ihr dabei geholfen halt aufzustehen. [...] Und dann wurde der Badewannenlifter umgehendst ausgewechselt. [...]“ (Amb 1 16072015 Abschnitt 53)

Der Ausfall des Badewannenlifters verursachte bei der betroffenen Patientin große Angst. Diese musste von der Pflegeperson emotional aufgefangen werden. In der Interaktionssituation bewertete sie die Angst der Betroffenen als stärkere Herausforderung als der Ausfall des Badewannenlifters. Im Zentrum ihrer Bemühungen stand die Improvisierung einer Art Badewannenmatte, um gleichzeitig den möglichen Sturz der Patientin vorzubeugen. Als Ersatz kam dann ein Handtuch zum Einsatz, wobei das Wasser aus der Badewanne entfernt worden ist. Die Pflegeperson half ihr, auch womöglich aufgrund der nicht vollständig gegebenen Rutschfestigkeit der „Ersatzmatte“, beim Aufstehen. In der Aufar-

beitung dieses Ereignisses erfolgte dann anschließend die Neubestellung eines Badewannenlifters bei einem Hilfsmittelversorger.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse weisen methodisch-bedingte Limitationen auf: Zum einen bestanden Selektionseffekte aufgrund des ethnografischen Zugangs zur pflegerischen Versorgung, die nur einen auf körperbezogene Pflegeaktivitäten begrenzten Ausschnitt zeigten. Wobei hier auch die Gatekeeper-Rolle der Pflegepersonen als methodische Voraussetzung in der ethnografischen Forschung als bedingender Faktor genannt werden muss. Zum anderen stammen die interviewten Pflegepersonen aus zwei großstädtischen niedersächsischen Regionen, so dass beispielsweise Praktiken in ländlichen Settings nicht abgebildet worden sind. Ergänzen ist zudem, dass sich die Deutungen auf die Perspektiven der interviewten beruflich Pflegenden und der des Forschers auf das pflegerische Handeln beziehen. Die Perspektive der pflegerisch versorgten Personen gehörte nicht zum Untersuchungsfeld, so dass hier keine Aussagen gemacht werden können. Hier bedarf es noch weiterer Forschungsanstrengungen. Zudem wurde nicht nach den Auswirkungen der Arten der Dinge auf die Wahrnehmung der Beteiligten gefragt, so dass hier ein Forschungsdesiderat besteht. Dennoch bieten sich auf der Basis der Ergebnisse eine annäherungsweise Beschreibung der soziomateriellen Agency beruflichen pflegerischen Handelns.

In der Zusammenschau wird deutlich, dass nicht von einer isoliert zu verstehenden materiellen Agency gesprochen werden kann. Stimmige Zuschreibungen einer materiellen Handlungsträgerschaft lassen sich demnach erst durch die relationale Verschränkung der Dinge innerhalb der Leibsphäre pflegerisch versorgter Personen machen. Dieser Umstand unterstreicht die „Personengebundenheit materieller Handlungsträgerschaft in der beruflich erbrachten Pflege“ (Heitmann-Möller 2022:161), in der Dinge einen für das pflegerische Handeln grundsätzlich ermöglichenden Faktor bilden (ebd.). Dabei wird folgender Aspekt sichtbar, welcher einen Hinweis auf die Sozialisierung von Technologien (Weyer 2009) bietet. Dieser besteht in den relationalen Qualitäten der hauptsächlich leiborientierten Interaktionen in der Pflege (Heitmann-Möller 2022). Der instrumentelle Charakter der Dinge, im extremen Fall als technique interpretierbar (Barnard 2016), tritt dabei in den Hintergrund. Vielmehr ermöglichen sie die Umsetzung der Pflege als eine interaktionsintensive und empfindungsbezogene Tätigkeit (Hülsken-Giesler/Remmers 2020). Hierin besteht ein Ansatz für eine demokratische Technikentwicklung, welche den Referenzrahmen (Krings/Weinberger 2017) im demokratischen Sinne berücksichtigen hilft. Annäherungsweise definieren lässt sich die soziomaterielle Agency beruflich pflegerischen Handelns als eine individuelle und situationelle Handlungsfähigkeit unter Mitwirkung von materiellen Entitäten (vgl. Heitmann-Möller 2022). Der materielle Anteil am pflegerischen Handeln unterstreicht den pflegerischen Arbeitsaufwand sowie die Personalintensität in der Pflege (ebd.). Ausgehend von diesen Überlegungen erscheint eine stärkere Beschäftigung mit der Akteur-Netzwerk Theorie im pflegewissenschaftlichen Kontext empfehlenswert zu sein, um in transdisziplinären Forschungszusammenhängen sprachfähig zu bleiben (siehe hierzu genauer Remmers 2014).

