

ZQP diskurs

Das Magazin der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege

Ausgabe 2024

Pflege und Hitze



Delir-Prävention

Relevanz, Ansätze und
Handlungsbedarfe
→ Seite 10

Sexuelle Gewalt

Bedeutung des Themas in
Pflegeeinrichtungen
→ Seite 18

Pflege-CIRS

Berichts- und Lernangebot
für die Langzeitpflege
→ Seite 22

04

Hitzeschutz in der ambulanten Pflege

Risiken und Präventionsmaßnahmen im häuslich-ambulanten Pflegesetting

13 „Wichtig zur Delir-Prävention ist, Vertrautheit zu vermitteln“

Dhayana Dallmeier zu den Zielen und Erkenntnissen des TRADE-Projekts

14 „Delir wird noch zu häufig verkannt“

Ralf Suhr über die Relevanz von Delir-Prävention

16 „Unsere Mission ist der zielgruppen-gerechte Wissenstransfer“

Daniela Sulmann über den Umgang des ZQP mit Zuschriften von Rat suchenden Menschen

20 Das Präventionsprojekt SeGEL

Simon Eggert über Arbeitsmaterial zum Thema sexuelle Gewalt im Pflegeheim



10

„Ich sehe was, was du nicht siehst ...“

Warum Delir-Prävention und -Diagnostik hoch-relevant sind und welche Ansätze helfen können

22 Digitales Berichts- und Lernangebot für die Pflege

Warum das ZQP ein Pflege-CIRS entwickelt

23 „Das Pflege-CIRS muss vertrauenswürdig, praxistauglich und hilfreich sein“

Katrin Havers über Prinzipien des Pflege-CIRS

24 Studie: Stress bei Angehörigen von Menschen mit Demenz

Ergebnisse einer ambulanten Assessment-studie zu Stress und Resilienz

Inhalt



Prävention sexueller Gewalt in der Pflege

Ein Überblick zur Bedeutung des Themas in Pflegeeinrichtungen



Wohnen mit Pflegebedarf

Neue ZQP-Studie zur Wohnsituation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland

29 Community Health Nursing live

Wie Community Health Nurses auf der Hamburger Elbinsel Veddel arbeiten

32 „Es muss interdisziplinär gedacht werden“

Corinna Petersen-Ewert über erste Ergebnisse des CoSta-Projekts und Perspektiven von CHN in Deutschland

34 Studienergebnisse: Stärkung von Sicherheitskultur in der Pflege

Wissenschaftliche Anhaltspunkte, wie Sicherheitskultur in der Pflege gestärkt werden kann

36 Digitale Technologie im häuslichen Pflegesetting

Claudia Müller über technische Unterstützungssysteme

38 Neues Portal für Pflege und Prävention

An wen sich das neue ZQP-Onlineportal richtet und was es bietet

40 „Das Team ist der Schlüssel“

Simon Eggert über inhaltliche Herausforderungen des Relaunches und strukturelle Neuerungen des ZQP-Portals



Zur Online-Version





Liebe Leserinnen und

In dieser Ausgabe blicken wir u. a. auf die erheblichen Herausforderungen des Klimawandels für das deutsche Gesundheitssystem. Denn Hitzewellen, wie wir sie in den vergangenen Sommern erlebt haben, können gravierende Gesundheitsfolgen für die Bevölkerung haben. Besonders gefährdet sind ältere pflegebedürftige Menschen im häuslich-ambulanten Versorgungsgeschehen. Umso wichtiger wird es künftig sein, diese vulnerable Gruppe ausreichend vor Hitzeereignissen zu schützen. Ein zentraler Präventionsakteur hierbei sind ambulante Pflegedienste. Wie gut sie aber derzeit auf diese Schlüsselrolle vorbereitet sind, ist bisher unklar. Daher hat das ZQP bundesweit ambulante Dienste zu ihren Erfahrungen und zum Umgang mit Hitzeereignissen befragt. Der Leitartikel gibt Ihnen hierzu erste exklusive Einblicke in die Ergebnisse der neuen ZQP-Untersuchung zum Thema. ↗ S. 04

Hochbedeutsam sind auch die Präventions-themen Delir-Prävention und Delir-Management. Der Schwerpunktartikel zum Thema beleuchtet, warum gezielte Prävention und Diagnostik besonders wichtig sind und welche Erkenntnisse das Forschungsprojekt „TRADE – TRAnsport und DElir bei älteren Menschen“ liefert. ↗ S. 10

