

ZQP diskurs

Das Magazin der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege

Ausgabe **2023**



Prävention in der Pflege

Titelthema → ab Seite 4

Pflegesicherheit

Prävention pflegebezogener
Schäden
→ Seite 12

Lebensende

Eine schwierige
Selbstverständlichkeit
→ Seite 26

Demenz & Gewalt

Bedeutung, Risiken
und Prävention
→ Seite 29



Prävention in der Pflege

Warum sie relevant ist und wie es um die Forschung und Umsetzung steht



Gewaltschutzkonzepte in der Pflege

Wie Schutzkonzepte zur Gewaltprävention in Pflegeeinrichtungen beitragen können

10 „Der Auftrag des ZQP hat gerade in den letzten Jahren erheblich an Relevanz gewonnen“

Ralf Suhr im Interview über den Beitrag des ZQP zur Prävention im Kontext Pflege

12 Pflegesicherheit: ein Präventionsthema

Wie es zu negativen Ereignissen in der Pflege kommen kann

15 „Mit PriO-a unterstützen wir Pflegedienste, ihre Sicherheitskultur zu stärken“

Daniela Sulmann im Interview über die Ziele des Projekts

17 Arbeitsmaterial zur Sicherheitskultur

Was das ZQP bietet, um Schulungen zum Thema durchzuführen

20 Präventive Beratung mit dem PIP

Wie Beratende präventive Beratungsbedarfe einschätzen können

26 Lebensende und Lebensmüdigkeit

Warum das Thema eine Herausforderung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sein kann

Inhalt



Klima & Pflege

Wie Pflegebedürftige und Pflegende vor Hitzeschäden geschützt werden können



Pflege auf Distanz

Wie die Situation von vielen auf Distanz Pflegenden in Deutschland aussieht

28 „... am Ende sicher aufgehoben“

Simon Eggert im Interview über Lebensmüdigkeit und Suizidprävention im Pflegekontext

29 Demenz & Gewalt

Was man über Bedeutung, Risikofaktoren und Prävention wissen sollte

32 Besuch im demenzsensiblen Krankenhaus

Wie das Diakonissenkrankenhaus Dresden sich auf Menschen mit Demenz einstellt

38 „Ganz konkret geholfen wurde uns nicht“

Katrin Markus im Interview über Anspruch und Realität von pflegenden Angehörigen

42 „Damit kann der Pflegeberuf nur gewinnen“

Jan Kottner im Interview über die Akademisierung in der Pflege



Liebe Leserinnen und

als gemeinnützige Stiftung ist das ZQP angetreten, um zur Verbesserung der Pflegequalität und insgesamt der gesundheitlichen Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen beizutragen. Dieser Auftrag hat in den letzten Jahren erheblich an Relevanz gewonnen. Und er wird sicher noch deutlich mehr an Bedeutung gewinnen – u. a. aufgrund der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und des sinkenden Pflegepotenzials. Vor diesem Hintergrund haben wir unsere Arbeit zur Prävention in der Pflege in den letzten Jahren erweitert und liefern kontinuierlich konkrete wissenschaftliche und praxisbezogene Beiträge. Auch der Leitartikel dieser Ausgabe setzt sich mit den Fragen auseinander, warum Prävention in der Pflege gerade in einer Gesellschaft des langen Lebens wie der deutschen hoch relevant ist und wie es um die Prävention in der Pflege bestellt ist. ↗ S. 04

Ein zentrales Präventionsthema ist die Pflegesicherheit. Wie es zu negativen Ereignissen in der Pflege kommen kann, was zur Verringerung von gesundheitlichen Risiken beiträgt und welche Ziele das ZQP mit dem Projekt „PriO-a“ verfolgt, darüber berichten wir in unserem Schwerpunktbeitrag. ↗ S. 12

Zur Sicherheit pflegebedürftiger Menschen trägt entscheidend bei, wie sich Pflegeorganisationen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für sicherheitskritische Probleme engagieren. Um die Entwicklung der Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege zu unterstützen, stellt das ZQP neue Arbeitsmaterialien zur Verfügung. ↗ S. 17

Wichtige Erfolgsfaktoren für eine gelingende Sicherheitskultur sind auch Maßnahmen, die aggressiven und gewaltsamen Handlungen in Pflegebeziehungen wirksam vorbeugen. Einen Beitrag dazu könnten u. a. Schutzkonzepte zur Gewaltprävention in Pflegeeinrichtungen leisten. ↗ S. 18

Insbesondere bei der Pflege von Menschen mit Demenz – egal in welchem Setting und in welcher Konstellation – kann es zu problematischen und herausfordernden Situationen kommen. Wir geben Ihnen einen Überblick zum Thema „Demenz und Gewaltprävention“. ↗ S. 29

In deutschen Krankenhäusern werden täglich viele Menschen behandelt, die neben der eigentlichen Einweisungsdiagnose von Demenz betroffen sind. Daher ist ein Baustein der Nationalen Demenzstrategie (NDS), Krankenhäuser in Deutschland demenzfreundlicher zu

Leser,



machen. Das ZQP war unterwegs und hat sich den demenzsensiblen Bereich des Diakonissenkrankenhauses in Dresden angeschaut. ↗ S. 32

Erhebliche Bedeutung in der Versorgung älterer Menschen hat das Themenfeld „Lebensende, Sterben und Tod“. Auch pflegende Angehörige sind hiermit regelmäßig konfrontiert. Das ZQP und das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) haben hierzu in einer gemeinsamen Untersuchung Daten aus 1.000 Interviews mit familial Pflegenden analysiert. ↗ S. 26

Von der Öffentlichkeit weithin unbeachtet ist die Situation von Angehörigen, die entfernt von der zu pflegenden Person leben und gleichzeitig Verantwortung für die Pflege übernehmen. Dies kann mit spezifischen Herausforderungen einhergehen, wie eine bundesweite Studie des ZQP ergab. ↗ S. 40

Außerdem haben wir für diese Ausgabe Expertinnen und Experten aus Praxis und Wissenschaft zu aktuellen Pflege Themen befragt: Katrin Markus (BAGSO) sprach mit uns darüber, welche Erfahrungen sie als pflegende Angehörige mit Unterstützungsangeboten gemacht hat. ↗ S. 38

Prof. Dr. Jan Kottner (Institutsdirektor für Klinische Pflegewissenschaft an der Charité)

berichtete über Herausforderungen und Chancen der Akademisierung in der Pflege. ↗ S. 42

Darüber hinaus erfahren Sie, inwiefern der Klimawandel pflegebedürftige Menschen und Pflegende belasten kann und welche Schutzmaßnahmen helfen können. ↗ S. 22

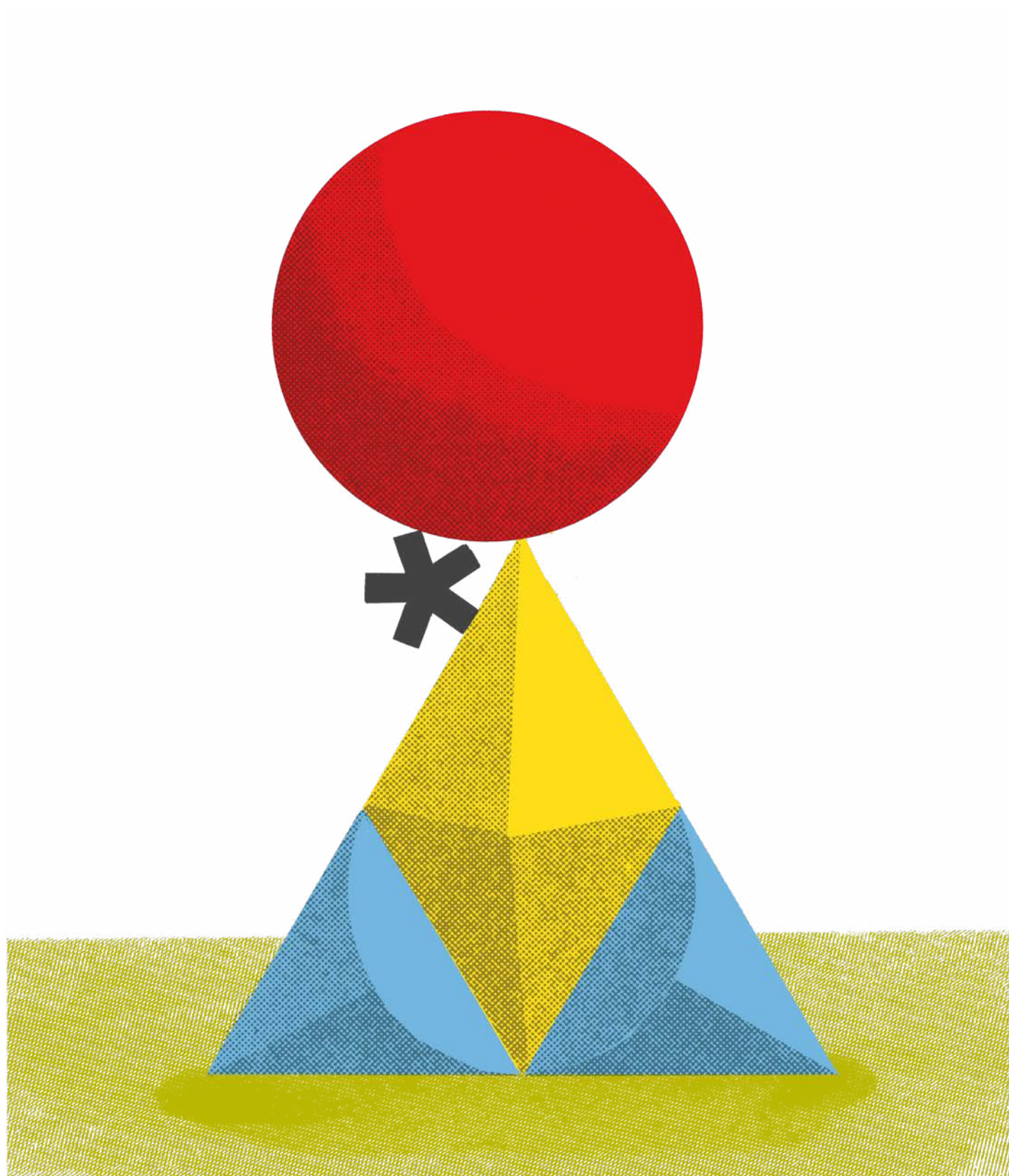
Lesen Sie auch, wie das neue, frei verfügbare PIP-Assessment des ZQP Beratungsprozesse zur Pflege unterstützen kann. ↗ S. 20

Unser Dank gilt nicht zuletzt allen, die die Stiftungsarbeit 2022 möglich gemacht haben: den ehrenamtlichen Expertinnen und Experten in Kuratorium, wissenschaftlichem Beirat und Stiftungsrat, den vielen Partnerinnen und Partnern und auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stiftung – sowie dem Stifter des ZQP, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und seinen Mitgliedsunternehmen.

Viel Freude beim Lesen wünschen Ihnen

Christa Stewens
Vorsitzende des Stiftungsrats des ZQP

PD Dr. Ralf Suhr
Vorsitzender des Vorstands des ZQP



* Prävention in der Pflege

Daniela Sulmann & Ralf Suhr

Prävention in Pflege-Settings ist nicht nur für den individuellen Gesundheitsschutz, sondern auch gesellschaftlich hochbedeutsam. Denn hierin besteht das Potenzial, den demografisch zunehmenden medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf gesellschaftlich und ökonomisch besser zu bewältigen. Auch deshalb hat das Thema Prävention im Kontext Pflege in den letzten Jahren erhöhte politische und fachliche Aufmerksamkeit erlangt. Entsprechende gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen sowie Konzepte zielen darauf ab, Inzidenz, Dauer und Schwere von Krankheit sowie Pflegebedürftigkeit zu reduzieren – und somit auch Hilfebedarfe möglichst gering zu halten. Es ist evident, dass selbst in späten Lebensphasen ältere Menschen, die bereits von Gesundheitsproblemen und Pflegebedürftigkeit betroffen sind, von diesen Maßnahmen profitieren können. Gleichzeitig zeigt ein Blick über die Pflegelandschaft in Deutschland, dass hinsichtlich des Wissens über die Wirksamkeit sowie über die nachhaltige Implementierung von Prävention in Pflege-Settings noch ein deutlicher Entwicklungsbedarf besteht.

Strategien und Konzepte, um Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden oder zu begrenzen und weiter am Lebensende zu komprimieren, sind dringender denn je gefragt. Denn der Anteil pflegebedürftiger Menschen an der Gesamtbevölkerung wird voraussichtlich erheblich steigen. Laut dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) könnten es im Jahr 2060 über sechs Millionen pflegebedürftige Menschen sein. Derzeit sind es rund fünf Millionen. Zugleich stehen der steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen zu wenige Menschen gegenüberstehen, die die Versorgung übernehmen können.

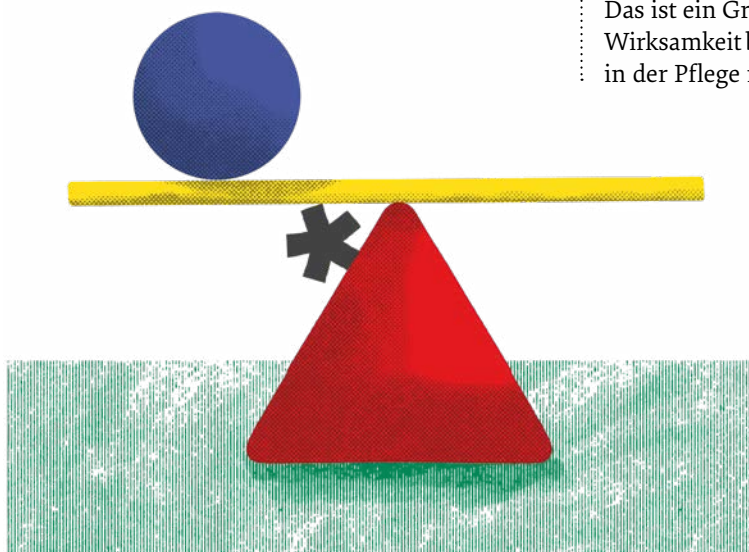
Präventive Maßnahmen haben das Potenzial, Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu verringern. Prävention in der Pflege bedeutet, gesundheitlichen Problemen bei pflegebedürftigen Menschen vorzubeugen, ihre Gesundheit zu schützen und gesundheitliche Risiken zu verringern. Dies ist eng mit Gesundheitsförderung verknüpft, was umfasst, über eine gesunde Lebensweise zu informieren, gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen, das Wohlbefinden zu stärken und die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern.

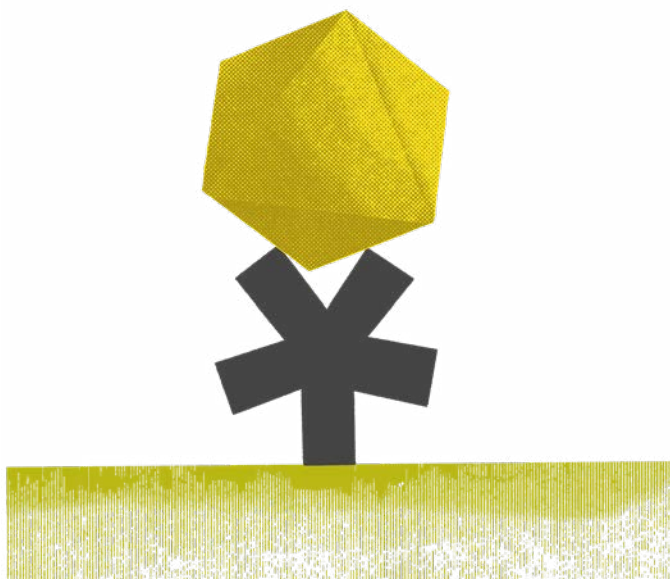
So soll möglichst verhindert werden, dass Krankheiten entstehen oder sich verschlimmern, Pflegebedürftigkeit auftritt oder fortschreitet. Dies kann zudem dazu beitragen, häusliche Pflegesituationen zu stabilisieren und die Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen zu reduzieren. Stationäre Aufnahmen – sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeeinrichtungen – könnten vielfach verhindert werden. So sind z. B. Inkontinenz, Stürze und Demenz häufige Gründe für den Übergang in eine stationäre Einrichtung.

Allerdings stehen die Verbreitung und Verstärkung von Prävention in Pflege-Settings noch am Anfang, wie u. a. die Zahlen im letzten Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) zeigen. Bisherige Initiativen und Projekte im Pflegekontext zielen fast ausschließlich auf den stationären Bereich. Dabei bestehen gerade im ambulanten Pflege-Setting erhebliche präventive Potenziale. So wird das präventive Potenzial bei Menschen bis Pflegegrad 3, d. h. bei knapp 90 Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen, sowie bei Menschen mit noch nicht erheblichen kognitiven Einschränkungen am höchsten eingeschätzt – das heißt z. B. höher als bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen, die einen hohen Pflegebedarf aufweisen. Als Bereiche mit erheblichen präventiven Potenzialen gelten hierbei u. a. Mobilität, Medikation, Hygiene, Inkontinenz, Ernährung, Kognition und soziale Teilhabe sowie konfliktäre Pflegebeziehungen.

Forschung zu Prävention im Kontext Pflegebedürftigkeit

Wodurch Gesundheitsproblemen vorbeugt werden kann, wird fortwährend erforscht. Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen ist u. a., wie wirksam bestimmte präventive Maßnahmen bei bestimmten Personengruppen sind. Ein Teil dieser Forschung beschäftigt sich auch damit, welche präventiven Maßnahmen gerade für ältere und pflegebedürftige Menschen geeignet sind. Die Mehrzahl dieser Studien ist medizinisch und pharmazeutisch ausgerichtet. Ein weitaus kleinerer Teil der Wissenschaft befasst sich mit pflegerischer Prävention. Das ist ein Grund dafür, dass der Wissensstand zur Wirksamkeit bzw. Eignung präventiver Maßnahmen in der Pflege noch verbesserungsbedürftig ist. Auf-





schluss über den Wissensstand zu erforschten präventiven Interventionen in der Pflege gibt beispielsweise die wissenschaftliche Datenbank des ZQP.