Literatur

- Akrich, M. (2006): Die De-Skription technischer Objekte, in: Belliger, A./ Krieger, D. J. (Hrsg.): ANThology – Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie, transcript Verlag, Bielefeld, S. 408-428.
- Akrich, M./ Latour, B. (2006): Zusammenfassung einer zweckmäßigen Terminologie für die Semiotik menschlicher und nicht-menschlicher Konstellationen, in: Belliger, A./ Krieger, D. J. (Hrsg.): ANThology – Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie, transcript Verlag, Bielefeld, S. 399 – 405.
- Ammann, E.S./ van Holten, K. (2017): Mit allen Sinnen ins Feld – Teilnehmende Beobachtung als Methode, in: QuPuG 2017 4(1) S. 6-14.
- Arnold, D. (2015): Den Umgang mit „schwierigen“ Situationen aus der Sicht der Pflegenden verstehen: Praxis, Potentiale und Grenzen ethnografischer Forschung, in: Pflegewissenschaft, Fachteil, Ausgabe 9-2015, S. 458-471.
- Artner, L./ Atzl, I./ Depner, A./ Heitmann-Möller, A./ Kollewe, C. (Hrsg.): Pflegedinge. Materialitäten in Pflege und Care, transcript Verlag, Bielefeld
- Barnard, A. (2016): Radical nursing and the emergence of technique as healthcare technology, Nursing Philosophy, 17, S. 8-18.
- Ceci, C./ Pols, J./ Purkis, M. E. (2017): Privileging Practices: Manifesto for "New Nursing Studies", in: Foth, T./ Hülsken-Giesler, M./ Kreutzer, S./ Remmers, H. (Hrsg.): Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research, V&R unipress GmbH, Göttingen, S. 51-67
- Heitmann-Möller, A. (2022): Dinge und Handlungsfähigkeit in der beruflichen Pflege Identifikation soziomaterieller Aspekte als vorbereitende Begriffsarbeit im Rückgriff auf die Akteur-Netzwerk-Theorie in der Lesart Bruno Latours, Dissertation Univ. Osnabrück, <https://doi.org/10.48693/149>
- Hielscher, V./ Kirchen-Peters, S./ Sowinski, C. (2015): Technologisierung der Pflegearbeit? Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklung in der stationären und ambulanten Langzeitpflege, in: Pflege & Gesellschaft, 20. Jg. 2015, H.1, S. 5-19.
- Hülsken-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen.
- Hülsken-Giesler, M./ Depner, D. (2018): Demokratische Techniknutzung in der Pflege, oder: Kann die Pflege Mikropolitik? in: Balzer, S./ Barre, K./ Kühme, B./ von Gahlen-Hoops, W. (Hrsg.): Wege kritischen Denkens in der Pflege. Festschrift für Ulrike Greb, Mabuse-Verlag Wissenschaft, Frankfurt a.M., S. 84-100.
- Hülsken-Giesler, M. (2019): Schwerpunkt: Neue Technologien in der Pflege, in: Pflege & Gesellschaft 24- Jg. 2019 H.3, S. 195-196.
- Hülsken-Giesler, M./ Remmers, H. (2020): Robotische Systeme für die Pflege. Potenziale und Grenzen Autonomer Assistenzsysteme aus pflegewissenschaftlicher Sicht, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Osnabrück.
- Knoblauch, H. (2001): Fokussierte Ethnographie: Soziologie, Ethnologie und die neue Welle der Ethnographie, in: Sozialer Sinn 2 (2001), 1, S. 123-141.
- Krings, B. J./ Weinberger, N. (2017): Kann es technische Assistenten in der Pflege geben? Überlegungen zum Begriff der Assistenz in Pflegekontexten, in: Biniok, P./ Lettkemann, E. (Hrsg.): Assistive Gesellschaft – Multidisziplinäre Erkundungen zur Sozialform „Assistenz“, Springer VS Wiesbaden, S. 183-201.