Grundlegend zur gesundheitlichen Prävention ist zudem das Themenfeld Pflegesicherheit und Sicherheitskultur. Eine wissenschaftliche Studie des ZQP gibt Anhaltspunkte dazu, welche Ansätze und Instrumente geeignet sind, um die Sicherheitskultur in der professionellen Pflege zu stärken. ↗ S. 34 Dazu beitragen können beispielsweise digitale Berichts- und Lernsysteme (CIRS). Vor diesem Hintergrund entwickelt das ZQP zurzeit das einrichtungsübergreifende Pflege-CIRS für die professionelle Langzeitpflege. Es soll 2025 an den Start gehen. ↗ S. 22

Ein wichtiger Aspekt von Sicherheit in Pflegebeziehungen ist auch der Schutz vor Gewalt. Dies gilt insbesondere auch für sexuelle/sexualisierte Gewalt in Pflegeeinrichtungen. Das ZQP gibt daher einen kurzen Überblick dazu, was man zur Prävention entsprechender Gewalt in der stationären Langzeitpflege wissen sollte. ↗ S. 18

Wie gut und wie lange pflegebedürftige Menschen in ihren vertrauten vier Wänden leben können, hängt vielfach von ihrer individuellen Wohnsituation ab. Wie ist also ihr privater Wohnraum und dessen Umfeld beschaffen? Dazu stellt das ZQP neue Befragungsergebnisse vor. ↗ S. 26



Leser!

Community Health Nursing (CHN) ist ein neues Berufsfeld in der Gesundheitsversorgung. Ziel ist es u. a., das Gesundheitssystem zu entlasten, indem professionell Pflegende mit erweiterten Kompetenzen in neuen Handlungsfeldern zum Einsatz kommen. Unsere Reportage zum Thema gibt Einblicke, wie Community Health Nurses im Hamburger Stadtteil-Gesundheitszentrum auf der Veddel arbeiten und welche Aufgaben sie dabei übernehmen. ↗ S. 29

Nach vielen Extrastunden für das ZQP-Team und einem Jahr „Bauzeit“ ist das neue Wissensportal der Stiftung für gute Pflege und Altersgesundheit online. Es bietet zahlreiche neue Inhalte und eine erhöhte Nutzerfreundlichkeit. Überzeugen Sie sich selbst: www.zqp.de ↗ S. 38