Gleichzeitig bestehen bei der pflegerischen Präventionsforschung verschiedene Herausforderungen: So sind Determinanten der Gesundheit gerade bei älteren pflegebedürftigen Menschen komplex. Denn neben festen Faktoren, wie genetische Disposition, Alter und Geschlecht, wirkt eine ganze Reihe von variablen Aspekten auf den Gesundheitszustand ein: das Gesundheitsverhalten, die körperlichen und geistigen Ressourcen, die soziale Situation sowie die medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung. Dabei sind sowohl in der häuslichen als auch im Bereich der stationären Versorgung meist mehrere Personen und Berufsgruppen eingebunden. Ob und wie eine ganz bestimmte pflegerische Maßnahme präventiv gewirkt hat, ist daher in vielen Fällen nicht sicher zu belegen.

Hinzu kommt, dass viele Studien ein eng abgestecktes Feld untersuchen: Sie betrachten beispielsweise eine genau festgelegte Intervention bei Menschen mit einer bestimmten Erkrankung in einem eng umgrenzten Setting. Das macht es zum einen schwierig, den Erhalt von Gesundheit und von Fähigkeiten eindeutig auf eine bestimmte pflegerisch-präventive Maßnahme zurückzuführen. Zum anderen lässt sich dann nicht oder nur sehr bedingt verallgemeinern bzw. auf andere Umstände übertragen, was in dieser speziellen Situation wirksam oder unwirksam war.

Eine weitere Herausforderung liegt darin, ältere und pflegebedürftige Menschen für eine Studienteilnahme zu gewinnen. In Pflegeheimen zu rekrutieren, bedeutet zudem nicht nur die Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch die Einrichtungsleitung sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von einer Studienteilnahme zu überzeugen. Knappe zeitliche Ressourcen können dies erheblich erschwe-

ren. Außerdem werden an die Entscheidung, wer an Studien teilnehmen darf, strenge ethische Anforderungen gestellt. Körperlich oder kognitiv stark eingeschränkte Menschen zählen zur besonders verletzlichen Personengruppe und kommen deshalb seltener als Probandinnen und Probanden infrage als gesündere Menschen. Nicht zuletzt sind repräsentative, belastbare Studien mit hohem Aufwand und hohen Kosten verbunden und können auch deswegen nicht immer realisiert werden. Daher ist die Anzahl an Studien mit hoher Studiengüte, Aussagekraft sowie Übertragbarkeit überschaubar.

Wirksamkeit pflegerischer Präventionsmaßnahmen

Wenngleich weiterer Forschungsbedarf zur Prävention in der Pflege deutlich ist: Vorhandene Studien und Erfahrungen zeigen, dass präventive Maßnahmen bis ins hohe Alter nützlich sind. Z. B. gibt es Nachweise über die Wirksamkeit bestimmter zielgerichteter Bewegungs- und Koordinationsübungen bei pflegebedürftigen Menschen, etwa zur Förderung der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Stürzen. Bewegungsübungen im Alltag können sich zudem günstig auf kognitive Fähigkeiten auswirken. Auch zeigen einige Studien in Bezug auf Ernährung sowie soziale Kontakte positiven Einfluss auf die Gesundheit im Alter. Vor allem scheint sich die Kombination verschiedener präventiver Maßnahmen positiv auf die körperlichen und geistigen Fähigkeiten auszuwirken. Welche im Einzelnen geeignet sind, muss individuell und unter Berücksichtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, aber auch der Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person ermittelt werden. Zudem weist eine aktuelle Studienauswertung darauf hin, dass der Identifizierung individueller Risiken und Ressourcen hohe Relevanz zukommt, um präventive Maßnahmen wirksam einzusetzen.

Letztlich sind gesundheitsfördernde und präventive Interventionen in der Regel vor allem dann wirksam, wenn sie langfristig in den Alltag integriert werden. Dafür müssen sie so angelegt sein, dass sie praktikabel und akzeptabel sind.

Konzeptionelle Ansätze

Verhaltens- und Verhältnisprävention stellen konzeptionelle Ansätze dar, um gesundheitliche Risiken von Bevölkerungsgruppen, wie beispielsweise pflegebedürftigen Menschen, zu verringern, ihre Gesundheit zu schützen und das Fortschreiten von Pflegebedürftigkeit zu verlangsamen. Verhaltensprävention zielt auf die Einsicht und Motivation von Menschen zu einer gesundheitsförderlichen und krankheitsvermeidenden Lebensweise bzw. Verhaltensentscheidung. Durch edukative Ansätze sollen die Gesundheitskompetenz verbessert und präventive Angebote genutzt werden. Dies geschieht beispielsweise durch Information und Aufklärung, Beratung und Schulung. Bei der Verhältnisprävention werden Strukturen und Umgebungsfaktoren, wie das Wohnumfeld oder Zugangsmöglichkeiten, verändert, um die Entstehung von Gesundheitsproblemen möglichst zu vermeiden.

Je nach Präventionszielen und Zielgruppen setzen Maßnahmen beim Verhalten des einzelnen Menschen oder bei der Gestaltung der Lebensumgebung bzw. -umstände an. Die Verbindung von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen, auch Setting- oder Lebenswelt-Ansatz genannt, gilt bereits seit Jahren als State-of-the-Art-Konzept der Gesundheitswissenschaft. Hierbei sind die präventiven Maßnahmen sowohl auf das Verhalten als auch auf die Verhältnisse ausgerichtet. Kernaspekte des Lebenswelt-Ansatzes sind, die Menschen in ihrer Lebenswelt zu erreichen, z. B. in der Kommune, am Arbeitsplatz oder auch in einer Pflegeeinrichtung, die Zielgruppe einzubeziehen (Partizipation) und ihre Eigenverantwortung zu stärken (Empowerment). Lebensweltbezogene Prävention umfasst Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung.

Dazu gehört es u. a. auch, gesundheitliche Risiken pflegebedürftiger Menschen im Rahmen der professionellen Pflege zu verringern und sie vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren, beispielsweise bei der Medikation, Ernährung und Beweglichkeit. Auch Unfallverhütung sowie die Vermeidung von Infektionskrankheiten und Pflegefehlern sind zentrale Aspekte von Prävention. Zudem sind Risiken für die psychische und physische Gesundheit zu verringern, indem pflegebedürftige Menschen vor Gewalt geschützt werden.

Implementierung in Pflege-Settings

Vielversprechend zur Implementierung verhaltens- und verhältnispräventiver Präventionsmaßnahmen ist die Vorgehensweise der partizipativen Organisationsentwicklung. Hierbei werden alle Beteiligten in der Organisation in Planungs- und Umsetzungsprozesse einbezogen, um Bedarfsgerechtigkeit, Akzeptanz, Motivation und damit nachhaltige Verankerung zu erzielen. Dazu sind Gesundheitsrisiken, Ressourcen, Bedarfe sowie Ziele im Setting zu ermitteln und ein Prozess organisationsbezogener Veränderungen zu unterstützen.

Auch der Leitfaden für Prävention des GKV-Spitzenverbands stellt die Bedeutung direkter und kontinuierlicher Beteiligung der Betroffenen und Verantwortlichen heraus. Demnach gilt es, Gesundheitsrisiken in der Lebenswelt zu ermitteln und einen Prozess organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Hierzu sollten Interventionen, die sowohl auf die Rahmenbedingungen im Setting als auch auf das individuelle gesundheitsbezogene Verhalten gerichtet sind, verknüpft werden. Prozesse sollen entsprechend dem als Lernzyklus konzipierten „Gesundheitsförderungsprozess“ umgesetzt werden, um langfristig Effekte zu erzielen.

Ein zentraler Aspekt von Prävention ist die organisationale Gesundheitskompetenz. Das bedeutet, dass Organisationen die Menschen unterstützen und es ihnen erleichtern, auf ihre Gesundheit achten zu können. Für die Ermittlung und Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz in der Pflege könnten vorhandene Instrumente genutzt oder adaptiert werden, wie das „Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen“ oder das „QualiPEP-Handbuch – Für stationäre Pflegeeinrichtungen“.

Der Setting-Ansatz hat in Deutschland auch politische und sozialrechtliche Relevanz. Gemäß dem Präventionsgesetz fördern die Krankenkassen mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prä-

vention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Lebenswelten sind hierbei definiert als für die Gesundheit bedeutsame abgrenzbare soziale Systeme – insbesondere des Wohnens, des Lernens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung (§ 20a Absatz 1 SGB V). Um eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben (§§ 20d, 20e SGB V), wurde die Nationale Präventionskonferenz eingeführt. Der Präventionsbericht beschreibt u. a. die Leistungen, die die an der NPK beteiligten Institutionen zur Prävention in Lebenswelten erbringen.

Fazit

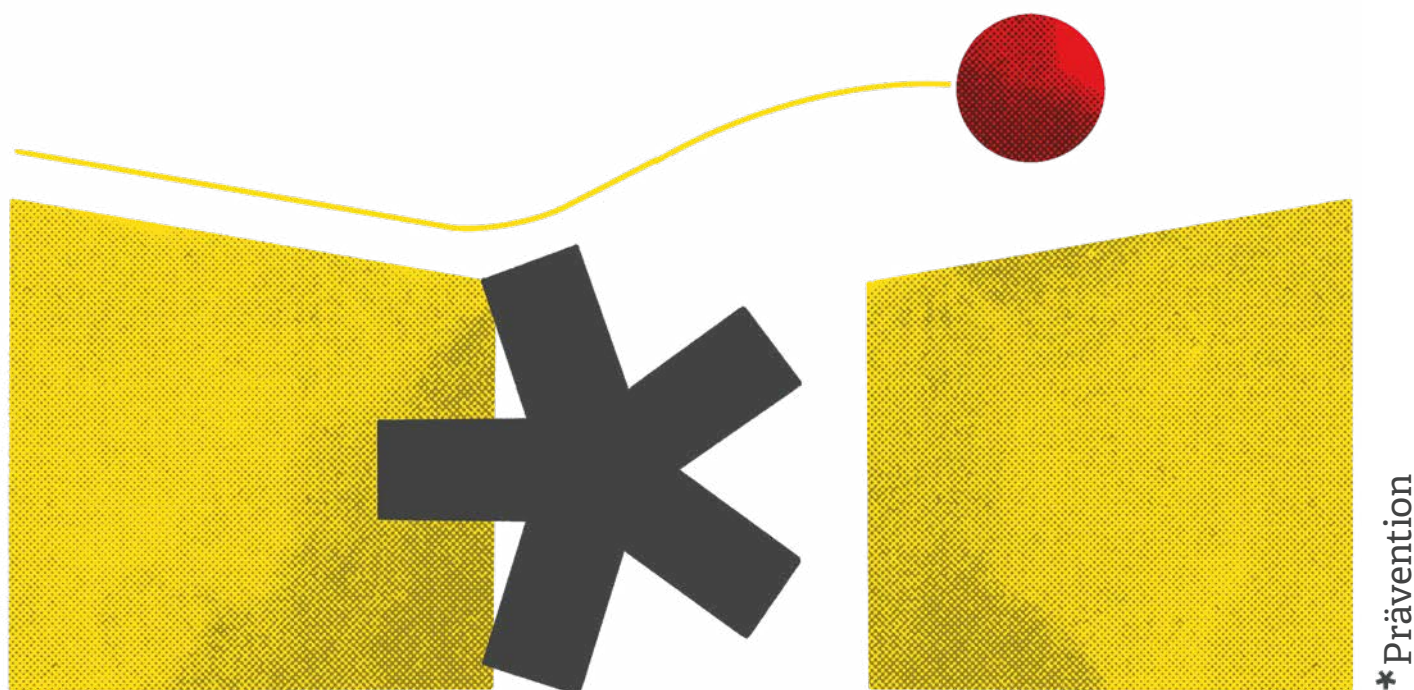
Strategien, um Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden oder zu begrenzen und weiter am Lebensende zu komprimieren, sind nicht nur individuell, sondern vor dem Hintergrund steigender Pflegebedarfe in der Bevölkerung auch gesellschaftlich hochrelevant. Allerdings ist der Wissensstand zur Verbreitung, Umsetzung und Eignung präventiver Maßnahmen in Pflege-Settings verbesserungsbedürftig. Zudem fokussieren bisherige Maßnahmen und Projekte in Deutschland ganz überwiegend auf das stationäre und kaum auf das hochrelevante ambulante Pflege-Setting, in dem aber erhebliche Präven-

tionspotenziale bestehen. Dabei scheint das Thema Bewegungsförderung gegenüber weiteren pflege-relevanten Präventionsthemen, wie etwa Medikation, Hygiene und Pflegesicherheit, zu dominieren. Zur nachhaltigen und wirksamen Umsetzung von Prävention ist die Verbindung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen entsprechend dem Setting-Ansatz vielversprechend.

Vor diesem Hintergrund bedarf es konzentrierter Maßnahmen, um Wissen über Wirksamkeit sowie nachhaltige Implementierung von Prävention in Pflege-Settings zu generieren. Dies gilt insbesondere für Strategien und Konzepte, um Pflegebedürftigkeit zu begrenzen. ◀



Literaturübersicht



Prävention im Kontext professioneller und informeller Langzeitpflege ist ein zentraler Arbeitsschwerpunkt des ZQP. Im Interview spricht der Vorstandsvorsitzende, PD Dr. Ralf Suhr, über die Relevanz des Themas und den Beitrag der Stiftung.



Herr Dr. Suhr, bei dem Begriff Prävention denken wohl die meisten an Kita, Schule oder Arbeitsplatz. Was hat denn eigentlich Prävention mit Pflege zu tun?

Sehr viel sogar! Viele verbinden das Präventionsthema vielleicht vor allem mit jüngeren, eher gesunden Menschen – und wahrscheinlich weniger mit Pflegebedürftigkeit. Aber Gesundheitsförderung und Prävention sind über die gesamte Lebensspanne bedeutsam. Prävention hat das Potenzial, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder das Fortschreiten hinauszuzögern. Und das ist gerade heute, in unserer Gesellschaft des langen Lebens, bedeutsamer denn je. Heute leben bereits etwa fünf Millionen pflegebedürftige Menschen hierzulande. Menschen mit einem hohen Risiko für Pflegebedürftigkeit oder mit ausgeprägtem Pflegebedarf stellen also eine äußerst

relevante Gruppe im Gesundheitssystem dar. Dies gilt auch für die in die Versorgung eingebundenen Angehörigen. Sie sind gesundheitlich teilweise besonders belastet. Nicht zuletzt daher ist eine gesundheitsfördernde, präventive Pflege ein zentraler Qualitätsaspekt der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Welche Rolle hat das ZQP aus Ihrer Sicht hierbei?

Der Auftrag des ZQP ist es, zur Verbesserung der Pflegequalität und insgesamt der gesundheitlichen Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen beizutragen. Dieser Auftrag hat in den letzten Jahren erheblich an Relevanz gewonnen. Und er wird sicher noch deutlich mehr an Bedeutung gewinnen – denn die Zahl insbesondere hochaltriger Menschen mit erheblichen Gesundheitsproblemen wird weiter steigen, die Ressourcen zu deren Versorgung werden im Verhältnis dazu absehbar knapper werden. Instrumente und Konzepte, um Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden oder zu begrenzen und Phasen von Pflegebedürftigkeit gut zu gestalten, sind dringender denn je gefragt. Genau hieran arbeitet das ZQP – und liefert konkrete wissenschaftliche und praxisbezogene Beiträge. Das ist unsere Rolle. Und diese Rolle haben wir gerade in den letzten Jahren immer stärker angenommen und dabei auch den Ansatz unserer Präventionsarbeit erweitert.

„Wir haben unsere gesamten Stiftungsaktivitäten ganzheitlich auf das Arbeitsfeld Prävention ausgerichtet.“

„Der Auftrag des ZQP hat gerade in den letzten Jahren erheblich an Relevanz gewonnen“

Was ist denn der Ansatz der Präventionsarbeit des ZQP?

Wir haben unsere Stiftungsaktivitäten ganzheitlich auf das Arbeitsfeld Prävention in Bezug auf ältere pflegebedürftige Menschen ausgerichtet. Ganzheitlich ist vielleicht für manche ein wolkiger Begriff. Gemeint ist, dass das ZQP das Thema „Prävention in der Pflege“ multidimensional angeht, mit unterschiedlichen Methoden und Instrumenten, die auf unterschiedliche Bereiche und Ebenen zielen. Wir setzen dabei seit ein paar Jahren verstärkt auf die Verbindung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf dem häuslich-ambulantem Pflege-Setting, das stationäre Setting wird jedoch auch von uns adressiert.

Und wie geht die Stiftung dabei vor?

Indem wir Kompetenzentwicklung und Strukturaufbau für Prävention in Pflege-Settings unterstützen – und zwar dauerhaft. Dabei werden die Kernaspekte des Lebenswelt- bzw. Setting-Ansatzes berücksichtigt: Partizipation, Empowerment und Nachhaltigkeit. Die Basis dafür bildet die Expertise des ZQP. Die Stiftung ist interdisziplinär ausgerichtet und arbeitet mit einem Team multiprofessioneller Fachleute. Diese interne Expertise ist mit einem eng geknüpften, institutionalisierten und kontinuierlich weiterentwickelten bundesweiten Netzwerk aus Wissenschaft, Praxis und Politik gekoppelt.

Und was macht das ZQP konkret für den Praxistransfer?

Vor allem eins: Nämlich für die Praxis direkt nutzbare Materialien und Instrumente bereitstellen und die Praxis unterstützen. Das heißt zum Beispiel, dass wir pflegerelevantes Wissen zielgruppengerecht aufbereiten und in multimedialen Online-Formaten sowie als Print-Angebote zu Verfügung stellen. Mit Schulungs- und Informationsmaterialien sowie der Durchführung von Schulungen trägt das ZQP zur Befähigung von Pflegeorganisationen und von professionell Pflegenden, pflegenden Angehörigen sowie pflegebedürftigen Menschen bei, eine präventive und sichere Pflege eigenverantwortlich umzusetzen. Dazu bieten wir

außerdem Screenings und Assessments für die professionelle Beratung und Online-Rechercheinstrumente an. Bei der Unterstützung von Organisationen wird der Ansatz der partizipativen Organisationsentwicklung verfolgt. In entsprechenden Praxisprojekten wird die Systematik bzw. Vorgehensweise des im GKV-Leitfaden Prävention beschriebenen „Gesundheitsförderungsprozesses“ berücksichtigt.