- Kuckartz, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/ Basel.
- Latour, B. (1998): Wir sind nie modern gewesen – Versuch einer symmetrischen Anthropologie, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Latour, B. (2014): Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft 2014, Suhrkamp, Berlin, 3. Auflage.
- LeCompte, M. D./ Schensul, J. J. (2013): Analysis & Interpretation of ethnographic Data – A mixed methods Approach, AltaMiraPress, Lanham.
- Manz, U. (2015): Ein anderer Blick auf die Dinge? Von „Pflegehilfsmitteln“ zu „Partizipanden des Tuns“, in: Pflege & Gesellschaft 20. Jg. 2015 H.3, S. 213-226.
- Manzei, A. (2011): Zur gesellschaftlichen Konstruktion medizinischen Körperwissens: die elektronische Patientenakte als wirkmächtiges und handlungsrelevantes Steuerungsinstrument in der (Intensiv-)Medizin, in: Keller, R./ Meuser, M. (Hrsg.): Körperwissen, VS Verlag Wiesbaden, S. 207-228.
- Mol, A. (2010): Actor-Network Theory: sensitive terms and enduring tensions, in Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Vol. 50 no. 1, S. 253-269.
- Plessner, H. (1975): Die Stufen des Organischen und der Mensch, Walter de Gruyter, Berlin/ New York, 3. unveränderte Auflage.
- Prausa, J. (2016): Bildung und Beschäftigung in Sozial-, Erziehungs- und Pflegeberufen im Spannungsfeld von Professionalisierung und Prekarisierung, Dissertation Freie Universität Berlin, Berlin.
- Reckwitz, A. (2003): Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 32, Heft 4, August 2003, S. 282-301.
- Remmers, H. (2014): Pflegewissenschaft – Disziplinarität und Transdisziplinarität, in: Pflege & Gesellschaft 19. Jg. 2014 H.1, S. 5-17
- Remmers, H. (2018): Pflegeroboter: Analyse und Bewertung aus Sicht pflegerischen Handelns und ethischer Anforderungen, in: Bendel, O. (Hrsg.): Pflegeroboter, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 161-179.
- Roper, Janice M./Shapira, Jill (2000): Ethnography in Nursing Research, Sage Publication, Thousand Oaks/London/Neu Delhi
- Roßler, G. (2016): Der Anteil der Dinge an der Gesellschaft – Sozialität, Kognition, Netzwerke, transcript Verlag, Bielefeld.
- Sandelowski, M. (2003): Taking things seriously: studying the material culture of nursing, in: Latimer, J. (Hrsg.): Advanced Qualitative Research for Nursing, Blackwell, Oxford/ Ames/ Victoria/ Berlin, S. 185-210.
- Schrems, B. (2014): Informed consent, vulnerability and the risks of group-specific attribution, in: Nursing Ethics, 21 (7), S. 829-843.
- Schrems, B. (2017): Vulnerabilität im Kontext der Pflegeforschung. Ein Essay, in: Pflege & Gesellschaft 22 Jg. 2017 H.4, S. 308-321.
- Weyer, J. (2009): Die Kooperation menschlicher Akteure und nicht-menschlicher Agenten – Ansatzpunkte einer Soziologie hybrider Systeme, in: Berger, W./ Getzinger, G. (Hrsg.): Das Tätigsein der Dinge – Beiträge zur Handlungsträgerschaft von Technik, Profil Verlag, München/ Wien, S. 61-92.
- Wieser, M. (2012): Das Netzwerk von Bruno Latour – Die Akteur-Netzwerk-Theorie zwischen Science and Technology Studies und poststrukturalistischer Soziologie, transcript Verlag, Bielefeld.