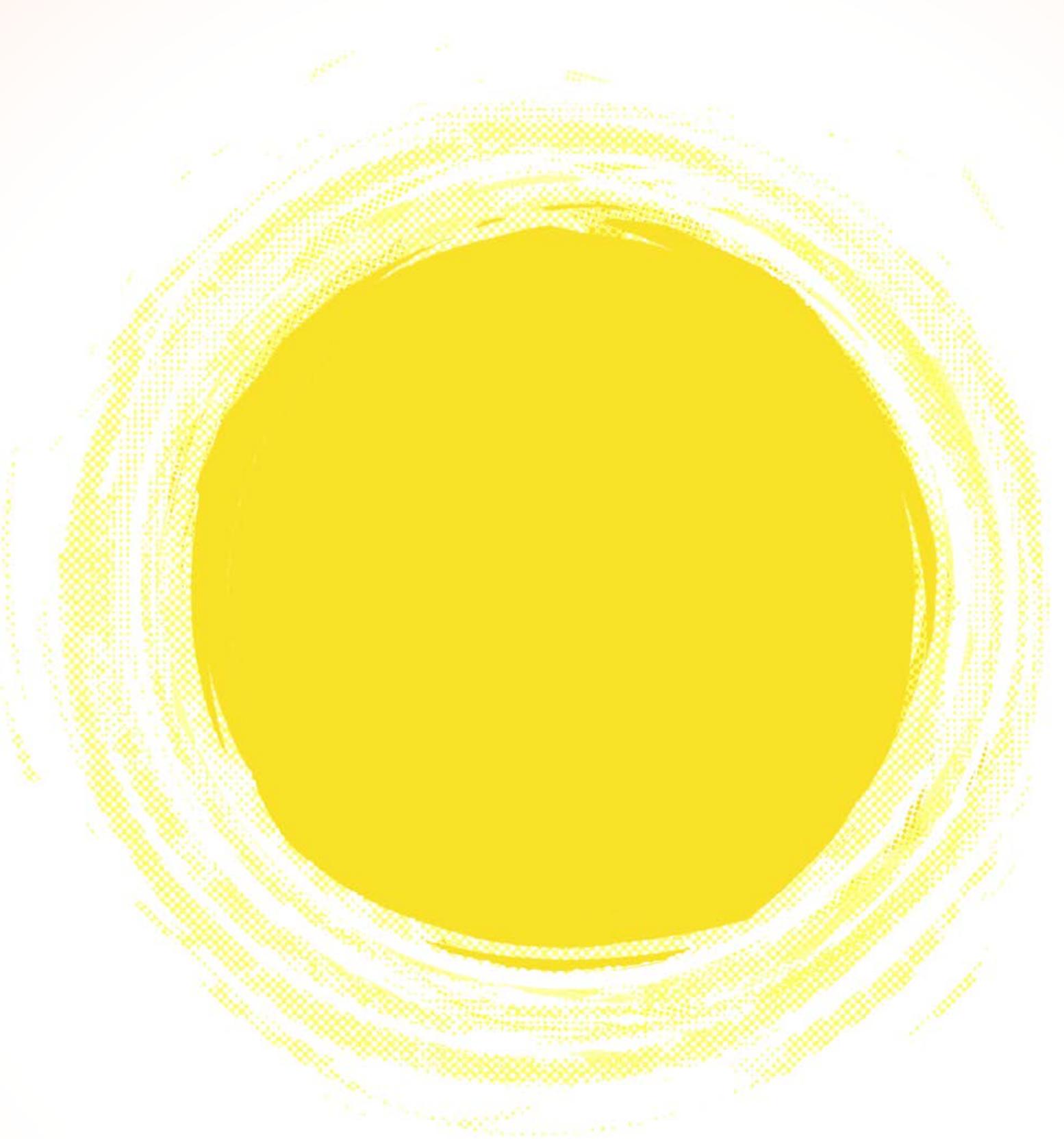
Weitere Themen im Heft: Eine Kooperationsstudie des ZQP und des Zentrums für psychische Gesundheit im Alter hat die Stress- und Resilienzfaktoren von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz in deren Alltag untersucht. ↗ S. 24 Lesen Sie auch, wie die Stiftung mit Zuschriften von Hilfe und Rat suchen den Menschen zur Pflege umgeht ↗ S. 16 und welche digitalen Unterstützungssysteme und Trends es im häuslichen Umfeld gibt. ↗ S. 36

Zu guter Letzt möchten wir den vielen Menschen ein großes Danke sagen, die dem ZQP verbunden sind und die gemeinnützige Arbeit ermöglichen: unseren engagierten Expertinnen und Experten des Kuratoriums, des wissenschaftlichen Beirats und des Stiftungsrats sowie den externen Kooperationspartnern. Herzlichen Dank sagen wir zudem den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stiftung für ihren herausragenden Einsatz bei der Stiftungsarbeit. Nicht zuletzt, sondern insbesondere danken wir dem Stifter, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und seinen Mitgliedsunternehmen, für die finanzielle Förderung und damit Sicherstellung der Arbeit des ZQP.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

*Christa Stewens
Vorsitzende des Stiftungsrats des ZQP*

*PD Dr. Ralf Suhr
Vorsitzender des Vorstands des ZQP*



Hitzeschutz in der ambulanten Pflege

Simon Eggert & Daniela Sulmann

Die Anzahl sehr warmer Tage und Nächte hat in Deutschland deutlich zugenommen. Die Sommer sind vermehrt von Hitzewellen geprägt. Hitze ist nicht einfach nur unangenehm. Sie belastet sowohl Körper als auch Geist und kann gesundheitlich schaden. Das gilt besonders bei Hitzewellen. Gerade bei älteren pflegebedürftigen Menschen besteht das Risiko für gravierende hitzbedingte Gesundheitsprobleme – vor allem wenn die nötige Unterstützung für Hitzeschutz, Abkühlung und Flüssigkeitsaufnahme fehlt. Aber auch für Pflegende sind heiße Tage und Nächte beschwerlich und können gesundheitlich kritisch sein. Das bedeutet, Hitze und ihre Folgen fordern unser Gesundheitssystem heraus. Daher gilt es, umfassend greifende Hitzeschutzstrukturen in Deutschland zu etablieren, die auf verschiedenen Ebenen und in den unterschiedlichen Settings ansetzen. Ein relevantes Setting ist dabei die häuslich-ambulante Pflege. Daher hat das ZQP bundesweit 1.000 Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragte ambulanter Pflegedienste zu ihren Erfahrungen und zum Umgang mit Hitzeereignissen in den Diensten befragt.