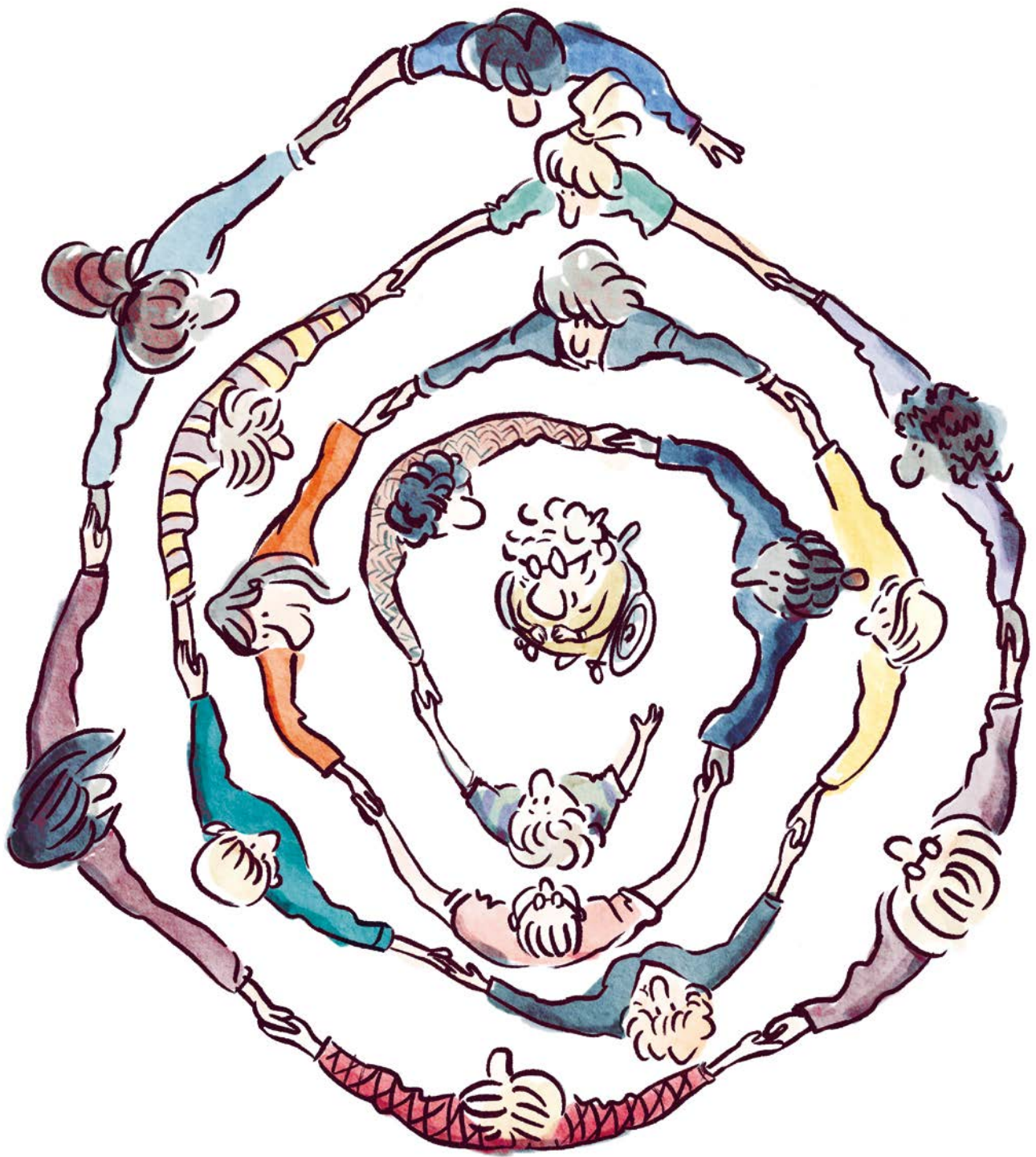
Das ZQP forscht ja auch zur Prävention in der Pflege.

Können Sie uns hierfür Beispiele geben?

Natürlich. Unsere Forschungsarbeit ist anwendungsorientiert. Sie zielt darauf ab, Herausforderungen und Zusammenhänge rund um den Themenkomplex „Pflegebedürftigkeit und Pflege“ besser zu verstehen – etwa individuelle und strukturelle Präventionsdimensionen sowie die Vielfalt an unter anderem biologischen, psychologischen und Einflussfaktoren, die auf den Erhalt und die Förderung der gesundheitlichen Ressourcen älterer pflegebedürftiger Menschen wirken. Insbesondere erforschen wir, wie pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen gesundheitlich besser unterstützt werden können. Wir führen zum Beispiel Studien durch zur Wirksamkeit präventiver Interventionen in der Pflege, zur Gewaltprävention, zur Pflegesicherheit sowie zur Sicherheitskultur in der professionellen Pflege.

Wie würden Sie den Beitrag des ZQP zur Prävention in der Pflege zusammenfassen?

Derzeit ist das ZQP vermutlich deutschlandweit die einzige bundesweit tätige Institution, die zum Thema „Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit“ ganzheitlich, wissenschaftlich und praxisbezogen arbeitet. Das ZQP erforscht das Thema, klärt dazu auf, erarbeitet Instrumente für den Praxistransfer und realisiert deren Dissemination. Zudem stellt das ZQP frei zugängliche und werbefreie Informations- und Schulungsangebote bereit und unterstützt Organisationen unmittelbar bei der nachhaltigen Implementierung präventiver Strukturen. Insofern könnte man das ZQP durchaus auch als Präventionsstiftung für die Pflege bezeichnen. ➡



Pflegesicherheit: ein Präventionsthema

Daniela Sulmann

Professionelle Pflege dient u. a. der sicheren Versorgung und dem Gesundheitsschutz der Menschen, die sie in Anspruch nehmen. Dabei birgt sie selbst auch Gefahren für die pflegebedürftige Person – insbesondere dann, wenn sie nicht so ist, wie sie sein sollte. Pflegesicherheit ist daher auch ein wichtiges Präventionsthema.

Prävention ist eine zentrale Aufgabe der professionellen Pflege. Laut der Nationalen Präventionskonferenz umfasst Prävention die Förderung von Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe. Dazu gehört u. a., gesundheitliche Risiken bei Patientinnen und Patienten bzw. pflegebedürftigen Menschen im Rahmen der professionellen Pflege zu verringern und sie vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren. Pflegebezogene Risiken liegen beispielsweise bei der Medikation, der Körperpflege, der Wundversorgung, der Mobilisation oder beim Umgang mit Hilfsmitteln. Auch Gewaltvorkommnisse stellen ein Gesundheitsrisiko dar. Ist die Pflege nicht so, wie sie aus fachlicher Sicht sein sollte, und die Pflegesicherheit dementsprechend gering, kann das unterschiedliche individuelle und strukturelle bzw. systembedingte Gründe haben. Negative Folgen können gesundheitliche Schäden bei Patientinnen und Patienten bzw. pflegebedürftigen Menschen sowie Frustration und Schuldgefühle bei den Pflegenden sein.

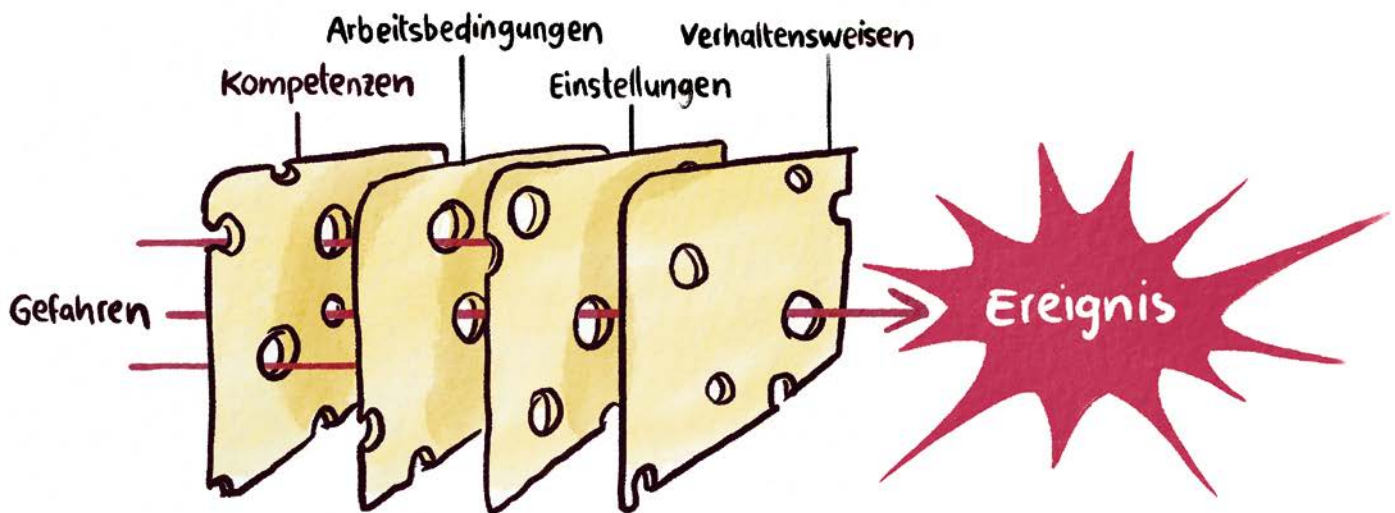
Wie es zu negativen Ereignissen kommen kann, veranschaulicht das „Schweizer-Käse-Modell“. Die Käsescheiben stellen beispielhafte Einflussebenen dar, die Barrieren zum Schutz vor negativen Ereignissen bilden. Die Löcher stehen für Schwachpunkte, die als Risiken für negative Ereignisse gelten. Wenn mehrere Käsescheiben an derselben Stelle ein Loch haben, kommt es leicht zu einem negativen Ereignis. Je weniger Löcher bzw. Schwachpunkte es gibt, umso stärker ist der Schutz vor Ereignissen.

Die Pflegesicherheit ist daher auch ein hochrelevantes Präventionsthema. Unter Pflegesicherheit zu verstehen ist das Ergebnis aller Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftige Menschen vor gesundheitlichen Schäden zu schützen, die durch die Pflege entstehen können.

Zur Verringerung von gesundheitlichen Risiken in der professionellen Versorgung trägt die Sicherheitskultur in Organisationen bei. Sicherheitskultur wird auch als die Gesamtheit von Eigenschaften und Haltungen von Organisationen und Personen verstanden, die dafür sorgen, dass der Sicherheit mit vorrangiger Priorität hohe Aufmerksamkeit gewidmet wird. Sie ist die Art und Weise, wie sich die Organisation und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für sicherheitskritische Probleme engagieren. Im Fokus der Sicherheitskultur in der Pflege steht die Pflegesicherheit.

Wichtige Voraussetzungen für eine positive Sicherheitskultur sind u. a. das Wissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Sicherheitsrisiken sowie Kompetenzen zu deren Reduzierung, eine offene Kommunikation und der Einsatz von Instrumenten, die Lerneffekte fördern, wie z. B. digitale Berichts- und Lernsysteme (Critical Incident Reporting Systems, CIRS). Ziel hiervon ist, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter negative Ereignisse anonym melden und daraus Maßnahmen abgeleitet werden, um solche Ereignisse in Zukunft zu vermeiden. Aber auch das Wissen von Patientinnen und Patienten, pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen über gesundheitliche Risiken sowie ihre Motivation

Wie es zu negativen
Ereignissen kommen
kann, veranschaulicht das
„Schweizer-Käse-Modell“.




Schweizer-Käse-Modell systemischer Fehler nach J. Reason (2000); teilweise modifiziert vom ZQP

und Kompetenz, diese durch das eigene Verhalten zu minimieren, haben erheblichen Einfluss auf die Pflegesicherheit. Beispiele sind die Einhaltung von Hygieneregeln, der richtige Umgang mit Medikamenten, Sturzprophylaxe, gesundheitsfördernde Ernährung, Stressreduktion und Konfliktlösung. Pflegefachpersonen kommt diesbezüglich eine wichtige Rolle zur Förderung der gesundheitlichen Kompetenz zu – etwa im Rahmen pflegerischer Beratung, Schulung und Anleitung. Besondere Verantwortung für die Etablierung und Aufrechterhaltung der Sicherheitskultur haben Leitungspersonen – u. a. durch beispielgebendes Verhalten.

Jedoch ist Sicherheitskultur in der Pflege in Deutschland kaum etabliert. Ein Grund könnte sein, dass der Fachdiskurs um Sicherheitskultur bisher von der medizinischen Sichtweise geprägt ist – und in Deutschland zudem erst etwa seit den 2000er-Jahren wahrgenommen wird. Hinsichtlich aktueller Entwicklungen ist die Veröffentlichung des nationalen Gesundheitsziels Patientensicherheit zu nennen, das im Rahmen der interdisziplinären Initiative gesundheitsziele.de erarbeitet wurde. Hierbei wird die hohe Bedeutung der Sicherheitskultur in der Patientenversorgung, einschließlich der Pflege, herausgestellt. Des Weiteren ist in diesem Kontext die Konzertierte Aktion Pflege der Bundesregierung relevant. Laut deren Vereinbarungen von 2020 ist in allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (und Krankenhäusern) eine „moderne und wertschätzende Fehler- und Lernkultur zu etablieren“. Unter anderem ist hierzu ein zentrales Online-Meldesystem für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen einzurichten. Allerdings gibt es keine konkreten gesetzlichen Anforderungen zur Implementierung von

Sicherheitskultur oder entsprechenden Instrumenten für Pflege-Settings. Entscheidend für die Realisierung wird daher in besonderem Maße ein Vorgehen sein, das Akzeptanz und Motivation in den Organisationen erreichen kann.

Erfolg versprechend ist die Implementierung von Sicherheitskultur und entsprechenden Instrumenten zur Stärkung der Pflegesicherheit in Pflegeeinrichtungen im Rahmen partizipativer Organisationsentwicklung. Leitungspersonen sollten den Weg durch Motivation, Initiative und Unterstützung ebnen. Für eine wirksame und nachhaltige Entwicklung von Sicherheitskultur ist die Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, zu versorgenden Menschen, Angehörigen und weiteren an der Organisation Mitwirkenden relevant. Konkrete Ziele und Maßnahmen sollten auf Basis einer systematischen Bestandsanalyse zur Sicherheitskultur festgelegt werden. Zudem sind Schulungen zu dem Thema sowie klare Handlungsrichtlinien in den Organisationen wichtig.

Sensibilisierung, Aufklärung und Kompetenzentwicklung sind also wichtige Voraussetzungen für Sicherheitskultur. Das ZQP will mit seiner Arbeit dazu beitragen, die Sicherheitskultur in der Pflege zu stärken. Darum führt die Stiftung seit einigen Jahren verschiedene Projekte hierzu durch. Jüngst wurde der Studienbericht über Instrumente zur Stärkung von Sicherheitskultur in der Pflege veröffentlicht. Zudem hat das ZQP Arbeitsmaterial zur Sicherheitskultur für die ambulante Pflege entwickelt (mehr dazu auf Seite 17). Und aktuell setzt die Stiftung das bundesweite Praxisprojekt „PriO-a“ um (mehr dazu ab Seite 15). 

„Mit PriO-a unterstützen wir Pflegedienste, ihre Sicherheitskultur zu stärken“

Daniela Sulmann ist Geschäftsleiterin und Pflegeexpertin im ZQP. Sie setzt sich u. a. für das Thema Pflegesicherheit ein. Im Interview erläutert sie, worum es in dem ZQP-Praxisprojekt „PriO-a“ geht – und was es mit dem geplanten zentralen Berichts- und Lernsystem für die Langzeitpflege auf sich hat.

Frau Sulmann, das ZQP führt gerade das Projekt „PriO-a“ durch. Worum geht es dabei?

Mit dem Projekt wollen wir die Entwicklung von Sicherheitskultur in Pflegediensten unterstützen. Das heißt, wir wollen ihnen helfen, möglichst gut mit Risiken und kritischen Ereignissen in der Pflege umzugehen. Letztlich geht es darum, die Pflegesicherheit zu fördern, die Gesundheit der pflegebedürftigen Menschen bzw. Klientinnen und Klienten zu schützen. Und es geht darum, die Zusammenarbeit im Team zu verbessern.

Wie gehen Sie dazu vor?

Wir begleiten bundesweit 15 ganz unterschiedlich aufgestellte Pflegedienste über mehr als drei Jahre. Das ist eine Auswahl an Diensten, die sich dem Thema stellen wollen und sich deshalb für die Teilnahme beim ZQP beworben hatten. Das Vorgehen folgt dem Modell des Gesundheitsförderungsprozesses, das im GKV-Leitfaden Prävention empfohlen wird. Kernaspekte dabei sind Partizipation: die Zielgruppen einzubeziehen, Empowerment: die Zielgruppen zu stärkerer Eigenverantwortung zu befähigen sowie Nachhaltigkeit: langfristige Wirksamkeit zu erzielen. Während dieser Zeit erhalten die Dienste Schulungen, Materialien und Begleitung zur Organisationsentwicklung von uns. Letzteres schließt systematische organisationsbezogene Bestandsaufnahmen zur Sicherheitskultur mit ein.

Können auch andere Pflegeorganisationen davon profitieren?

Ja, das ist unsere Absicht. Deshalb wird im Laufe des Projekts praktisch nutzbares Material für Pflegedienste erstellt. Dieses wird auf der ZQP-Webseite frei zugänglich sein. Bereits jetzt bieten wir auf unserer Webseite

Arbeitsmaterial zur Sicherheitskultur an, das Pflegedienste für Fortbildungen oder in Qualitätszirkeln kostenfrei nutzen können. Im Projekt wird außerdem ein zentrales, frei zugängliches Berichts- und Lernsystem für die ambulante und stationäre Pflege entwickelt.

Wie wird das Berichts- und Lernsystem funktionieren?

Das Berichts- und Lernsystem wird voraussichtlich 2025 als digitale Anwendung auf der Webseite des ZQP frei zugänglich sein. Dort können freiwillig und anonym kritische Ereignisse und Fehler aus der professionellen ambulanten und stationären Pflege berichtet werden. Das System wird durch ein Team des ZQP moderiert. Dies umfasst die Beantwortung von Einträgen, fachspezifische Empfehlungen sowie die systematische Auswertung der Einträge. Wir wollen damit einrichtungsübergreifendes Lernen aus kritischen Ereignissen und Fehlern in der Pflege unterstützen.

Was sind die Herausforderungen bei der Entwicklung?