Impressum

Herausgeber

Prof. Dr. Andreas Lauterbach

andreas.lauterbach@hpsmedia-verlag.de

Redaktion und Layout

Wiebke Münch

wiebke.muench@hpsmedia-verlag.de

Marketing und Anzeigen

Franziska Reuther

franziska.reuther@hpsmedia-verlag.de

Abo-Service

Inken Veith

Tel.: +49 (0) 6402 7082-660

Fax: +49 (0) 6402 7082-669

inken.veith@hpsmedia-verlag.de

Helpdesk

www.hpsmedia-verlag.de/helpdesk

Manuskriptzentrale

Manuskripte können unter

www.hpsmedia-verlag.de/manuskriptzentrale

eingereicht und eingesehen werden.

Wir sind 

www.hpsmedia-verlag.de

www.pflege-wissenschaft.info

www.zeitschrift-gesundheitsberufe.info

www.geschichte-der-gesundheitsberufe.info

www.lernwelten.info

www.carelit.de

Editorial Board

Univ.-Prof. Dr. Elske Ammenwerth, Prof. Dr. Britta Böckmann, Prof. Dr. Annerose Bohrer, Prof. Dr. Michael Bossle, Univ.-Prof. Dr. phil. Hermann Brandenburg, Prof. Dr. phil. Marianne Brieskorn-Zinke, Prof. Dr. Elfriede Brinker-Meyendriesch, Prof. Dr. Christa Büker, Jutta Busch, Elena Camenzind, Andrea Dobrin Schippers, Dr. Jutta Ernst, Ass.- Prof. Priv. Doz. Dr. Rer. Medic. Andre Ewers, Hedwig François-Kettner, Prof. Dr. André Fringer, MScN, Dr. phil. Gerald Gatterer, Dr. Heike Geschwindner, Prof. Dr. Constanze Giese, Prof. Markus Golla, Dr. phil. Eileen Goller, Prof. Dr. Martin Grünendahl, Prof. Dr. Margit Haas, Prof. Dr. phil. Monika Habermann, Prof. Dr. Sabine Hahn, Prof. Dr. Habil. Martina Hasseler, Roman Helbig, Univ.-Prof. MMag. Dr. Alexander Hörbst, Dr. phil. Manfred Hülsken-Giesler, Prof. Dr. Petra Knaup-Gregori, Prof. Dr. Christiane Knecht, Prof. Dr. Frauke Koppelin, Dr. Eva-Maria Krampe, Jun.-Prof. Dr. rer. medic. Gero Langer, Dr. Oliver Lauxen, Prof. Dr. phil. Jörg Lehmann, Mag. Dr. phil. Franco Mantovan, Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer, Prof. Dr. Herbert Mayer, Jun.-Prof. Dr. Sabine Metzging, Mag. Dr. Gerhard Müller, Prof. Dr. André Nienaber, Prof. Dr. M.A. Eva-Maria Panfil, Sabrina Pelz, Carola Peters, Prof. Dr. Gudrun Piechotta-Henze, Prof. Dr. Bernd Reuschenbach, Patrick Ristau, Prof. Dr. Martina Roes, Patrick Roigk, Mag. Dr. Christine Rungg, Marco Sander MSc, Prof. Dr. Astrid Schämann, Dr. rer. medic. Stefan Scheydt, Prof. Dr. Michael Schilder, Dr. Phil. Daniela Schmitz, Assoc.-Prof. MMag. Dr. Eva Schulc, PD Dr. Sc. Hum. Hanna Seidling, Prof. Dr. Renate Stemmer, Prof. Dr. Dipl.-Pflegepäd. Peter Stratmeyer, Prof. Dr. Andrea Thiekötter, Prof. Dr. habil. Claudia Wahn, Prof. Dr. Andrea Warnke, Prof. Dr. Doris Wilborn, Dr. (phil.) Hans-Jürgen Wilhelm, Prof. Dr. Rer.Cur. Maik Winter, Prof. Dr. Matthias Zündel

Datenbanken

Pflegewissenschaft ist in CareLit, CINAHL, GeroLit, CC MED – Current Contents Medizin, SCOPUS und EMBASE verschlagwortet.

Print-ISSN 1662-3029

Internet-ISSN 1664-0969

Intranet/Extranet: 35.200 Arbeitsplätze

Internet: 62.000 User monatlich

Erscheinungsweise: 6 x jährlich

Online-Archiv: <https://www.zeitschrift-pflegewissenschaft.de/intranet/suche.php>

hpsmedia GmbH

Geschäftsführer:

Dr. Andreas Lauterbach

An den Hafergärten 9

D-35410 Hungen

Geschäftsführer: Andreas Lauterbach

Vertretungsberechtigt: Dr. Andreas Lauterbach (verantwortlich i. S. v. § 55 Abs. 2 RStV)

USt.ID.nr. gemäß § 27 a Umsatzsteuergesetz: DE268903302

Registergericht: Registergericht Gießen, Registernummer: HRB 106942

Inhaltlich Verantwortlicher gemäß TMG: Dr. Andreas Lauterbach

Alle Rechte vorbehalten. Alle Inhalte (Texte, Bilder, Animationen) sowie deren Anordnung unterliegen dem Schutz des Urheberrechtsgesetzes und anderer Schutzgesetze. Die Inhalte dürfen nur im Rahmen der Schrankenbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes vorbehaltlich weiterer anwendbarer Gesetze ohne vorherige schriftliche Zustimmung der hpsmedia GmbH genutzt werden. Sollten Sie daran interessiert sein, Artikel und Grafiken zu gewerblichen Zwecken in Ihr Online-Angebot zu übernehmen, in einem Newsletter zu veröffentlichen oder nachzudrucken, setzen Sie sich bitte vorher mit uns in Verbindung. Bildquellen und Rechte: hpsmedia GmbH, Pixelio, Adobe Stock, Fotolia, Autor*innen, Privat. Fernleihe zu nicht kommerziellen Zwecken durch die Bibliotheken ist gestattet, sofern es sich nicht um einen automatisierten Austausch von Daten oder ganzen Datenbanken handelt, sondern die Fernleihe im Rahmen eines einzelfallbezogenen zu bearbeitenden Bestellvorganges erfolgt.

Verlagsanschrift

hpsmedia GmbH

An den Hafergärten 9

D-35410 Hungen



hpsmedia, Pflegewissenschaft sind Markenzeichen der hpsmedia GmbH Deutschland. Sitz der Gesellschaft: Hungen. Registergericht Gießen HRB 106942. Geschäftsführer: Andreas Lauterbach.

Ust.Id-Nr.: DE268903302



Gezielte Literaturrecherche im Gesundheitswesen



Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de