Der Klimawandel führt u. a. dazu, dass Hitzeereignisse weltweit immer häufiger, länger und intensiver auftreten. Auch in Deutschland sind diese Klimaveränderungen evident. So hat laut Deutschem Wetterdienst im Mittel die Anzahl der Tage mit Temperaturen von 30 °C oder mehr hierzulande in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen.

Hohe Lufttemperaturen von 28 °C und mehr am Tag sowie von 20 °C und mehr in der Nacht sind körperlich und geistig belastend, und sie stellen ein Risiko für die Gesundheit der Bevölkerung dar. Das gilt insbesondere, wenn die Hitze über mehrere Tage und Nächte hinweg bestehen bleibt. Folgen von Hitzebelastung und mangelnder Abkühlung können z. B. Kopfschmerzen, Erschöpfung, Übelkeit, Herz-Kreislauf-Probleme bis hin zum Herz-Kreislauf-Versagen, Verwirrtheit oder Benommenheit sein. Auch die Wirkungen verschiedener Medikamente im Kontext Hitze bzw. deren Wechselwirkungen damit können gesundheitsgefährdet sein. Verschiedene Studien zeigen, dass es an heißen Tagen vermehrt zu Krankenhausseinweisungen bei Lungen- oder Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus sowie aufgrund von Exsikkose und Hitzeschlag kommt.

Ältere pflegebedürftige Menschen gefährdet

Ältere pflegebedürftige Menschen sind gefährdet, gravierende hitzebedingte Gesundheitsprobleme zu erleiden – vor allem wenn sie in puncto Hitze-schutz, Abkühlung und Flüssigkeitsaufnahme nicht ausreichend unterstützt werden. Das liegt u. a. daran, dass die Hitze-Resilienz, also die Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit des Körpers bei Hitze, sowie die Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems im Alter reduziert sind. Zudem besteht bei ihnen

generell ein erhöhtes Risiko für Flüssigkeitsmangel. Im Zusammenhang mit Hitzewellen sind Morbidität und Mortalität älterer pflegebedürftiger Menschen erhöht. Hitze wird darum auch als geriatrisches Problem eingeschätzt. Dementsprechend wichtig sind wirksame Maßnahmen zu ihrem Schutz vor Hitzebelastungen. Wesentlich zur Prävention sind die Sensibilisierung und Aufklärung über Risikofaktoren, Ursachen, Symptome und Maßnahmen bzw. die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Dies gilt generell für Personen, die in Kontakt mit älteren pflegebedürftigen Menschen sind, ob informell oder professionell, und nicht zuletzt auch für die älteren pflegebedürftigen Menschen selbst. Zudem ist ihre engmaschige Unterstützung während einer Hitze-welle wichtig. Dies umfasst u. a., die Raumluft und den Körper vor Hitze zu schützen bzw. kühl zu halten, auf die Trinkmenge und den Salzaushalt zu achten, die Ernährung anzupassen sowie in Bezug auf die Medikation und bei Anzeichen für Überhit-zung oder Flüssigkeitsmangel rechtzeitig ärztlichen Rat einzuholen.

Häuslich-ambulantes Setting hochrelevant

Eine quantitativ hochrelevante und gleichzeitig hinsichtlich hitzebedingter Gesundheitsgefahren besonders vulnerable Gruppe sind pflegebedürftige Menschen in häuslich-ambulanter Versorgung. Insbesondere wenn eine Demenz oder andere kognitive Einschränkungen vorliegen, steigt dieses Risiko, da präventive Verhaltensmaßnahmen meist in gerin-gerem Umfang oder weniger genau umgesetzt werden. Von den aktuell rund fünf Millionen offiziell





pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden die weitaus meisten – rund vier Millionen – zu Hause versorgt. Bei einem Großteil übernehmen ausschließlich Angehörige die Pflege. Dabei ist ein Teil der pflegebedürftigen Menschen alleinlebend, von denen wiederum ein Teil ohne jegliche Unterstützung durch Angehörige auskommen muss. Bei rund einer Million älteren pflegebedürftigen Menschen ist ein Pflegedienst eingebunden. Weitere am häuslich-ambulanten Pflegesetting beteiligte Akteure sind in der Regel Ärzte, zudem nicht selten auch Physiotherapeuten, Pflegeberater sowie andere Gesundheitsdienstleister. Das Versorgungssetting ist also oftmals komplex, und an der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen sind vielfach verschiedene Akteure beteiligt, die teils unabhängig voneinander agieren.

Präventionsaktivitäten verstärken

Gleichzeitig ist die nötige Unterstützung von Menschen im häuslich-ambulanten Pflegesetting während einer Hitzewelle nicht immer sichergestellt. Dies kann etwa der Fall sein, wenn die Hilfestrukturen und -leistungen nicht ausreichen, Verantwortungsbereiche unklar sind oder Wissen und Kompetenzen zum Hitzeschutz bei den Akteuren fehlen. Zudem sind der Handlungsspielraum und die Einflussmöglichkeiten professioneller Akteure aufgrund des privaten, nicht institutionellen Settings, des leistungsrechtlichen Rahmens und der oftmals prekären personellen Situation begrenzt. Zum Hitze- bzw. Gesundheitsschutz älterer pflegebedürftiger Men-

schen erscheint es daher erforderlich, umfassend greifende Präventionsplanungen, -strukturen und -maßnahmen zu entwickeln und zu implementieren, die bei verschiedenen Ebenen (z. B. Bund, Ländern, Kommunen, Organisationen) und unterschiedlichen Settings (z. B. Wohnumfeld/Stadtteil, ambulante Pflege, stationäre Pflege) ansetzen. Hierzu sind in Deutschland bereits einige Initiativen und Ansätze zu verzeichnen. So zeigt etwa die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf ihrer Webseite www.klima-mensch-gesundheit.de/hitzeschutz/kommunen Beispiele aus Kommunen. Ein weiteres Beispiel ist das vom Bundesgesundheitsministerium geförderte HitzeService-Portal www.hitzeservice.de, das ebenfalls Maßnahmen, Ansätze und Initiativen aufzeigt.

Präventive Rolle von Pflegediensten

Im häuslich-ambulanten Setting kommt Pflegediensten eine wichtige Rolle beim Schutz älterer pflegebedürftiger Menschen vor hitzebedingten Gesundheitsschäden zu. Gleichzeitig stellen Hitzeperioden die Dienste und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor zusätzliche Herausforderungen. Das betrifft z. B. die Anpassung organisatorischer Prozesse, wie Einsatzplanung, Kommunikation mit Arztpraxen, pflegerische Maßnahmen und hauswirtschaftliche Versorgung. Gleichzeitig ist Hitze auch ein erheblicher Belastungsfaktor für Pflegende, denn hitzebedingte Stressoren, denen die Allgemeinbevölkerung ausgesetzt ist, wirken ebenso auf sie. Außerdem ist Pflege an sich anstrengend – und bei Hitze noch anstrengender. Hinzu kommt, dass der Pflegeaufwand der pflegebedürftigen Menschen durch die Hitzebelastung steigen kann.

Zu den Instrumenten, die Pflegediensten zur Verfügung stehen, um Hitzeperioden möglichst gut zu bewältigen, gehören u. a. die Schulung von Mitarbeitenden, die Beratung von Klientinnen und Klienten, die Identifizierung und gezielte Unterstützung von Risikoklientel, die Anpassung der Einsatzplanung sowie Hitzeschutzangebote für die Belegschaft. Über Einzelmaßnahmen hinaus können die Beteiligung an regionalen Hitzeschutznetzwerken sowie die gezielte Entwicklung und Implementierung organisationsbezogener Maßnahmenpläne, auch Hitzeaktionspläne genannt, zum Gesundheitsschutz der pflegebedürftigen Menschen und der Beschäftigten vor Hitzebelastungen beitragen. Einen Musterhitzeschutzplan für Pflegedienste hat beispielsweise das Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin veröffentlicht.