Zum einen die technische Programmierung, denn dass das System einwandfrei läuft, ist die Basis. Aber besonders anspruchsvoll erscheint es uns, das System so zu konzipieren, dass es auch in der Praxis angenommen wird. Das ist für uns momentan der zentrale Punkt. So muss die Anwendung sehr nutzerfreundlich, also zum





Beispiel niedrigschwellig im Zugang sein. Berichte müssen rasch und einfach eingetragen werden können. Die Nutzeroberfläche ist selbsterklärend und ansprechend zeitgemäß zu gestalten. Außerdem ist den Nutzerinnen und Nutzern zu vermitteln, dass sie Vertrauen in die Anonymität ihrer Einträge haben können. Und die Beantwortung der Einträge soll zügig, kurz und bündig und dennoch fundiert und praktisch hilfreich erfolgen.

Welchen Ansatz haben Sie, um eine möglichst hohe Nutzerfreundlichkeit zu erreichen?

Erster Punkt ist, dass wir Pflegedienste aus dem Projekt „PriO-a“ sowohl in die Konzeptentwicklung als auch in die Anwendungstestung einbeziehen. Zudem haben wir Expertinnen und Experten für die sogenannte User Experience eingebunden, hieran stellen wir hohe Erwartungen. Und nicht zuletzt knüpfen wir an Erfahrungen mit bisherigen CIRS-Angeboten und -Projekten an. Beispielsweise hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit eine Handlungsempfehlung für die Einrichtung und den Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS) im ambulanten Sektor herausgegeben. Wir arbeiten also intensiv daran, ein System zur Verfügung zu stellen, das so optimal wie möglich handhabbar ist und in der Praxis bestmöglich genutzt werden kann.

Wird das Vorhaben auch von anderen Organisationen mitgetragen?

Ja, und das ist ebenfalls ein vielversprechender Aspekt für das Gelingen des Berichts- und Lernsystems. An dem Projekt beteiligen sich zahlreiche Verbände, unter anderem Verbände der Pflegeanbieter, die sich in der Konzertierte Aktion Pflege verpflichtet haben, ein „Fehlermeldesystem“, also ein



Plakate aus dem Projekt „PriO-a“, © ZQP 2022

Berichts- und Lernsystem, zu etablieren. Zu den kooperierenden Verbänden gehören: AWO Bundesverband, Deutscher Caritasverband, Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung, Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege, Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband, Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege, Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Informationen zum Projekt „PriO-a“ auch auf:

➔ www.zqp.de




Arbeitsmaterial zur Sicherheitskultur

Für die Sicherheit pflegebedürftiger Menschen ist es entscheidend, wie in der Praxis mit gesundheitlichen Risiken umgegangen wird, die durch die Pflege bestehen. Maßgeblich dafür ist die Sicherheitskultur einer Einrichtung. Um deren Entwicklung in der ambulanten Pflege zu unterstützen, stellt das ZQP Arbeitsmaterial zur Verfügung.

Viele Bereiche in der ambulanten Pflege haben hohen Einfluss auf die gesundheitliche Sicherheit pflegebedürftiger Menschen. Werte, Normen, Einstellungen, Kompetenzen und Verhaltensweisen tragen entscheidend dazu bei, wie sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung für sicherheitskritische Probleme engagieren. Die Sicherheitskultur ist damit maßgeblich für die Prävention bzw. Reduktion gesundheitlicher Risiken für pflegebedürftige Menschen.

Wie Untersuchungen des ZQP zeigen, ist Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege bisher jedoch kaum etabliert. Um die Entwicklung zu unterstützen, hat das ZQP neues Arbeitsmaterial für die professionelle Pflege erarbeitet. Ziel ist es, durch Sensibilisierung, Wissensvermittlung und Reflexion die Gesundheitsrisiken pflegebedürftiger Menschen zu reduzieren und die

Zusammenarbeit im Pfltegeteam zu verbessern. Das Material vermittelt Wissen über Grundlagen, Relevanz und Potenziale von Sicherheitskultur sowie über Faktoren, die die Pflegesicherheit und die Sicherheitskultur beeinflussen. Zudem bietet das Arbeitsmaterial praxisbezogene Anregungen für sicherheitsrelevante Veränderungen auf struktureller, prozessualer und persönlicher Ebene. Dazu werden Maßnahmen und Instrumente vorgestellt, die z. B. die teaminterne Kommunikation stärken, zur Reflexion individueller Verhaltensweisen und Einstellungen anregen sowie Lerneffekte fördern. 

Das Arbeitsmaterial kann kostenlos verwendet werden und ist frei zugänglich:

➤ www.zqp.de/pflegedienst-sicherheitskultur

Gewaltschutzkonzepte in der Pflege

Carolin Oppermann & Daniela Sulmann

Schutzkonzepte sollen dazu beitragen, Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen zu vermeiden. Doch Analysen zufolge sind sie in Pflegeeinrichtungen noch eher die Ausnahme. Ein Standardkonzept gibt es nicht. Bei der Entwicklung und Implementierung kommt es darauf an, alle Akteurinnen und Akteure einer Organisation zu beteiligen.

Gewalt in Pflegeorganisationen ist ein hochrelevantes Thema, das lange Zeit tabuisiert war. Dies hat sich in den letzten Jahren teilweise verändert: Gewalt in der Pflege wird vermehrt wahr- und ernst genommen. Damit einher geht die (fach-)öffentliche Diskussion um geeignete Ansätze, mit denen Gewalt in Organisationen vorgebeugt werden kann, wie etwa organisationale Schutzkonzepte.

Das Thema Gewaltschutzkonzepte hat seinen Ursprung in der Kinder- und Jugendhilfe. Es hat sich in den letzten Jahren – wenn auch zögerlich – auf andere Handlungsfelder und entsprechende Organisationen ausgeweitet, die mit vulnerablen Personengruppen arbeiten, wie Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen oder mit Pflegebedarf. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Risiko für Gewalthandlungen in entsprechenden Einrichtungen durch organisationale Schutzkonzepte verringert werden kann. Allerdings scheint der Fachdiskurs hierüber in der Pflege noch am Anfang zu sein.

Bei Schutzkonzepten steht die organisationale Perspektive auf die Entstehung und den Umgang mit Gewalt im Vordergrund. Zum einen wird davon ausgegangen, dass in jeder Organisation ein Risiko für Gewalt besteht. Dies wird durch Machtasymmetrien zwischen den Organisationsmitgliedern – und insbesondere auch in Pflegebeziehungen – begünstigt. Diese Asymmetrien lassen



sich nicht auflösen. Sie müssen jedoch immer wieder reflektiert und gestaltet werden. Zum anderen wird Gewalt nicht allein als ein Geschehen zwischen zwei Individuen – Täter bzw. Täterin und Opfer – verstanden. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass Organisationen mit ihren Strukturen, Kulturen und Interaktionsmustern dazu beitragen, ob Gewalt entsteht oder vermieden werden kann. Es wird hierbei auch von einer Täter/Täterin-Opfer-Institutionen-Dynamik gesprochen.

Die Entwicklung und Implementierung eines Schutzkonzepts sollte als partizipativer Organisationsentwicklungsprozess erfolgen. Hierbei werden alle Beteiligten in der Organisation in Planungs- und Umsetzungsprozesse einbezogen, um Bedarfsgerechtigkeit, Akzeptanz, Motivation und damit nachhaltige Verankerung zu erzielen.

Schutzkonzepte bestehen aus vier Prozessphasen: Risiko- und Ressourcenanalyse, Präventionsmaßnahmen, Intervention und Aufarbeitung. In der Risiko- und Ressourcenanalyse geht es um einen Austausch über alltägliche Situationen, in denen das Risiko für Gewalt und Grenzverletzungen hoch ist. Ein dialogischer Prozess lässt sich über die Frage initiieren, in welchen Situationen sich die Menschen in der Organisation unwohl oder unsicher fühlen. Die Benennung derartiger Wahrnehmungen ist wichtig, da sie als Hinweise oder Signale verstanden werden müssen, dass in der Organisation entsprechende Handlungsbedarfe bestehen. Gleichzeitig dient dieser Schritt dazu, Ressourcen zu identifizieren, die für den Schutz bereits vorhanden sind. Schließlich gilt es, Maßnahmen festzulegen, wie Gewalt so gut wie möglich in der jeweiligen Organisation vermieden werden kann, wie ggf. einzuschreiten ist und wie Vorfälle aufzubereiten sind. Organisationale Gewaltschutzkonzepte sollten mindestens folgende Komponenten umfassen bzw. Bedingungen erfüllen:

- ein Leitbild, in dem die Haltung zu Gewalt ausdrücklich formuliert ist
- einen Verhaltenskodex
- regelmäßige Fort- und Weiterbildungen zur Gewaltprävention
- eine zielgruppengerechte Aufklärung über Rechte
- den Einsatz einer/eines Präventionsbeauftragten
- die Beschreibung von weiteren konkreten Maßnahmen zur Prävention von Gewalt und zum Umgang mit Vorfällen

- Partizipationsmöglichkeiten (sowohl im Alltag der Einrichtung als auch bei der [Weiter-]Entwicklung und Umsetzung des Gewaltschutzkonzepts)

Auch wenn eine Organisation einen umfangreichen Präventionsprozess angestoßen hat, ist ein vollständiger Schutz vor Gewaltvorfällen nie gegeben. Daher ist es zentral, dass Organisationen über ein standardisiertes Interventionsverfahren verfügen, das festlegt, was im Fall von (vermuteter) Gewalt zu tun ist. Die Erarbeitung eines solchen Verfahrens ist komplex. Es muss differenziert werden, ob es sich um einen Verdacht oder um einen bestätigten Fall handelt, ob ein Geschehen strafrechtlich relevant ist oder nicht. Organisationen müssen bei einem solchen Verfahren festlegen und transparent machen, wie Vorfälle dokumentiert werden, welche Datenschutzbestimmungen einzuhalten sind, wie Betroffene geschützt werden, wer eingeschaltet werden muss, darf und sollte, aber auch, wie zu Unrecht verdächtige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rehabilitiert werden.

Im Rahmen eines organisationalen Schutzkonzepts bedeutet Aufarbeitung von Vorfällen, dass organisationsinterne fallbezogene Analysen von Gewaltereignissen durchgeführt werden, aus denen konkrete Maßnahmen abgeleitet bzw. Konsequenzen gezogen werden.

Analysen zeigen, dass es eine Reihe von Pflegeeinrichtungen in Deutschland gibt, die sich mit dem Thema Gewaltprävention auseinandersetzen, hierzu spezifische Maßnahmen ergreifen oder sogar Schutzkonzepte entwickeln. Jedoch scheint die Verbreitung solcher Aktivitäten noch eher gering zu sein. Zur bundesweit verbreiteten Entwicklung und Implementierung von Gewaltschutzkonzepten in Pflegeeinrichtungen könnten wissenschaftsbasierte und zielgruppengerecht aufbereitete Handlungshilfen für die Praxis beitragen.

Aber auch die Politik ist gefordert, etwa indem eine bundesweite Präventionsallianz aus Zivilgesellschaft, staatlichen Organisationen und Fachgruppen zum Gewaltschutz im Kontext Pflegebedürftigkeit initiiert wird. Ziel sollte es hierbei sein, eine sensitive Gewaltpräventionskultur in Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens zu fördern. Hierzu sollte eine systematische Bestandsaufnahme und Analyse zu Lebensbereichen, Handlungsfeldern sowie bereits bestehenden Ansätzen und konkreten Umsetzungskonzepten für Präventionsmaßnahmen erarbeitet werden. ➡



Präventive Beratung mit dem PIP



Natalie Englert, Daniela Sulmann & Andreas Büscher

Professionelle Beratung kann entscheidenden Einfluss auf den Verlauf von Pflegebedürftigkeit und deren Bewältigung nehmen. Eine fachlich fundierte und systematische Vorgehensweise im Beratungsprozess ist State of the Art. Das neue, frei verfügbare softwarebasierte PIP-Assessment des ZQP kann dazu genutzt werden.

Das „Assessment zur Prävention und Intervention in der häuslichen Pflege“, kurz PIP-Assessment, ist ein wissenschaftlich fundiertes Instrument für die professionelle Beratung. Es kann genutzt werden, um den Beratungsprozess zu strukturieren, gesundheits- und pflegebezogene Problem- und Risikobereiche sowie entsprechende präventive Potenziale bei pflegebedürftigen Menschen zu identifizieren und die Beratung zu dokumentieren.

Wer kann das PIP-Assessment nutzen?

PIP ist für verschiedene Beratungsanlässe in der Pflege nutzbar, z. B. Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI sowie Beratungsbesuche gem. § 37 Abs. 3 SGB XI. Voraussetzung seitens der Beraterinnen und Berater sind die fachlichen, personalen sowie ggf. gesetzlich geforderten Kompetenzen für die professionelle Beratung in der Pflege. Diese sind auch im Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege beschrieben (zugänglich auf www.zqp.de). Zudem ist Wissen über präven-

tive Maßnahmen sowie deren Nutzen und Umsetzung erforderlich. Erklärt wird das Instrument in einem Leitfaden. Eine spezielle Schulung zur praktischen Anwendung des Assessments ist nicht erforderlich.

Da das PIP softwarebasiert ist, sind grundlegende digitale Kompetenzen der Nutzerinnen und Nutzer erforderlich. Des Weiteren wird ein Gerät mit einem Windows-Betriebssystem benötigt und es muss die Möglichkeit bestehen, die Software aus dem Netz herunterzuladen.

Wie wird das PIP-Assessment im Beratungsprozess eingesetzt?

Das PIP-Assessment flankiert das Beratungsgespräch. Es ermöglicht, ein offenes, vertrauensvolles Beratungsgespräch mit einem systematischen Vorgehen zu verbinden. Leitend sind die vier Phasen des Beratungsprozesses: Orientierungsphase, Klärungsphase, Veränderungsphase und Abschluss. Dabei können alle Fragen, die das Assessment umfasst, in der Abfolge flexibel bearbeitet werden. Zudem müssen nicht unbedingt alle Module und Fragen beantwortet werden.

Wie ist das PIP aufgebaut?

Das Instrument umfasst ein Basisassessment, ein Bedarfsassessment und eine Bedarfsübersicht. Im Basisassessment werden Basisdaten oder auch „Stammdaten“ erhoben, u. a. zur pflegebedürftigen Person, zur Beratungssituation und zum Unterstützungsnetzwerk. Im Bedarfsassessment wird die Pflege- und Versorgungssituation anhand von neun Modulen erfasst. In der Bedarfsübersicht wird der identifizierte Beratungsbedarf zusammengefasst und priorisierend nach Beratungsthemen dargestellt. Bei Bedarf können sich die Beraterinnen und Berater Vorschläge für ver-

tiefe Fragen zur Unterstützung der Gesprächsführung oder auch Anzeichen für gesundheitliche Risiken anzeigen lassen. Zudem bietet die Software themenspezifisch Vorschläge für Beratungsinhalte.

Wie wird der Beratungsbedarf eingeschätzt?


Bei der Einschätzung des Beratungsbedarfs steht die Perspektive der pflegebedürftigen Person (Selbstauskunft) bzw. der Angehörigen (Fremdauskunft) im Vordergrund. Beide Auskunftsbewerter bewerten, wie gut Schwierigkeiten oder Beeinträchtigungen mit der aktuellen Unterstützung bewältigt werden können. Dies wird durch die fachliche Einschätzung der bzw. des Beraters in jedem Modul ergänzt. Darüber hinaus werden in einigen Modulen Informationen zu spezifischen Präventionsbereichen erfasst. Hieraus leitet sich die Einschätzung des Beratungsbedarfs ab. Der Beratungsbedarf wird in jedem Modul auf Basis der Angaben automatisch priorisiert und in einem Farbschema dreistufig ausgewiesen: kein Beratungsbedarf, nachrangiger Beratungsbedarf oder vorrangiger Beratungsbedarf. Der Beratungsbedarf ergibt sich nicht allein aus dem Ausmaß von Funktions- und Fähigkeitsverlusten.

Entscheidend für die Beratung ist demnach, ob die vorhandene Unterstützung ausreichend ist, um Beeinträchtigungen zu kompensieren und der pflegebedürftigen Person ein möglichst selbstständiges Leben zu ermöglichen sowie pflegende Angehörige angemessen zu entlasten.

Was sind die Vorteile des PIP-Assessments?

Das PIP-Assessment weist einige aus fachlicher Sicht vorteilhafte Eigenschaften auf:

- wissenschaftlich fundiert
- anwendbar im gesamten Beratungsprozess
- frei wählbarer Umfang des Assessments
- an Ressourcen ausgerichtet
- identifiziert pflegerelevante Problem- und Risikobereiche
- priorisiert Beratungsbedarfe
- weist Beratungsvorschläge aus
- erleichtert Dokumentation
- softwarebasiert
- kostenfrei zugänglich

Die Software wird ab Anfang 2023 über die ZQP-Webseite zugänglich sein. 

Aufbau des PIP-Assessments

Basisassessment

- Beratungsanlass und Beratungssituation
- Gesundheitliche Versorgung und Pflegesituation

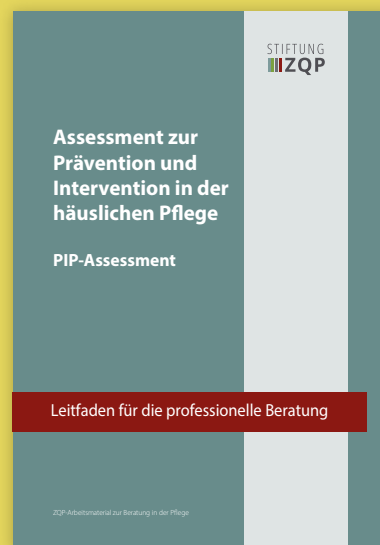
Bedarfsassessment

1. Organisation der Pflege und weiteren Versorgung
2. Mobilität
3. Psychische Gesundheit
4. Körperliche Gesundheit
5. Selbstversorgung und Haushaltsführung
6. Soziale Kontakte und Alltagsleben
7. Wohnumfeld
8. Pflegebeziehung
9. Pflegesituation aus Sicht der/des Angehörigen

Bedarfsübersicht

- Zusammenfassende Darstellung (Digital/Print)
- Vorschläge für Beratungsinhalte
- Dokumentation der Beratungsinhalte

Manual





Klima & Pflege

Theresa Gutknecht, Hanna Mertes, Julia Schoierer & Daniela Sulmann

Der Klimawandel ist eine der größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Die globale Erderwärmung hat spürbare Auswirkungen – etwa auf die Natur, die Gesundheit, die Sicherheit und die Wirtschaft. Laut Klimaforschung wird sich die durch Menschen verursachte Klimaänderung zukünftig deutlich verstärken. Die Zunahme sehr hoher Tages- und Nachttemperaturen sowie von Hitzewellen in Deutschland stellen insbesondere auch ein erhebliches gesundheitliches Risiko für pflegebedürftige Menschen und Pflegendе dar. Daher sind Maßnahmen zur Hitzeprävention und -anpassung in der Pflege hochbedeutsam.