ZQP-Befragung in Pflegediensten

Über die Umsetzung von Hitzeschutzmaßnahmen in der Praxis und die Herausforderungen, mit denen Pflegedienste in Deutschland in Bezug auf Hitzeschutz konfrontiert sind, ist bisher wenig bekannt. Daher ist das ZQP entsprechenden Fragen in einer aktuellen bundesweiten Studie nachgegangen: Wie ist die Sichtweise der Befragten auf das Themenfeld? Welche Erfahrungen haben sie bisher im Umgang mit dem Thema Hitze im Kontext ihrer Arbeit gemacht? Welche Herausforderungen beim Hitzeschutz ergeben sich? Und wie wird damit umgegangen?

Dazu wurden Pflegedienstleistungen, Qualitätsbeauftragte und Geschäftsleitungen aus bundesweit 1.000 Pflegediensten telefonisch befragt. Aus den ersten Datenanalysen ergaben sich Hinweise darauf, dass das Thema Hitzeschutz in vielen Pflegediensten präsent ist. Zudem sorgen sich viele in den Pflegediensten arbeitende Personen um die Folgen des Klimawandels – wie etwa vermehrte Hitzewellen – und deren Auswirkungen für ihr Tätigkeitsfeld: Etwa 40 Prozent der Befragten äußerten große Sorge, zukünftige Extremwetter-Ereignisse könnten sich negativ auf die Gesundheit der Menschen in ihrer Region auswirken. Im Folgenden werden einige der Studienergebnisse skizziert.

Belastungen durch Hitzeereignisse

Im Rahmen der Studie zeigte sich auf Basis von Daten des Deutschen Wetterdienstes, dass über 50 Prozent der Pflegedienste, in denen die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer tätig waren, im Sommer 2023 von mindestens einer Hitzewelle betroffen waren. In der Untersuchung zeichnet sich die Bedeutung von Risiken und Auswirkungen von Hitzeereignissen auf Klientinnen und Klienten bzw. auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Sicht der Teilnehmenden ab. Rund 44 Prozent der Befragten schätzten, dass es in den vergangenen drei Monaten oft oder sehr oft in ihrer Region so heiß war, dass damit ein gesundheitliches Risiko für ihre Klientinnen und Klienten verbunden war. Etwa jede dritte befragte Person (35,3 Prozent) sagte, dass dies nur gelegentlich zugetroffen habe, und jede fünfte gab diesbezüglich selten oder nie an. Die Befragten, deren Pflegedienste regional objektiv öfter von Hitze betroffen waren als andere, gaben auch verhältnismäßig häufiger an, dass in der Zeit ein hitzebedingtes Gesundheitsrisiko für ihre Klientinnen und Klienten bestand.

In Bezug auf hitzebedingte Belastungen unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegedienste kamen die Befragten zu folgenden Einschätzungen: Etwa ein Drittel gab an, die körperliche Erschöpfung der Kolleginnen und Kollegen nehme bei Hitzewellen sehr oft (6,1 Prozent) oder oft (26,3 Prozent) zu. Mit Blick auf die geistige Erschöpfung sagte rund ein Viertel, dass dies sehr oft (4,3 Prozent) oder oft (21,9 Prozent) der Fall sei. Krankmeldungen nehmen aber laut etwa 85 Prozent der Befragten durch Hitzewellen selten (30,0 Prozent) oder nie (55,4 Prozent) zu.

Umsetzungsprobleme

In der Studie wurden die Pflegedienste auch nach der Umsetzung von 15 exemplarischen Maßnahmen zum Hitzeschutz gefragt, die im Fachdiskurs und in bestehenden Hitzeaktionsplänen als hierfür geeignet gelten. Diese betreffen die Organisations-, die Personal- und die Klientinnen- bzw. Klientenebene. Werden die Angaben zum Implementierungsstand aller 15 Maßnahmen übergeordnet betrachtet, so ergibt sich folgendes Bild: Etwa 48 Prozent der Befragten gaben an, dass in ihrem Pflegedienst bisher sechs bis zehn Maßnahmen umgesetzt worden seien. Rund 47 Prozent berichteten von elf bis fünfzehn und knapp über 5 Prozent von fünf und weniger umgesetzten Maßnahmen. Auf der Einzelebene der Maßnahmen sagten beispielsweise 55 Prozent der Teilnehmenden, in ihrem Pflegedienst sei keine Mitarbeiterin bzw. kein Mitarbeiter zum Thema Hit-

zeschutzmaßnahmen geschult. Etwas mehr als ein Viertel sagte, bei ihnen werde nicht geprüft, ob Klientinnen und Klienten zu einer Risikogruppe für hitzebedingte Gesundheitsprobleme gehören.