Die Erde wird immer wärmer: Laut dem Umweltbundesamt stiegen die Jahresdurchschnittstemperaturen vor allem in den letzten Jahren weltweit stetig – auch in Deutschland. Die bisher wärmsten Frühjahre seit Beginn der Messungen waren im 21. Jahrhundert: 2018, 2014, 2011, 2007 und 2000. Und der Sommer 2020 war der wärmste seit 1881. Unter anderem zeigt sich der Klimawandel in vermehrt auftretenden Starkregen, Stürmen und Dürren. Heiße Tage und Nächte sowie Hitzewellen werden häufiger, länger und intensiver. Eine Hitzewelle liegt dann vor, wenn drei oder mehr Tage mit über 30 °C aufeinanderfolgen. Diese Tage werden nicht selten von „Tropennächten“ begleitet, in denen die Temperaturen über 20 °C liegen. Vor allem in Innenstädten kann die Hitzebelastung aufgrund des Wärmeinseleffekts noch stärker sein als in ländlicheren Gegenden.



Solche Bedingungen sind gesundheitlich belastend. Insbesondere bei älteren, pflegebedürftigen und kranken Menschen besteht das Risiko für gravierende hitzebedingte Gesundheitsprobleme – und sie müssen deswegen häufiger als jüngere Menschen im Krankenhaus behandelt werden. Das hat mehrere Gründe: Der Körper passt sich nicht mehr so gut an Hitze an und das Herz-Kreislauf-System ist weniger leistungsfähig. Einige Erkrankungen und Medikamente bewirken zudem, dass der Körper weniger widerstandsfähig gegen Hitze ist. Zudem ist bei älteren pflegebedürftigen Menschen das Risiko für Flüssigkeitsmangel erhöht. Sie haben beispielsweise wenig Durst, vergessen zu trinken oder ihnen fehlt praktische Hilfe zum Trinken, etwa bei körperlichen Einschränkungen. Mitunter trinken ältere Menschen absichtlich wenig, um häufigen Harndrang zu vermeiden. Entwässernde Medikamente oder Schwierigkeiten beim Schlucken begünstigen Flüssigkeitsmangel. Und nicht zuletzt erhöhen Verschlechterungen von bereits bestehenden Erkrankungen das Gesundheitsrisiko zusätzlich – einschließlich Infekte, die mit Fieber oder Durchfall und entsprechend erhöhtem Flüssigkeitsbedarf einhergehen. Im Hitzesommer 2020 stellte die Covid-19-Pandemie einen zusätzlich belastenden Faktor für ältere und pflegebedürftige Menschen dar. Sie zählen sowohl zur Risikogruppe für einen schweren Erkrankungsverlauf von Covid-19 als auch für hitzebedingte Gesundheitsprobleme.

Die Folgen mangelnder Abkühlung und Flüssigkeit können z. B. Müdigkeit, Kopfschmerzen, und Schwindel sein. Müdigkeit und Schwindel erhöhen wiederum das Sturzrisiko. Weiterhin kann es zu Fieber, Krämpfen, Verwirrtheit und Benommenheit bis hin zu Kreislaufversagen und Schock kommen. Führt die Hitze zu starker körperlicher Erschöpfung,

spricht man von Hitzeerschöpfung. Schlimmstenfalls kann es zu einem lebensgefährlichen Hitzschlag mit einer Körpertemperatur von über 40°C kommen. In der pflegerischen Versorgung ist dementsprechend erhöhte Aufmerksamkeit gefordert, um pflegebedürftige Personen vor Hitze zu schützen, sie gut zu unterstützen und hitzebedingte Symptome frühzeitig erkennen.

Hitzeereignisse sind zudem ein hoher Belastungsfaktor für familial und professionell Pflegende. Körperlich und auch geistig anstrengende Tätigkeiten können bei Hitze besonders herausfordernd sein. Zudem kann der Pflegeaufwand durch die Hitzebelastung der Pflegebedürftigen noch steigen. Hinzu kommen individuelle Faktoren der Pflegenden, wie Fitness, Gesundheit, Alter sowie Akklimatisierungs- und Hydrationsstatus, die die Hitzeresilienz beeinflussen. Belastungsfaktoren werden durch die Covid-19-Pandemie verschärft: etwa Stress und Zeitdruck für Angehörige durch den Ausfall von Helferinnen und Helfern und für professionell Pflegende durch zusätzlichen Personalmangel. Schutzkleidung und weitere Maßnahmen zum Infektionsschutz verstärken nicht nur häufig die Hitzebelastung, sondern stehen teils sogar im Gegensatz zu den Empfehlungen des Hitzeschutzes, wie luftige Kleidung zu tragen.

Eine im Jahr 2020 durchgeführte Befragung von stationär und ambulant Pflegenden zeigt, dass die Mehrheit beim Arbeiten in Schutzkleidung an heißen Tagen vermehrtes Schwitzen, Kurzatmigkeit, sinkende Konzentrationsfähigkeit und dadurch auch Angst, Fehler zu begehen, bemerkt. Gleichzeitig berichteten wenige der Befragten von Anpassungen im Arbeitszeit-, Pausenzeit- oder Personalmanagement. Von einigen wurde angegeben, dass es durch den Einfluss von Hitze zu einer Reduzierung verschiedener Tätigkeiten, darunter Reinigungsarbeiten, Mobilisation, Körperpflegetätigkeiten und Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Klientinnen und Klienten, gekommen sei.

Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen zur Hitzeprävention und -anpassung in der Pflege hochbedeutsam. Zentrale Aspekte sind hierbei, die Raumluft und den Körper vor Hitze zu schützen bzw. kühl zu halten, auf die Trinkmenge und den Salzhaushalt zu achten und rechtzeitig ärztlichen oder pflegfachlichen Rat einzuholen. Pflegeeinrichtungen und -dienste sollten über Maßnahmenpläne zum Gesundheitsschutz vor Hitzebelastungen der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Klientinnen und Klienten sowie der Beschäftigten verfügen.

Hitzewellen können besonders bei
älteren und pflegebedürftigen
Menschen gravierende
Gesundheitsprobleme
verursachen.

Planetary Health ist ein junges Gesundheitskonzept, das die Zusammenhänge zwischen menschlicher Gesundheit und Umweltfaktoren beschreibt.

The Lancet, 2015

Diese Pläne umfassen u. a. räumliche Anpassungen, wie die Installierung von Kühlungs- und Lüftungssystemen, die Verschattung, z. B. durch Rollläden, und die Anpassung des Speiseplans, z. B. mit leichten, erfrischenden Lebensmitteln, wasserreichem Obst und Gemüse.

Wesentlich für die Prävention hitzebedingter Gesundheitsprobleme sind die Sensibilisierung und die Aufklärung in puncto Risikofaktoren, Ursachen, Symptome und Maßnahmen bzw. die Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz. Dies gilt für pflegende Angehörige, aber auch generell für Personen, die in Kontakt mit älteren und pflegebedürftigen Menschen sind.

Zur entsprechenden Wissens- und Kompetenzentwicklung bei Pflegefachpersonen liegt die Implementierung des Planetary-Health-Konzepts in pflegefachlichen Bildungsangeboten nahe. Planetary Health ist ein junges Gesundheitskonzept, das die Zusammenhänge zwischen menschlicher Gesundheit und Umweltfaktoren beschreibt. Ein weitergehender Ansatz ist, Beratungskompetenzen des Pflegefachpersonals in der Pflege und Beratungsinhalte bei den verschiedenen Beratungsanlässen zu erweitern. Dies schließt die individuelle Beratung zum Gesundheitsschutz und zur Klimafolgenanpassung von Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen ein.

Nicht zuletzt haben Gesundheitseinrichtungen Potenziale, durch klimafreundliche Infrastruktur und Prozesse zum Klimaschutz beizutragen und damit langfristig Gesundheitsrisiken zu verringern. Ansatzpunkte sind beispielsweise die Energieversorgung des Hauses, der Ressourcenverbrauch, die Müllvermeidung und das Ernährungsangebot. Hierzu gibt es bereits viele gute Praxisbeispiele von Pflegeanbietern.



Zwar liegen zu Ursachen und gesundheitlichen Wirkungen von Klimabelastungen sowie zu Maßnahmen zur Hitzeprävention und zu Hitzeanpassungen mittlerweile zahlreiche Publikationen vor. Gleichzeitig wäre aber eine verbesserte Datenlage zu den hitzebedingten Problemen und dem Umgang damit in der Pflegepraxis notwendig, um zielgerichtete unterstützende Angebote für Klimaschutz und -anpassung in der Pflege machen zu können. Das ZQP wird sich dieser Aufgabe zukünftig verstärkt widmen. ➡

Materialien zum Thema „Klima und Pflege“

ZQP-Tipps zum Hitzeschutz in der Pflege:

➤ www.pflege-praevention.de

Broschüre „Pflege im Umgang mit dem Klimawandel“ des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK):

➤ www.dbfk.de

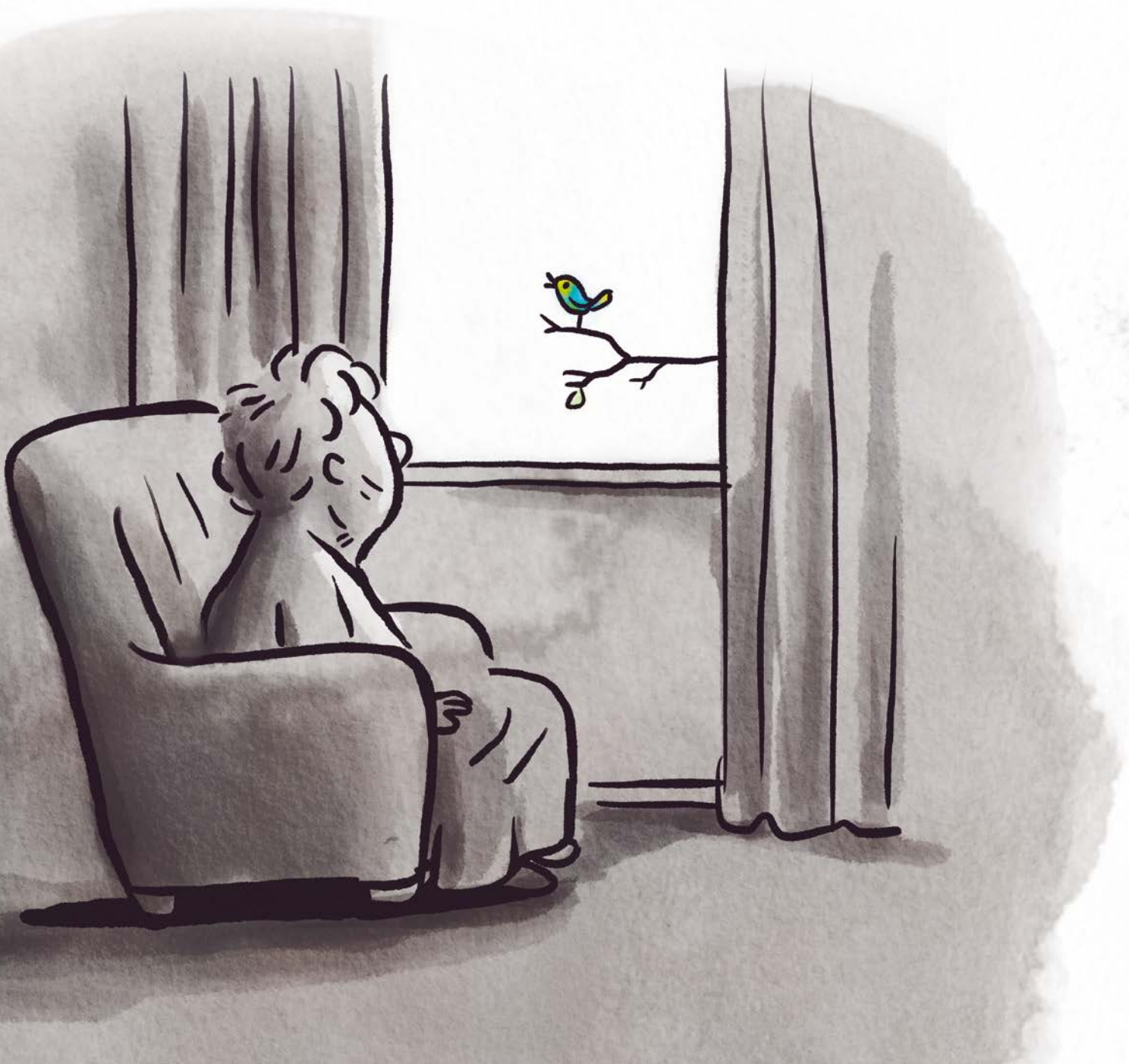
Maßnahmenplan für vollstationäre Pflegeeinrichtungen zur Anpassung an den Klimawandel und weiteres Lernmaterial zum Hitzeschutz in der Pflege des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München:

➤ www.klimawandelundbildung.de

Lebensende und Lebensmüdigkeit

Lebensende, Sterben und Tod sind in der pflegerischen und insgesamt der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen von erheblicher Bedeutung. Auch wenn mögliche Belastungen für pflegende Angehörige betrachtet werden sollen, ist das Thema relevant. Expertinnen und Experten des ZQP und des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) haben darum Daten aus 1.000 Interviews mit familial Pflegenden analysiert. Nachfolgend werden erste Ergebnisse umrissen.

Simon Eggert & Mathias Haeger



Das Sterben in Deutschland wird nicht unerheblich von häufigen Begleiterscheinungen der Hochaltrigkeit geprägt, also u.a. von Demenz und Gebrechlichkeit. Die oft langen Verlustprozesse, die diese Syndrome begleiten, bewirken erhebliche Belastungen und münden oft in Pflegebedürftigkeit. Demenz und Gebrechlichkeit sind zudem in Bezug auf Prognose und Behandlung kompliziert. Dies kann nicht zuletzt Auswirkungen auf die Vorbereitung des Lebensendes und Sterbeprozesses haben. Gerade pflegende Angehörige betrifft dieses Thema. Zum Teil begleiten sie ältere Pflegebedürftige über viele Jahre intensiv und sind mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert, die auch Themen wie Lebensende, Sterben und Tod betreffen.

In den Befragungsergebnissen der Studie spiegelt sich das wider: Etwa vier von zehn Teilnehmenden sagten, dass es sie eher oder sehr belastet, mit Themen oder Gedanken rund um Lebensende, Sterben und Tod in Bezug auf die pflegebedürftige Person konfrontiert zu werden. Dass die pflegebedürftige Person ihnen gegenüber entsprechende Themen angesprochen habe, gaben 84,9 Prozent an. Etwa jede bzw. jeder Zweite (47,5 Prozent) davon fand es wichtig, dafür zur Verfügung zu stehen. 46,9 Prozent erlebten solche Gespräche als meist offen und verständnisvoll. Doch scheint dieser Austausch auch mit Schwierigkeiten verbunden zu sein, denn von den Befragten meinten 17,6 Prozent, es sei für sie schwer, die richtigen Worte hierbei zu finden. Ein Sechstel (16,7 Prozent) berichtete, dass sie entsprechende Gespräche belasteten. Lediglich 7,0 Prozent sagten, sie hätten das Gefühl, sie und die pflegebedürftige Person würden bei diesem Thema oft die gegenseitigen Wünsche nicht richtig verstehen. Aus der Gruppe derjenigen, die angaben, entsprechende Gespräche hätten noch nicht stattgefunden, sagten 27,9 Prozent, die pflegebedürftige Person sei nicht (mehr) in der Lage, darüber zu sprechen.

Ältere pflegebedürftige Menschen können insbesondere infolge physischer, psychischer sowie sozialer Belastungen und persönlicher Krisen die Kraft für das Leben verlieren und den Wunsch entwickeln, zu sterben. Diese Form einer mit Leid verbundenen Lebensmüdigkeit kann bis zur Suizidalität reichen. Es ist bisher nicht genau bekannt, in welchem Umfang ältere pflegebedürftige Menschen von Gefühlen in diesem Spektrum betroffen sind. Die Studie bietet diesbezüglich neue Anhaltspunkte, jedoch u. a. mit der methodischen Begrenzung, dass Angehörige „stellvertretend“ befragt wurden. Hierzu wurden ihnen sechs Äußerungen vorgestellt: Die pflegebedürftige Person hat geäußert, dass – (1) sie sich des Öfteren wünscht, einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen; (2) sie meint, ihr Leben wäre nicht mehr bedeutsam; (3) sie sich allgemein recht nutzlos fühlt; (4) sie ihr Leben gerne beenden würde; (5) sie

Die Konfrontation mit Lebensende, Sterben und Tod belastet manche pflegende Angehörige.

gerne zeitnah Hilfe dabei hätte, ihr Leben selbst zu beenden; (6) sie sich wünscht, dass ihr jemand z. B. zeitnah ein Mittel verabreicht, das zum Tod führt. Nun wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie sich an mindestens eine solcher Aussagen des pflegebedürftigen Menschen in den zurückliegenden drei Monaten erinnern. Das Ergebnis: Fast die Hälfte der Befragten erinnerte mindestens eine solche Äußerung in einer Kategorie, 13,2 Prozent in zwei Kategorien und 9,0 Prozent in drei oder mehr Kategorien.

Entsprechende Äußerungen könnten beispielsweise Einfluss auf das Belastungsempfinden pflegender Angehöriger haben. In der Gruppe derjenigen Befragten, die sich an tendenziell lebensmüde bis suizidale Aussagen der Pflegebedürftigen erinnerten, gaben 47,4 Prozent ein Belastungsgefühl durch die Konfrontation mit Themen rund um Lebensende, Sterben und Tod an. Das sind 8,4 Prozentpunkte mehr als in der Vergleichsgruppe. In Bezug auf die wahrgenommene Pflegebelastung lag der Unterschied zwischen beiden Gruppen sogar bei 18,4 Prozentpunkten. Der Zusammenhang zwischen den erinnerten Äußerungen und den Belastungsempfindungen war statistisch signifikant. Zudem zeigten die Analysen einen Zusammenhang zwischen dem selbst eingeschätzten Informationsstand zur Palliativversorgung und der eigenen Belastungswahrnehmung: Wer sich besser informiert sah, fühlte sich tendenziell weniger belastet.