Aus fachlicher Sicht gelten zwei weitere Präventionsinstrumente als sinnvoll: Die Erstellung und Implementierung eines organisationsbezogenen Hitzeaktionsplans sowie die Einbindung der Organisation in ein regionales Hitzeschutznetzwerk. Nur knapp die Hälfte (47,0 Prozent) der Befragten berichtete, dass es in ihrem Pflegedienst einen Hitzeaktionsplan gebe. Dabei setzten Pflegedienste mit einem solchen Aktionsplan laut den Befragungsergebnissen auch tendenziell mehr Einzelmaßnahmen um. In Bezug auf regionale Netzwerke zum Hitzeschutz gab rund ein Fünftel der Auskunft gebenden Personen an, ihnen sei ein regionales Netzwerk zum

Hitzeschutz bekannt (22,7 Prozent). Aber weniger als 5 Prozent berichteten, ihr Pflegedienst sei in ein solches eingebunden.

Fazit

Hitzeereignisse können gravierende Gesundheitsfolgen für die Bevölkerung haben. Besonders vulnerabel sind u. a. ältere pflegebedürftige Menschen in einem häuslich-ambulanten Versorgungssetting. Um sie möglichst gut zu schützen, sind wirksame Hitzepräventionsmaßnahmen wichtig. Ein zentraler Präventionsakteur hierbei sind ambulante Pflegedienste. Wie gut die derzeitigen Strukturen und Ressourcen in den Pflegediensten, einschließlich Wissen und Kompetenzen zu dem Thema, dieser Schlüsselrolle entsprechen, ist bisher unklar. Verschiedene Arbeiten und nicht zuletzt die aktuelle ZQP-Befragung legen nahe, dass diesbezüglich z. T. erhebliche Herausforderungen und Entwicklungsbedarfe bestehen.

Als zentral zeichnet sich daher u. a. ab, die nächsten Schritte in der Weiterentwicklung der Präventionsarchitektur auf Inhalte und Umsetzungsbedingungen von Hitzeaktionsplänen und entsprechenden Netzwerken zu fokussieren. Grundlage hierfür ist insbesondere, die Implementierung, die Praktikabilität und die Wirksamkeit von Hitzeschutz- bzw. -aktionsplänen und Hitzeschutznetzwerken in Deutschland systematisch zu untersuchen. Die Realisierung von auf diesem Weg identifizierten Bedarfen sollte dann auch vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungsbedingungen in der ambulanten Pflege geplant und ggf. mit entsprechenden Unterstützungsmaßnahmen für die Dienste verbunden werden. Übergeordnet erscheint es zudem notwendig, die Dokumentation und Analyse von hitzebedingten Krankheits- und Sterbefällen für eine genauere Beurteilung der Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen zu verbessern.

Informationen zum Thema Pflege und Klima sowie Tipps zum Hitzeschutz bei pflegebedürftigen Menschen bietet eine Themenseite auf dem ZQP-Portal: www.zqp.de/schwerpunkt/klima-pflege





„Ich sehe was, was du nicht“

Daniela Väthjunker & Daniela Sulmann

Weisse Mäuse. Grüne Männchen. Rosa Elefanten: Eine Halluzination kann eines von verschiedenen Symptomen eines Delirs sein. Allzu oft wird ein Delir nicht erkannt und entsprechend nicht therapiert – mit teilweise schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen. Gezielte Prävention und Diagnostik sind daher hochrelevant.

Ein Delir ist eine akute organische Beeinträchtigung der Hirnfunktion, die zu Verwirrtheit und einer gestörten Wahrnehmung führt. Es beginnt plötzlich, kann über Stunden, Tage oder Wochen anhalten und schwankend verlaufen. In der Regel bildet sich ein Delir vollständig zurück, es kann jedoch auch schwerwiegende Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit haben. Das gilt insbesondere, wenn ein Delir spät oder nicht erkannt und die richtige Behandlung dadurch verfehlt wird.