Mehr zu den vollständigen Ergebnissen und warum diese gerade auch im Kontext der Suizidprävention wichtig sind, findet sich ab Februar 2023 in der vollständigen Studie. Diese ist dann unter www.zqp.de unentgeltlich erhältlich. ➡



„... am Ende sicher aufgehoben“



Dr. Simon Eggert ist Geschäftsleiter des Forschungsbereichs im ZQP. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen auf den Themen informelle Versorgung, Lebensende sowie Gewaltprävention. Er hat die Angehörigen-Studie „Bedeutung von Lebensendlichkeit, Lebensmüdigkeit und Suizidprävention im Kontext von Pflegebedürftigkeit“ geleitet. Diese hat das ZQP gemeinsam mit dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) durchgeführt. In der NaSPro ist Simon Eggert Mitglied der AG „Alte Menschen“.

Herr Dr. Eggert, warum ist das Themenfeld „Lebensende, Sterben und Tod“ bei älteren pflegebedürftigen Menschen eine Studie wert?

Man kann sehr alt und krank sein und ist vielleicht erheblich auf die Hilfe anderer angewiesen – trotzdem möchte man bis zum Schluss so gut wie möglich leben. Vielleicht für Partner oder Urenkelin mit verbliebenen Ressourcen da sein, selbst wenn man nicht mehr damit rechnet, noch erheblich viel älter zu werden. Oft ist unklar, wie lange die Reise noch geht und wie sie in der letzten Phase gemeistert wird. Und am Ende ist es vielen Menschen wichtig, dass sie sicher aufgehoben, ohne belastende Symptome und nicht allein sterben. Das auch zu erreichen, dafür kann einiges getan werden. Profis aus Heilberufen spielen dabei eine wichtige Rolle, aber gerade die unterstützenden Angehörigen sind zentral. Sie stellen – wo vorhanden – eine erhebliche Ressource von älteren pflegebedürftigen Menschen dar. Gerade auch deswegen benötigen sie manchmal selbst Unterstützung, nicht zuletzt wenn es um Aspekte von Endlichkeit, Sterben und Tod im Zusammenhang mit der Pflegesituation geht. Unsere Studie (siehe Seite 26) wirft ein Schlaglicht auf solche Herausforderungen, die Angehörige berichten. Das soll auch ein Impuls für politische Akteure, für Forschung und Praxis sein, das Thema stärker in den Blick zu nehmen.

Wollen denn pflegebedürftige Menschen überhaupt noch länger leben? Sagen nicht auch viele: „Jetzt ist es mal gut ...“

Was das eigene Leben wertvoll und als gut aushaltbar erscheinen lässt, das ist individuell verschieden und kann sich stark verändern. Man kann sich gut fühlen oder immerhin zufrieden sein, auch wenn andere vielleicht meinen, dass es ihnen selbst in

einer vergleichbaren Lage schlecht ginge. Aber es stimmt, die Freude am Leben kann verloren gehen. Dazu tragen vielfältige Faktoren bei. Zum Beispiel starke gesundheitliche Probleme, Schmerzen, sich einsam fühlen, sehr abhängig von der Hilfe anderer sein, sich als Last für andere wahrnehmen, Dinge, die man gerne getan hat, nicht mehr tun können. Wenn wiederkehrend empfunden wird, dass das Leben zu Ende gehen soll, und dieser Zustand mit Leid verbunden ist, dann können wir das als Lebensmüdigkeit bezeichnen. Wenn Gedanken dazu kommen, die zum Beispiel darum kreisen, dass man dieses Leben selbst beenden möchte oder sich entsprechend verhält, dann sprechen Fachleute von Suizidalität.

Wenn jemand sein Leben dann selbst beenden möchte, was ist daran problematisch? Sollte man nicht vielleicht sogar dabei helfen, wenn er oder sie das wünscht?

Selbstbestimmtheit auch in Bezug auf das eigene Sterben ist vielen Menschen wichtig. Diese gilt es aus meiner Sicht zu stärken. Wir wissen allerdings, dass Lebensmüdigkeit und Suizidalität nicht per se bedeuten, dass ein Mensch tatsächlich unbedingt sterben will, sondern dass er seine Lebenssituation als unerträglich empfindet. Es geht also um Krisen und um Leid, die zum Beispiel durch behandelbare psychische Erkrankungen wie Depression oder durch belastende Symptome wie Schmerzen begünstigt sein können. Daher sollte man versuchen, bei der Bewältigung von Ursachen und Symptomen des persönlichen Leids zu helfen, und nicht entscheidungsfähige Personen schützen. Dabei kann professionelle Unterstützung entscheidend helfen. Das ist ein zentraler Aspekt von Suizidprävention. Das bedeutet jedoch nicht, Suizidwünschen von Menschen respektlos zu begegnen. Es ist vielmehr unsere Verantwortung, den Menschen bei der Suche nach anderen Wegen umfassend zu unterstützen – egal wie alt oder krank ein Mensch ist.





Demenz & Gewalt

Simon Eggert

Menschen mit Demenz verhalten sich krankheitsbedingt teilweise so, dass ihre Pflege besonders anstrengend sein kann. Beispielsweise können massive Unruhe und z. T. auch Aggressivität ihr Umfeld stark herausfordern. Pflegebedingte Belastungen, aber auch andere Probleme wie Depression oder Substanzmissbrauch sind Risikofaktoren dafür, dass Pflegenden gewaltsam gegen Menschen mit Demenz handeln. Wer eine demenzielle Erkrankung hat, dessen Risiko ist erhöht, Opfer von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung im Alter zu werden.

Demenz ist der Oberbegriff für ein Symptombild einiger Krankheiten, die das Gehirn betreffen und geistige, emotionale sowie soziale Fähigkeiten beeinträchtigen. Es werden mehrere Demenzformen voneinander unterschieden – fast alle davon sind derzeit nicht heilbar. Jedoch können Demenzverläufe teilweise beeinflusst bzw. Symptome gelindert werden. Die Alzheimer-Demenz ist die häufigste Form. Das Risiko, daran zu erkranken, steigt mit dem Alter an und ist für sehr betagte Menschen entsprechend hoch. Wer mit einer Demenz lebt, benötigt meist im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung Pflege.

Die Zahl von Menschen mit Demenz nimmt weiter zu: Etwa 1,8 Millionen sind hierzulande daran erkrankt. Der Großteil von ihnen wird in der häuslichen Umgebung von Angehörigen (mit-)versorgt. Sich um einen Menschen mit Demenz zu kümmern, kann sehr anstrengend und erschöpfend sein. Pflegenden Angehörige von Menschen mit Demenz sind insbesondere psychisch oft stark belastet.

Was bedeutet Gewalt im Kontext Demenz?

Ein Thema, über das ungerne gesprochen wird, ist aggressives und gewaltsames Verhalten im Zusammenhang mit der Pflege von Menschen mit Demenz. Dabei machen sowohl viele Menschen mit Demenz als auch Pflegenden Gewalterfahrungen – und zwar in allen Pflege-Settings. In der stationären Versorgung kommt es hierbei auch zu Gewalt zwischen pflegebedürftigen Personen, wobei bei Täterinnen und Tätern und Opfern nicht selten kognitive Einbußen vorliegen.

Verschiedene Gewaltformen werden voneinander unterschieden, etwa psychische Misshandlung, körperliche Übergriffe, Vernachlässigung, finanzielle Ausbeutung und sexuelle/sexualisierte Gewalt. Freiheitsentziehende Maßnahmen werden teilweise unter physischer Gewalt subsumiert, teilweise als eigene Form verstanden.

Gewalthandlungen gegen Menschen mit Demenz müssen nicht absichtlich erfolgen und nicht zwangsläufig strafrechtliche Delikte darstellen. Sie bedrohen aber eklatant die Lebensqualität von Menschen mit Demenz wie auch die ihrer Angehörigen, sind gesundheitsgefährdend, belasten häusliche Pflege-Settings und mindern nicht zuletzt die Qualität von professioneller Versorgung.



Wie häufig kommt Gewalt gegen Menschen mit Demenz vor?

Gewalt gegen Menschen mit Demenz bleibt oft un bemerkt oder wird verkannt. Opfer sind aufgrund ihres kognitiven Status darin eingeschränkt, von Vorfällen zu berichten bzw. Hilfe zu suchen; ihnen wird z. T. nicht geglaubt und entsprechende Übergriffe werden womöglich bagatellisiert. Auch deswegen bleiben Einschätzungen zu Häufigkeiten und den genauen Zusammenhängen des Phänomens ungenau. Dazu tragen weitere verschiedene methodische Herausforderungen sowie Einschränkungen in Bezug auf die Güte entsprechender Studien bei. Diese Ergebnisse müssen also vorsichtig interpretiert werden.

Prävalenzangaben zur Viktimisierung von Personen mit kognitiven Einbußen bzw. demenziellen Erkrankungen reichen international von 0,3 bis 78,4 Prozent für das häusliche Setting bzw. 8,3 bis 78,3 Prozent für das institutionelle Setting. Damit liegen diese offenbar höher als entsprechende Prävalenzraten in der älteren Allgemeinbevölkerung.

Was sind Risikofaktoren für Gewalt gegen Menschen mit Demenz?

Demenz ist ein Risikofaktor dafür, Opfer von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung im Alter zu werden. Für einzelne Gewaltformen ist der Zusammenhang zwischen Opferwerdungsrisiko und einer Demenz in Studien bisher nicht durchgängig identifiziert worden. Umgekehrt liefert eine japanische Längsschnittstudie Hinweise darauf, dass finanzielle Ausbeutung eine Demenz begünstigen könnte.

Die Untersuchung bestimmter Merkmale von älteren pflegebedürftigen Personen, ob diese mit einem erhöhten Risiko verbunden sind, viktimisiert zu werden, ergeben in mehreren Studien einen entsprechenden Zusammenhang. Dies gilt insbesondere für kognitive Einbußen, herausforderndes Verhalten, funktionelle Verluste und psychische Probleme bzw. Erkrankungen.

Studien, die versuchen, bestimmte Merkmale als Risikofaktoren für Gewaltverhalten von Pflegenden zu identifizieren, beziehen sich meist auf informell Pflegende. Diese Untersuchungen berichten vor allem von der pflegerischen Belastung („caregiver burden“) und verschiedenen psychischen Problemen bzw. Erkrankungen wie etwa Erschöpfung, insuffizienten Copingstrategien und Depression.

Auch Beziehungsaspekte und andere Kontextfaktoren der Pflegesituation sind z.T. unter dem Gesichtspunkt ihrer Risikobedeutung für Konflikte und potenziell schädigendes bzw. gewaltsames Verhalten untersucht worden – mit bisher eher uneinheitlichen oder singulären Ergebnissen.

Was ist zur Prävention zu tun?

Obwohl nach wie vor erhebliche Forschungsbedarfe im Detail bestehen, ist unumstritten, dass eine erhöhte gesellschaftliche Sensibilität für den Zusammenhang von Demenz und Gewalt nötig ist und dass Prävention von Gewalt und gelingende Intervention von höchster Relevanz sind. Die Zeit drängt dabei nicht zuletzt angesichts der demografischen Dynamik. Besondere Verantwortung tragen in diesem Zusammenhang im Pflege- und Gesundheitssystem tätige Professionen, Leistungserbringerinnen/-erbringer und Leistungsträgerinnen/-träger sowie Akteurinnen und Akteure in Bildung, Verwaltung, Politik und Medien.

Pflegenden Angehörigen sollten flächendeckend spezialisierte Schulungen, kompetente Beratungsangebote sowie wirksame Entlastungsangebote niedrigschwellig zugänglich sein. Auf professioneller Ebene bedarf es zielgruppengerechter Schulungen von der Pflegehilfskraft bis zur Hausärztin und zum Hausarzt. Insbesondere im Kontext der Langzeitpflege sind diese umfassend zu implementieren – eingebettet in eine partizipativ entwickelte organisationale Sicherheits- und Gewaltpräventionskultur der Einrichtungen. Kommunale bzw. regionale Gewaltpräventionsnetzwerke in Deutschland müssen die Regel und nicht die Ausnahme werden. Die Politik ist aufgefordert, eine bundesweite Allianz zur Gewaltprävention in der Pflege zu initiieren, um diese Ziele koordiniert zu verfolgen. ➡



Besuch im demenzsensiblen Krankenhaus

Torben Lenz

Der Anteil von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, die an einer Demenz erkrankt sind, ist relativ hoch und weiter steigend. Für sie sind die Krankenhausaufenthalte oft mit besonderem Stress verbunden, denn die Routineabläufe und die fremde Umgebung können negative Symptome wie Angst, Unruhe und Aggressivität bei den Erkrankten auslösen. Als Folge sind Angehörige und Mitarbeitende im Umgang damit stark herausgefordert. Zudem können Mitpatientinnen und -patienten durch die Situation belastet sein. Für alle Beteiligten hilfreich ist es, wenn das Krankenhaus auf die spezifischen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Demenz eingestellt ist. In Deutschland gibt es daher immer mehr sogenannte „demenzsensible Krankenhäuser“. Ein Beispiel ist das Diakonissenkrankenhaus Dresden – kurz „Diako“. ZQP-Mitarbeiter Torben Lenz war dort zu Besuch und berichtet über seine Eindrücke.

Anm.: Die Namen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen wurden von der Redaktion geändert.



„Wir praktizieren die personenzentrierte Pflege. Das heißt, die individuellen Bedürfnisse jeder einzelnen Patientin und jedes einzelnen Patienten stehen hierbei im Mittelpunkt.“

Stefani Nemuth, Demenzfachkraft



Spätschicht im Diakonissenkrankenhaus Dresden. Pflegedienstleiterin Karin Ellinger führt mich auf die Station „Innere Medizin“ des Diako. Hier gibt es einen speziellen Bereich für demenziell erkrankte Patientinnen und Patienten.

Sitzecke mit Aquarium

„Wir sind hier auf Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz eingestellt. Unser Ziel ist es, den Krankenhausaufenthalt für sie möglichst stressarm zu gestalten“, erklärt Ellinger. Wir gehen den Flur entlang und kommen zu einer Sitzecke. Dort erwartet uns Stefani Nemuth, deren Schicht ich heute begleiten darf. „Hier sitzen die Patienten mitten im Geschehen, direkt vor dem Dienstzimmer“, berichtet die Krankenschwester mit Weiterbildung zur Fachkraft für Menschen mit Demenz. „Die demenzfreundliche Architektur haben wir gemeinsam mit der TU Dresden gestaltet und unter anderem bei einer kleinen Begleitstudie festgestellt, wie sich die Menschen mit Demenz auf der Station verhalten. Sie wollen gerne in Kontakt sein, einen Bezug haben. Deshalb haben wir eine Möglichkeit geschaffen, dass sie sich dort aufhalten können, wo es attraktiv für sie ist.“ Manchen Patientinnen oder Patienten helfe es allein schon, nur dasitzen zu können und zu sehen, dass da jemand ist – wie hier am Dienstzimmer. Sie fühlen sich dann sicherer als allein in ihrem Zimmer, das ihnen fremd ist.

Die Sitzecke bietet Platz für zwei bis drei Patientinnen und Patienten aus dem demenzsensiblen Bereich. In eine magentafarbene Wand ist ein digitales Aquarium eingelassen. Es ist Musik aus dem Radio zu hören, Zeitschriften liegen aus. Einer der Patienten ist Erwin Seeler (81), der vor zwei

Tagen in das Krankenhaus gekommen ist. Er beobachtet aufmerksam das Geschehen. Die Pflegerinnen holen Medikamente aus dem Dienstzimmer, nehmen Anrufe entgegen oder bearbeiten Dokumente. Herr Seeler scheint sich in Sichtweite des Dienstzimmers wohlfühlen. „Haben Sie schon unser Aquarium gesehen?“, fragt Stefani Nemuth. „Ja, gefällt mir gut!“, antwortet Herr Seeler mit einem zufriedenen Lächeln. „Es kommt auch schon vor, dass eine Patientin oder ein Patient vor dem Dienstzimmer schläft“, sagt die Demenzfachkraft. „Das ist gar kein Problem, wichtig ist ja, dass sie sich nicht allein fühlen.“

Fotos und Symbole

Eine weitere Besonderheit in dem Spezialbereich sind die Fotos oder Symbolbilder, die auf den Zimmertüren zu sehen sind. Sie sollen räumliche Orientierung geben, z. B. helfen, ins eigene Zimmer zurückzufinden. „Wir haben herausgefunden, dass sich Menschen mit Demenz mitunter an bestimmte Motive besser erinnern als an andere“, erörtert Pflegedienstleiterin Ellinger. Das sind z. B. Bilder, die einen wichtigen biografischen Bezug haben. Aber auch Naturaufnahmen, etwa von einer Biene oder einer bestimmten Blume, können diese Wirkung haben. „Wir haben

Die Sitzecke vor dem Aquarium liegt genau vor dem Dienstzimmer. Hier gibt es immer etwas zu beobachten und permanente Ansprache – das soll beruhigend auf die Patientinnen und Patienten wirken und ihnen Orientierung geben.



Eine beträchtliche Anzahl von Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern ist von Demenz betroffen.

General Hospital Study (GHoSt), 2016

sechs Betten. Zwei der Zimmer sind zusätzlich mit Lichtleisten ausgebaut, um das Sturzrisiko zu reduzieren“, ergänzt Nemuth.

Zunächst seien einige Abteilungen des Krankenhauses im Hinblick auf den Spezialbereich sehr skeptisch gewesen. In der Zwischenzeit habe sich der Bereich etabliert. „Wir bekommen auch stetig Anfragen aus den anderen Bereichen des Krankenhauses, die unsere Expertise anfordern“, freut sich Nemuth.

Screening und Aufnahmekriterien

Bei der Klärung, ob eine Person bei der Aufnahme im Diako eine kognitive Einschränkung hat, hilft der sogenannte AMT-4-Test (Abbreviated Mental Test 4). Er wird bei allen Patientinnen und Patienten ab 75 Jahren durchgeführt. Allerdings findet keine umfangreiche Demenzdiagnostik statt, da die Patientinnen und Patienten wegen eines akutmedizinischen Problems oder z. B. einer Krebserkrankung im Diako aufgenommen werden. Ob eine Unterbringung im demenzsensiblen Bereich infrage kommt, wird auf Basis bestimmter Kriterien entschieden. Das heißt, es muss nicht unbedingt eine gesicherte Demenzdiagnose bestehen. Kriterien sind z. B. starke nächt-

liche Unruhe oder ein herausforderndes Verhalten, wodurch eine adäquate Versorgung auf einer anderen Station deutlich erschwert ist. Auch werden Patientinnen und Patienten mit einem Delir, also einer vorübergehenden geistigen Verwirrtheit, die keine Demenz ist, in diesem Bereich versorgt.

„Hier im Diako wird seitens der Pflege entschieden, wer im demenzsensiblen Bereich versorgt wird. Denn es geht ja hierbei in erster Linie darum, die Pflege so zu gestalten, dass eine sinnvolle medizinische Behandlung der Einweisungsdiagnose überhaupt möglich ist“, erklärt Nemuth.

Angehörigenbegleitung

Wir gehen weiter und begegnen auf dem Flur Friedhelm Busch, der seine Frau seit zwei Wochen im Diakonissenkrankenhaus begleitet. Angehörige von Erkrankten aus dem demenzsensiblen Bereich können bei allen Untersuchungen dabei sein. Auch eine Unterbringung als Begleitperson inklusive Verpflegung ist möglich. „Dies kann eine Verstärkung der Demenz oder eines Delirs verhindern“, so Nemuth. „Und es ist für uns Pflegekräfte natürlich auch eine Entlastung, wenn die Angehörigen die Möglichkeit haben, den Aufenthalt zu begleiten und uns bei unserer Arbeit zu unterstützen.“

Wir folgen Friedhelm Busch, der seine Frau Sonja aus dem Zimmer abholt, um einen kleinen Rundgang auf der Station mit ihr zu machen. Man spürt sofort eine starke Bindung zwischen den Eheleuten, die seit 62 Jahren verheiratet sind. „Sonjas Herz arbeitete nicht mehr richtig, dadurch sackte sehr viel Wasser in die Beine, das über die Haut austrat. Deshalb musste ich sie ins Krankenhaus bringen“, erzählt Friedhelm Busch. „Und für mich war gleich klar, dass ich sie nicht allein gehen lassen kann.“ „Wir fühlen uns hier sehr wohl“, unterbricht Sonja Busch ihren Mann, „das Essen schmeckt ausgezeichnet und die Pflegekräfte sind sehr fürsorglich.“ Während sie erzählt, berührt er zärtlich ihre Hand und fragt, ob es jetzt nicht an der Zeit sei, einen kleinen Spaziergang zu machen. Die 81-Jährige lässt sich nicht zweimal bitten, ist beim Aufstehen vom Stuhl aber auf die Hilfe ihres Mannes angewiesen. „Dass meine Frau vergesslicher wurde, habe ich anfänglich dadurch gemerkt, dass sie unsere Verabredungen zum gemeinsamen Einkauf immer öfter vergaß“, blickt Herr Busch zurück und hakt seine Frau ein.

Personenzentrierte Pflege

Nun ist Stefani Nemuths Hilfe gefragt, denn Herr Kühl klagt über starke Ellenbogenschmerzen. Der 89-Jährige sei aus dem Herzzentrum Dresden in den demenzsensiblen Bereich verlegt worden, erzählt sie – und hilft Herrn Kühl vorsichtig vom Bett in den Rollstuhl. „Herr Kühl, wir möchten uns ihren Ellenbogen





einmal genau anschauen“, sagt Nemuth betont langsam und mit lauter Stimme, damit der hochbetagte Herr sie versteht. „Wir wollen den Ellenbogen jetzt röntgen, um herauszufinden, warum er Ihnen wehtut.“ An mich gerichtet fügt sie hinzu: „Während meiner Schicht übernehme ich alle Aufgaben für meine Patientinnen und Patienten, das entspricht der personenzentrierten Pflege. Dazu gehört dann eben auch die Begleitung zum Röntgen.“

Nemuth stimmt Herrn Kühl mit einfühlsamer Stimme auf die Untersuchung ein. Ob beim Röntgen oder später in der Notaufnahme zum Verbinden, egal, wo Herr Kühl ist – Stefani Nemuth weicht nicht von seiner Seite. „Es ist wichtig, dass ich als Bezugsperson immer dabei bleibe, um ihm Sicherheit zu vermitteln.“ Denn eine veränderte, fremde Umgebung kann Menschen mit Demenz sehr stark verängstigen. In ihrer Orientierungs- und Hilflosigkeit sind sie ständig bemüht, Bezugspunkte zu finden. „Und das kostet viel Kraft und Energie, die sie eigentlich für die Behandlungen brauchen, für die sie im Krankenhaus sind“, weiß die 47-Jährige. „In der Pflege müssen wir besonders beachten, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in jedem Stadium der Demenz unterschiedlich sind. Wir müssen unser Verhalten, unseren Umgang und unsere Kommunikation an die jeweilige Situation anpassen.“ Zudem sei die Beziehung generell sehr wichtig, so Nemuth. „Emo-

tional sind Menschen mit Demenz oftmals sehr gut ansprechbar, sehr viel mehr als geistig. Sie nehmen sehr genau wahr, wie andere Menschen ihnen begegnen. Und sie merken dabei sehr schnell, ob sie etwas mit einer Person zu tun haben möchten oder nicht“, meint Nemuth. Nach dem Röntgen geht sie mit Herrn Kühl kurz in die Notaufnahme, wo ein Verband angelegt wird. Danach begleiten wir Herrn Kühl wieder zurück zur Sitzcke, wo er vom Rollstuhl in den Mobilisationsstuhl wechselt. Dabei erklärt Stefani Nemuth jeden Handgriff, weil Herr Kühl Angst hat, das Gleichgewicht zu verlieren. „Geht das so?“, fragt er. Seine Begleiterin führt seine Hand, damit er nicht an der Stuhllehne vorbeigreift – geschafft.

Empathie und Beschäftigung

Nun ist es Zeit für einen Kaffee und ein Stück Kuchen. „Was ist denn das?“, fragt Herr Kühl, der inzwischen offenbar keine Schmerzen mehr hat. „Das sieht nach einem Mandarinenkuchen aus“, antwortet Nemuth. „Viele Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Demenz schmecken nur noch das Süße“, erklärt sie mir. Zwischendurch versorgt Nemuth einen anderen Patienten. Trotz vieler anderer Aufgaben, die zu erledigen sind, wendet sie sich zwischendurch Herrn

„Es geht im demenzsensiblen Bereich auch darum, mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz zu haben.“

Karin Ellinger, Pflegedienstleitung



Kühl zu. „Herr Kühl, haben Sie Lust, eine Runde Karten mit mir zu spielen?“, fragt Nemuth. „Ja, gerne!“, ist die spontane Antwort. Die Karten des Spiels zeigen Stars der 1950er- und 1960er-Jahre. Stefani Nemuth dreht eine Karte um und fragt, wer denn auf der Karte zu sehen sei. Herr Kühl antwortet nach kurzer Bedenkzeit: „Das ist doch die Marilyn Monroe.“ „Das ist Teil der Beschäftigung, die wir unseren Patientinnen und Patienten immer wieder anbieten. Neben dem Spielen kommt auch häufig unsere Snoozle-Decke zum Einsatz“, erklärt die Demenzfachkraft. Das ist eine Nestel- und Fühldecke speziell für Patientinnen und Patienten, die unruhig sind und viel nes-

teln und zupfen. Die Decke besteht aus unterschiedlichen Stoffarten und ist u. a. mit Reißverschlüssen und gehäkelten Taschen versehen. Die Beschäftigung damit kann beruhigend wirken. Grundsätzlich gehe es darum, dass die Beschäftigung die Patientinnen und Patienten zufriedenstelle, erörtert Nemuth. Es gehe nicht darum, etwas zu leisten oder einen bestimmten Zweck zu erfüllen. Und es müsse den Pflegenden auch nicht sinnvoll erscheinen. Manch einen könne z. B. das Stempeln von Zetteln zufriedenstellen. „Dann unterstützen wir ihn gerne dabei.“ Außerdem erhalten die Patientinnen und Patienten des demenzsensiblen Bereichs des Diako Angebote für entspannende



Michael Junge ist Pflegedirektor im Diakonissenkrankenhaus Dresden. Er hat den demenzsensiblen Bereich im „Diako“ maßgeblich mitgestaltet. Im Interview erklärt er u. a., welche Veränderungen notwendig waren, um Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz besser versorgen zu können.

Herr Junge, wie kam es dazu, dass das Diako sich gezielt auf Menschen mit Demenz eingestellt hat?

Wir hatten festgestellt, dass die Zahl der Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz bei uns im Krankenhaus immer weiter anstieg. Das hat uns vor erhebliche Herausforderungen gestellt. Es war klar, dass wir etwas verändern müssen, um die Versorgungssituation besser zu gestalten. Da kam uns das Projekt „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ der Robert Bosch Stiftung genau recht. Dadurch erhielten wir den nötigen Anstoß für Veränderungen.

Welche Veränderungen waren das speziell?

Ganz zentral war sicher erst einmal, für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zu sensibilisieren. Wir sind im Krankenhaus hervorragend auf möglichst reibungslose, schnelle Prozesse getrimmt. Aber wahrzunehmen und zu verstehen, dass das den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz oftmals komplett entgegensteht, war ein ganz wesentlicher Lernprozess. Ein weiterer zentraler Punkt war die Wissensvermittlung zum Krankheitsbild Demenz und die Kompetenzerweiterung zum Umgang mit den Patientinnen und Patienten. Wichtig war uns dabei, alle Berufsgruppen mit Patientenkontakt einzubeziehen.

Was sind die besonderen Herausforderungen in einem demenzsensiblen Bereich?

Die größte Herausforderung liegt darin, den eigenen, sehr verdichteten Arbeitsrhythmus eines Krankenhauses hintenanzustellen und sich auf den Rhythmus der Menschen mit Demenz einzustellen. Und das fällt sehr schwer. Aber genau diese Haltung ist wichtig. Es ist also notwendig, Abläufe immer wieder zu überdenken und anzupassen.

Welche Effekte nehmen Sie wahr?

Unserer Einschätzung nach ist die Versorgungssituation für die meisten Patientinnen und Patienten im demenzsensiblen Bereich wesentlich weniger belastend als in den anderen Bereichen. Wir nehmen z. B. wahr, dass sich Erkrankte rascher wieder erholen und auch eine kürzere Verweildauer haben. Wir denken außerdem, dass die spezifische Versorgung im demenzsensiblen Bereich dazu beiträgt, ein Delir bei Patientinnen und Patienten mit einer kognitiven Einschränkung zu vermeiden oder abzumildern.

Wo sehen Sie noch Weiterentwicklungspotenzial?

Es gibt Prozesse, die mehr Beachtung benötigen. Ich denke hier zum einen an das Schmerzmanagement. Wir haben oftmals einen blinden Fleck bei Patientinnen und Patienten mit einer Demenz. Da müssen wir gezielt hinschauen. Auch sollten Möglichkeiten, Angehörige in die Begleitung einzubeziehen, besser gestaltet werden. Ihnen kommt ja eine außerordentlich wichtige Rolle zu, um den Patientinnen und Patienten Sicherheit, Vertrauen und Orientierung zu geben – und letztlich auch dabei, ein Delir zu vermeiden.



Anwendungen. Stefani Nemuth bietet z. B. ein warmes Fußbad oder eine Rückenmassage an. Es sei ihr grundsätzlich bei ihrer Arbeit wichtig, den Patientinnen und Patienten mit Respekt und Empathie zu begegnen, dazu gehöre auch, ihre Selbstbestimmtheit zu achten, betont Nemuth.


Mit Bewegung zum gemeinsamen Abendessen

Das Abendessen im demenzsensiblen Bereich findet gemeinsam statt. Dazu werden die Patientinnen und Patienten aus ihren Zimmern geholt und zum Aufenthaltsraum begleitet. „Eine weitere Besonderheit bei uns ist, dass alle Patientinnen und Patienten in unserem Bereich Wunschkost erhalten“, sagt Nemuth. „Im demenzsensiblen Bereich ist der Ernährungsberater sofort mit im Boot und die Mahlzeiten werden den Wünschen oder Vorlieben entsprechend individuell angeboten und in Abstimmung mit uns auch kalorisch angepasst.“

Die Idee des gemeinsamen Abendessens habe sie aus Stuttgart mitgebracht, wo sie auf einer Demenzstation hospitiert habe, erzählt Nemuth. „Das gemeinsame Abendessen kann ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit vermitteln. Einige haben auch Probleme, mit Messer und Gabel zu essen oder den Trinkbecher zu greifen. Hier können sie sich gegenseitig unterstützen und schauen, wie machen die anderen das.“ Zudem sei wichtig, dass die Patientinnen und Patienten das Bett verlassen und sich bewegen. Schon der kurze Weg zum Aufenthaltsraum sei für ihre Mobilisation sehr hilfreich. Aber Stefani Nemuth betont auch, dass niemand zum gemeinsamen Abendessen gezwungen werde.

Nach dem Abendessen werden die Patientinnen und Patienten im demenzsensiblen Bereich für die Nacht vorbereitet. Beim Verlassen der Zimmer fällt

mir auf, dass Nemuth einen Löffel auf eine Türklinke legt. „Manche Menschen mit einer Demenz sind nachts unruhig, haben eine große Lauftendenz und verirren sich womöglich“, erklärt sie. „Mit der Löffel-Methode hören wir Pflegenden, wenn jemand nachts das Zimmer verlässt, und können uns kümmern. Und damit können wir auch freiheitsentziehende Maßnahmen vermeiden.“

Es kehrt nun auch vor dem Aquarium Ruhe ein. Ich verlasse den demenzsensiblen Bereich wieder und habe einen Eindruck davon bekommen, was demenzsensible Pflege in einem Krankenhaus bedeutet. 

Merkmale eines demenzsensiblen Krankenhauses:

- zu Demenz geschultes Personal
- personenzentrierte Pflege
- Einbeziehung von Angehörigen (Rooming-in möglich)
- geschützter, aber nicht geschlossener Versorgungsbereich
- orientierende und beruhigende Raumgestaltung
- gezielte Beschäftigungs- bzw. Entspannungsangebote
- Durchführung von Assessments: Sturz, Schmerz und Ernährung
- Einbindung (geronto-)psychiatrischer und geriatrischer Expertise

Weitere Informationen:

- „Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser“, Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) 2019
- Broschüre „Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus“, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.) 2022

„Ganz konkret geholfen wurde uns nicht“

Die Rechte pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen sind in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich ausgeweitet und gestärkt worden. Doch entscheidend ist für sie die Frage, ob und wie diese Rechte im konkreten Fall umgesetzt werden. Wir fragen Katrin Markus danach, wie sie Anspruch und Realität einschätzt. Sie ist Rechtsanwältin, Mitglied im Vorstand der BAGSO, war Geschäftsführerin der BIVA – und hat persönlich erfahren, was es bedeutet, pflegende Angehörige zu sein.

Die Fragen stellte Daniela Vöthjunker

Frau Markus, sind pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen heute in einer besseren Lage als, sagen wir, vor 20 Jahren?

Unterm Strich würde ich sagen: Ja. Ihre rechtliche Position hat sich seither verbessert und das Unterstützungsspektrum ist breiter. Zum Beispiel sind gesetzliche Ergänzungen in der Pflegeversicherung vorgenommen worden, um bei der Pflege finanziell oder in anderer Weise zu entlasten. Auch die Änderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit haben sicher zu einer besseren Lage vieler pflegebedürftiger Menschen und Angehöriger beigetragen. Gleichzeitig ist aber auch festzustellen, dass finanzielle Belastungen durch die Pflege deutlich gestiegen und Angebote teilweise sehr schwer zu erreichen sind. Und den Fachkräftemangel in der Pflege bekommen natürlich auch viele pflegebedürftige Menschen und Angehörige zu spüren.

Was sind Ihrer Meinung heute die größten Herausforderungen bei der häuslichen Pflege?

Aus meiner Sicht ist die größte Herausforderung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, an konkrete Unterstützung – Pflege, Hauswirtschaft, Alltagsbegleitung – zu gelangen. Zwar soll die Pflegeberatung gemäß SGB XI hier helfen, aber uns hat sie

nur sehr bedingt genützt – so habe ich es jedenfalls als pflegende Angehörige erlebt. Wir wurden zwar über gesetzliche Leistungsansprüche beraten. Aber welche konkreten Hilfedienste vor Ort zur Verfügung stehen, worauf bei der Vertragsgestaltung zu achten ist und wo Fallstricke bestehen, haben wir nicht erfahren – und auch bei der Organisation der Leistungen waren wir auf uns selbst gestellt. Die Pflegekasse und gegebenenfalls auch die Kommune halten – wenn man Glück hat – Listen mit Dienstleistern vor Ort bereit. Davon abgesehen: Uns war es fast nicht möglich, einen Dienstleister zu finden – denn alle waren ausgebucht.

Auf welche konkreten Probleme sind Sie bei der Pflege Ihres Mannes gestoßen?

Als ich als Pflegeperson meines Mannes wegen einer OP ausfiel, mussten externe Hilfen für seine Versorgung eingesetzt werden. Zugelassene haus-





wirtschaftliche Dienstleister und ambulante Pflegedienste aus dem Umfeld waren ausgebucht. Erst unter Drängen, zumindest einen kurzzeitigen Einsatz zu ermöglichen, war man bereit, meinen Mann „dazwischenzuschieben“. Dasselbe erlebten wir bei der Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz. Die im Online-Heimfinder des Landes NRW angegebenen freien Plätze gab es in Wirklichkeit nicht. Unzählige Telefonanrufe und schriftliche Anfragen gingen ins Leere oder wurden nicht beantwortet. Letztendlich bekamen wir eine Zusage in einer Randgemeinde.

Welche Art der Unterstützung hätte Ihnen wirklich geholfen?

Es wäre eine große Hilfe gewesen, wenn es eine Ansprechstelle gegeben hätte, die nicht nur theoretische Hinweise auf Unterstützungs- und Finanzierungsmöglichkeiten gibt, sondern die dabei geholfen hätte, ein konkretes Hilfspaket zu schnüren.

In den Niederlanden gibt es dazu die sogenannten „Küchentischgespräche“, das scheint dort gut zu funktionieren.

Wo sollte angesetzt werden, um den Zugang zu Hilfen für die häusliche Pflege zu verbessern?

Ein Ansatzpunkt ist die Weiterentwicklung kommunaler Altenhilfestrukturen. Durch die Pflegeversicherung ist dies vielerorts in den Hintergrund geraten. Im Siebten Altersbericht der Bundesregierung wurde die Rolle der Kommunen als „Kümmerer“ deutlich gemacht. Pflegearrangements sollten entsprechend in bürgernahe Altenhilfeangebote eingebettet sein.

Liebe Frau Markus, ganz herzlichen Dank für das Gespräch.





Bei der Versorgung von etwa 5 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland spielen Angehörige meist eine wichtige Rolle. Eine besondere Situation kann entstehen, wenn beispielsweise pflegebedürftige Eltern und deren erwachsene Kinder voneinander entfernt wohnen – und Letztere dann Verantwortung für die Pflege auf Distanz übernehmen. Dies kann mit speziellen Herausforderungen einhergehen, wie eine veröffentlichte bundesweite Studie des ZQP ergab.

Pflege ...

Die wachsende Arbeits- und Wohnortmobilität der Bevölkerung in Deutschland hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass auch die räumliche Distanz zwischen den Generationen zugenommen hat. Immer weniger erwachsene Kinder von älteren Personen leben in der Nachbarschaft oder am selben Ort, und es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend in den kommenden Jahren weiter fortsetzen wird. Im Zuge dessen dürfte auch die Zahl pflegender Angehöriger steigen, die aus der Distanz unterstützen: die sogenannten „Distance Caregiver“. Ihr Anteil wird aktuell auf grob ein Viertel der pflegenden Angehörigen geschätzt.

Auf räumliche Distanz Pflegende haben in der Forschung in Deutschland bisher wenig Berücksichtigung gefunden. Eine systematische Recherche internationaler Fachliteratur lieferte u. a. folgende wichtige Unterstützungsfelder dieser Gruppe: emotionale Unterstützung und Motivation, Organisation von ambulanter Pflege, Unterstützung im Behandlungsprozess (bspw. bei der Medikation), administrative Aufgaben sowie Beschaffung und Aufbereitung von den Pflegeprozess betreffenden Informationen. Um die Situation der auf räumliche Distanz Pflegenden in Deutschland genauer zu untersuchen, hat das ZQP im Februar 2022 eine bundesweite Studie unter pflegenden Angehörigen durchgeführt (n = 1.007), die mindestens 20 Minuten einfache Wegezeit entfernt von der pflegebedürftigen Person wohnen.

Die Befragten nennen hierin ein breites Spektrum an Unterstützungsleistungen: Jeweils gut drei Viertel leisten emotionale bzw. administrative Unterstützung, gut zwei Drittel Unterstützung in der hauswirtschaftlichen Versorgung, die Hälfte in der Organisation der Pflege und mehr als ein Fünftel leistet unmittelbare Pflege – wie Hilfe bei der Körperpflege. Über die Hälfte der auf räumliche Distanz Pflegenden sagt, sie seien innerhalb des persönlichen Umfelds der pflegebedürftigen Person am stärksten in die Unterstützung einbezogen.

Im Ergebnis zeigen sich 41 Prozent der Befragten mit ihrer Situation im Pflegekontext eher oder sehr unzufrieden. Stärkere Unzufriedenheit wurde identifiziert bei denjenigen mit langen Wegezeiten (zwei Stunden oder mehr) zur pflegebedürftigen Person und wenn eine Demenz bei der pflegebedürftigen Person vorliegt.

Spezifische Belastungen und Konflikte


Daneben ergeben sich auch verschiedene Herausforderungen oder Belastungen, die speziell mit der Pflege auf räumliche Entfernung assoziiert zu sein scheinen. Als belastend nennen drei Viertel der Befragten die fehlende Möglichkeit, in Notsituationen besser helfen zu können, und jeweils knapp zwei Drittel, durch die räumliche Distanz zu wenig Einblick in die aktuelle Lage der pflegebedürftigen Person zu haben bzw. wegen der räumlichen Distanz nicht besser vor Ort unterstützen zu können. Diese Befunde decken sich weitgehend mit

den Ergebnissen aus der internationalen Forschung zu Distance Caregiving. Ebenso belastet zwei Fünftel, dass der Umfang der Unterstützung von anderen Personen vielleicht nicht richtig wahrgenommen wird, weil sie nicht so oft vor Ort sichtbar sind.

Von einem pflegebedürftigen Menschen, den man unterstützt, räumlich etwas entfernt zu leben, kann für familial Pflegenden aber auch positive Aspekte haben. So sagen 67 Prozent der Befragten, dass es sie tendenziell manchmal entlaste, nicht im direkten Umfeld der pflegebedürftigen Person zu leben.

Darüber hinaus werden potenziell kränkende und ggf. konfliktauslösende Erfahrungen mit der pflegebedürftigen Person oder anderen Personen im sozialen Umfeld gemacht, die offenbar mit der spezifischen Distanzsituation zu tun haben. So sagen zwei von fünf Befragten, die pflegebedürftige Person vermittele ihnen das Gefühl, dass sie zu wenig bei dieser sein würden, ein gutes Viertel sagt, die

Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist für die auf räumliche Distanz Pflegenden von herausragender Bedeutung, da knapp zwei Drittel von ihnen berufstätig sind und sie sich im räumlichen Dreieck von eigenem Zuhause, Arbeitsplatz und Wohnort der pflegebedürftigen Person orientieren müssen. In dieser Gruppe berichten knapp zwei von fünf von beruflichen Einschränkungen oder Belastungen durch die geleistete Unterstützung und knapp die Hälfte der Berufstätigen äußert sich unzufrieden mit der eigenen Unterstützungssituation gegenüber einem guten Drittel in der Gruppe der Nichtberufstätigen. Die empfundenen Belastungen – zu wenig Einblick in die aktuelle Situation der pflegebedürftigen Person zu haben oder diese aufgrund der räumlichen Distanz nicht besser vor Ort unterstützen zu können – sind bei den Berufstätigen ebenfalls signifikant höher. 

auf Distanz

Christian Teubner & Simon Eggert

pflegebedürftige Person vermittele ihnen das Gefühl, dass sie sich zu wenig um diese kümmern würden, 17 Prozent meinen, Dritte vermittelten ihnen das Gefühl, sie würden sich zu wenig in die Pflegesituation einbringen, und etwa jede bzw. jeder siebte Befragte hat den Eindruck, andere unterstellten ihnen, die Distanz als Ausrede zu benutzen, um manche pflegerischen Aufgaben nicht zu übernehmen.



„Damit kann der Pflegeberuf nur gewinnen“

Seit dem 1. Januar 2020 erfolgt die Pflegeausbildung in Deutschland auf Grundlage des Pflegeberufgesetzes. Damit wurde nicht nur die generalistische Pflegeausbildung eingeführt, sondern auch die hochschulische Erstausbildung als zweiter Weg zur Berufszulassung regelhaft verankert. Normalität ist sie damit aber noch lange nicht. Über aktuelle Herausforderungen und Chancen, die die Akademisierung in der Pflege mit sich bringt, haben wir mit Prof. Dr. Jan Kottner gesprochen, der das Institut für Klinische Pflegewissenschaft und den Bachelorstudiengang Pflege an der Charité – Universitätsmedizin Berlin leitet.

Die Fragen stellte Katharina Rositzka

Herr Professor Kottner, was bedeutet eigentlich Akademisierung in der Pflege?

Ganz einfach gesagt bedeutet es, dass professionell Pflegende studieren, dass sie ein Hochschulstudium absolvieren und auf diese Art Bachelor- und Masterabschlüsse erwerben. Eine formale Definition gibt es nicht, aber das trifft den Kern. Primärqualifizierend heißt, dass die gesamte Erstausbildung an einer Hochschule absolviert wird und damit auch die Verantwortung dafür bei der Hochschule liegt. Mit dem Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes im Januar 2020 sind die ersten entsprechenden Studiengänge an den Start gegangen.

Warum ist es so wichtig, dass wir in Deutschland nun auch ein primärqualifizierendes Pflegestudium haben?

Aus meiner Sicht sind die wichtigsten Gründe die zunehmende Komplexität und vielen Herausforderungen im Versorgungsalltag. Die Pflegeausbildung, so wie sie jetzt ist, und die Qualifikation und Kompetenzen, die damit verbunden sind, sind sehr gut – aber nicht ausreichend für die Vielschichtigkeit und Schwere der Erkrankungen und der Gesundheitseinschränkungen, die wir mittlerweile in der pflegerischen Versorgung haben. Ich denke da insbesondere an die Langzeitpflege. So ist es übrigens auch im Gesetz formuliert: Das Bachelorstudium soll für hochkomplexe Versorgungssituationen vorbereiten. Nun kann man natürlich hinterfragen: Was bedeutet komplex, was ist hochkomplex? Das ist nicht in Stein gemeißelt. Aber diesen Herausforderungen

besser begegnen zu können, ist ein Grund, warum die hochschulische Erstausbildung und dann vor allem auch die Einbindung der Absolventinnen und Absolventen in die direkte pflegerische Versorgung so wichtig sind.

Wie können akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte die Versorgung stärken?

Indem sie ihre Berufspraxis auf wissenschaftliche Erkenntnisse stützen. Ein riesengroßer Unterschied im Vergleich zur beruflichen Ausbildung ist aus meiner Sicht die Wissenschaftsbasierung des Studiums und daraus folgend die evidenzbasierte Praxis. In der beruflichen Ausbildung wird man für den Beruf fit gemacht – und das gilt natürlich auch für Studie-

Das primärqualifizierende Pflegestudium

- ist durchgängig generalistisch gestaltet
- dauert 3,5 Jahre
- umfasst theoretische und praktische Lehrveranstaltungen im Umfang von mind. 2.100 Stunden
- beinhaltet Praxiseinsätze im Umfang von mind. 2.300 Stunden und
- führt zur Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ in Verbindung mit dem akademischen Grad.



rende. Selbstverständlich sollen und müssen auch sie lernen, wie man Patientinnen und Patienten richtig lagert, bei der Nahrungsaufnahme unterstützt, sinnvoll kommuniziert, Blut abnimmt und so weiter. Der Unterschied ist: Die einzelnen pflegerischen Inhalte sind wissenschaftsbasiert. Viele Lehrveranstaltungen sind entsprechend geplant. Ich sage dazu immer: Wenn unsere Bachelorstudierenden fertig sind, sollen sie Evidenzkonsumentinnen und -konsumenten sein.

Das ist ein spannender Begriff – was genau verstehen Sie darunter?

Sie sollen zum einen wissen, wo sie die Evidenz finden, und zum anderen sollen sie diese auch bewerten können. Sprich: Sie müssen einschätzen können, ob diese gut oder schlecht und ob sie für ihren jeweiligen Zweck und die Situation passend ist. Dabei muss man natürlich zwischen Bachelor- und Masterniveau differenzieren. Auf Bachelorniveau geht es vor allem um eine kritische Grundhaltung, das Auffinden und die adäquate Berücksichtigung von Evidenzzusammenfassungen, Leitlinien zum Beispiel.

„Unseren Absolventinnen und Absolventen steht die komplette akademische Laufbahn offen.“

Können Sie uns den Bachelorstudiengang Pflege an der Charité kurz beschreiben?

Der Studiengang hat sieben Semester, dauert also 3,5 Jahre. Er ist modular aufgebaut, es gibt zum Beispiel pflegerische Kernmodule, krankheitsbezogene Module aber auch Wissenschaftsmodule. Interprofessionelle Lehre nimmt einen hohen Stellenwert ein. Pro Semester gibt es vier Module, die verschiedene Themenfelder abdecken. In der Vorlesungszeit findet die akademische Lehre statt und in der vorlesungsfreien Zeit die Praxiseinsätze. Die staatliche Prüfung ist nach dem sechsten Semester vorgesehen und im siebten Semester wird die Bachelorarbeit geschrieben. Zum Wintersemester 2022/23 haben wir die mittler-

weile dritte Kohorte Studierender immatrikuliert. Es ist auf jeden Fall ein anspruchsvolles Studium, nicht nur inhaltlich, sondern auch zeitlich.

Was sind aus Ihrer Sicht Chancen und Herausforderungen für die Studierenden?

Fangen wir mit den Herausforderungen an: Dazu zählt, neben dem zeitlichen Aufwand, eindeutig die Studienfinanzierung. Es gibt mittlerweile erste bundesweite Berichte und Umfragen zum Pflegestudium und diese wird jedes Mal thematisiert. Auch wir hatten schon Abbrüche deswegen. Ich kann die Kritik daran verstehen – aber aus meiner Sicht kann man die Studierenden aus verschiedenen Gründen auch nicht direkt mit Auszubildenden vergleichen. Damit kommen wir zu den Chancen: Die Absolventinnen und Absolventen haben am Ende sowohl die Berufserlaubnis als auch einen akademischen Abschluss in der Tasche. Ihnen steht die komplette pflegeberufliche und akademische Laufbahn offen. Das ist für die Studierenden großartig – und trägt aus meiner Sicht sehr zur Attraktivität des Berufs bei.

Eine Befürchtung bezüglich der Akademisierung in der Pflege ist ja, dass Absolventinnen und Absolventen primärqualifizierender Studiengänge nur in die Forschung oder in Leitungspositionen gehen. Wie sehen Sie das?

Aus meiner Sicht ist diese Befürchtung unbegründet. Ziel der primärqualifizierenden Bachelorstudiengänge ist nicht die Ausbildung für Leitungspositionen, es ist ja kein Managementstudiengang. Ziel ist vielmehr die


„Wenn unsere Studierenden fertig sind, sollen sie Evidenzkonsumentinnen und -konsumenten sein.“

Qualifikation professionell Pflegender, die sich in allen Settings kompetent um Menschen kümmern können.

Wenn wir noch einmal zu den Herausforderungen zurückkommen: Wie sieht es da bei den Hochschulen aus?

Wir stehen bei vielen Dingen noch ganz am Anfang. Jede Vorlesung, jedes Seminar, alles muss von null auf geplant werden. Und dieser Aufwand ist natürlich beträchtlich. Um ein konkretes Beispiel in diesem Prozess zu geben: Die großen, gängigen Lehrbücher in der Pflege sind alle auf Ausbildungsniveau, es gibt keine Lehrbücher auf Bachelorniveau. Für uns bedeutet das, dass wir improvisieren müssen. Wir orientieren uns zum Beispiel an internationalen Lehrbüchern, schauen uns Leitlinien an, diskutieren viel. Aber es ist nicht so einfach, sich auf ein fachliches Niveau festzulegen.

Werfen wir zum Abschluss einen Blick in die Zukunft: Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, damit die Akademisierung in der Pflege in Deutschland gelingt?

Alles, was damit einhergeht, muss noch mehr zur Normalität werden. Dafür müssen die entsprechenden Ressourcen geschaffen werden. Das heißt, wir brauchen zum Beispiel deutlich mehr primärqualifizierende Studiengänge. Gleichzeitig müssen dieser Weg zur Berufszulassung und die Chancen und Karrieremöglichkeiten, die damit verbunden sind, attraktiv sein. Das gilt natürlich auch für die Studiengänge selbst. Hier liegt noch viel Arbeit vor uns. Aber wenn wir optimistisch in die Zukunft schauen und uns vorstellen, dass immer mehr Studiengänge anlaufen und es auch immer mehr Absolventinnen und Absolventen gibt – dann würde ein solcher Entwicklungsverlauf sicher am Ende einen Multiplikationseffekt haben. Und aus meiner Sicht kann der Pflegeberuf damit nur gewinnen. 



Übersicht zur Stiftungsarbeit im Jahr 2022



Impressum

Herausgeber: Zentrum für Qualität in der Pflege · www.zqp.de

Vorstand: PD Dr. Ralf Suhr (Vorsitzender),
Andreas Besche (Stellvertreter), Dr. Hans Olav Herøy

Vorsitzende: Christa Stewens (Stiftungsrat), Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei
(Wissenschaftlicher Beirat), Dr. h. c. Franz Wagner (Kuratorium)

Rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts
Geschäftszeichen: 3416/922/2, Stiftungsaufsicht geführt bei der
Senatsverwaltung für Justiz, Vielfalt und Antidiskriminierung Berlin

V. i. S. d. P.: PD Dr. Ralf Suhr

Redaktionsleitung: Dr. Simon Eggert, Daniela Sulmann

Redaktion und Management: Torben Lenz

Autorinnen und Autoren des ZQP: Dr. Simon Eggert,
Dr. Mathias Haeger, Torben Lenz, Dr. Carolin Oppermann,
Katharina Rositzka, PD Dr. Ralf Suhr, Daniela Sulmann,
Dr. Christian Teubner, Daniela Vähjunker

Gestaltung & Umsetzung: zwoplus, Berlin

Schlusslektorat: Paul Kaltefleiter, Bielefeld

Druck: PIEREG Druckcenter Berlin GmbH

Für die Mitwirkung an dieser Ausgabe bedanken wir uns bei:

Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher, Natalie Englert, Theresa Gutknecht,
Prof. Dr. Jan Kottner, Katrin Markus, Hanna Mertes, Dr. Julia Schoierer sowie
Stefani Nemuth, Karin Ellinger, Michael Junge und dem gesamten Team des
demenzsensiblen Bereichs des Diakonissenkrankenhauses Dresden

Pressekontakt:

Torben Lenz
Telefon: 030 2759395-15
E-Mail: presse@zqp.de

Postadresse:

Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtstraße 45
10117 Berlin

ISSN (Print) 2943-9442

ISSN (Online) 2943-9434

<https://doi.org/10.71059/DBTX7014>

Bildnachweis

Illustrationen: FÖRM (Titel, S. 4–9, 16, 17); Maren Amini (S. 12, 14, 18–19, 26, 27, 29–31); Annika Huskamp (S. 20, 22–25, 40–41)
Fotos: ZQP/Amin Akhtar (S. 32–37, 43); ZQP/Laurence Chaperon (S. 2–3); Jonas Holthaus (S. 10); Hoffotografen (S. 15, 28, 39);
AdobeStock/Jacob Lund (S. 44)