Eine Ursache dafür ist, dass die Symptome vielfältig und teilweise auch unauffällig sind. Einige können einer Depression ähneln, andere den Eindruck einer Demenz erwecken. Betroffene sind beispielsweise unkonzentriert, wirken verwirrt, können Gespräche nicht folgen oder logische Zusammenhänge nicht verstehen. Weitere mögliche kognitive und psychische Symptome sind Gedächtnisprobleme, Orientierungsstörungen, Halluzinationen, Wahn, Aggression, Angst, Euphorie, Distanzlosigkeit.



siehst ...“

keit, Traurigkeit. Möglich sind Hyperaktivität und Hypoaktivität. Typisch ist eine Mischform, bei der auch der Schlaf-Wach-Rhythmus gestört sein kann. Da es weniger auffällig ist, wird insbesondere das hypoaktive Delir eher übersehen.

Auslöser und Risikofaktoren

Auslöser für ein Delir sind u. a. Operationen, intensivmedizinische Behandlungen, Infektionen, Schmerzen und Flüssigkeitsmangel. Auch plötzliche Veränderungen können ein Delir auslösen, z. B. der Verlust der Mobilität – auch im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM), etwa in Form von Fixierungen. Gleiches gilt für eine fremde Umgebung und einen Ortswechsel, Reizüberflutung und die Störung des Tag-Nacht-Rhythmus. Meist wirken mehrere auslösende Faktoren zusammen.

Ältere Menschen, insbesondere ab 80 Jahren, haben ein erhöhtes Risiko, ein Delir zu entwickeln, denn im höheren Lebensalter kommen meist mehrere vorbestehende Faktoren zusammen. Dazu gehören u. a. Demenz, Gebrechlichkeit, Seh-/Hörbeeinträchtigungen, Schlafstörungen, chronische Schmerzen, Multimorbidität, Multimedikation, Immobilität und Mangelernährung. Auch die Lebensumstände, etwa Einsamkeit oder das Leben in einer Pflegeeinrichtung, gelten als Risikofaktoren.

Relevanz und Handlungsbedarf

Die Relevanz von Delir-Prävention ist hoch, hierin besteht fachlicher Konsens. Auch wenn exakte Zahlen zum Auftreten von Delir nicht vorliegen, ist klar: Es kommt häufig vor – und es wird oft nicht als solches erkannt. Zwischen 11 und 25 Prozent der Pati-

Ein Delir kann schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben.

entinnen und Patienten über 65 Jahre weisen bei der Krankenhausaufnahme ein Delir auf. Und bei weiteren rund 30 Prozent tritt es während des Krankenhausaufenthaltes auf. Für Intensivstationen werden entsprechende Erkrankungsraten zwischen 15 und 90 Prozent beschrieben. In stationären Altenpflegeeinrichtungen liegt in Deutschland bei schätzungsweise 40 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner ein Delir vor. Die Studienergebnisse variieren allerdings teilweise stark je nach Screeningmethode, untersuchter Gruppe und Institution. Hinzu kommt, dass ein Delir auch im Tagesverlauf mit erheblichen Schwankungen der Symptomausprägung eintreten kann. Hierdurch kann es zu Fehleinschätzungen, vor allem Unterschätzungen, kommen.

Ein Delir stellt ein hohes Gesundheitsrisiko für die Patientinnen und Patienten dar. So kann ein Delir den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und zu Komplikationen wie Infektionen, Dekubitus, Stürzen und längeren Krankenhausverweildauern führen. Zudem besteht ein Risiko für bleibende kognitive Defizite, ein schnelleres Fortschreiten einer Demenz sowie eine erhöhte Komplikations-, Institutionalisierungs- und Mortalitätsrate.

Die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen kann nicht nur während, sondern auch nach einem durchlebten Delir stark beeinträchtigt sein. Denn viele erinnern sich im Nachhinein an Angst, Halluzinationen und Wahnvorstellungen, Gefühle von Kontrollverlust und Hilflosigkeit.

Zudem stellen die relativ aufwendige Betreuung und Behandlung von Menschen mit Delir das Personal im Krankenhaus sowie in den nachfolgend betreuenden Einrichtungen vor besondere Herausforderungen. Auf Seiten der Versorgungseinrichtungen und der Kostenträger, letztlich für das gesamte Gesundheitswesen, kann es zu erheblichen Zusatzausgaben kommen.

Forschung zu Delir-Prävention und -Management

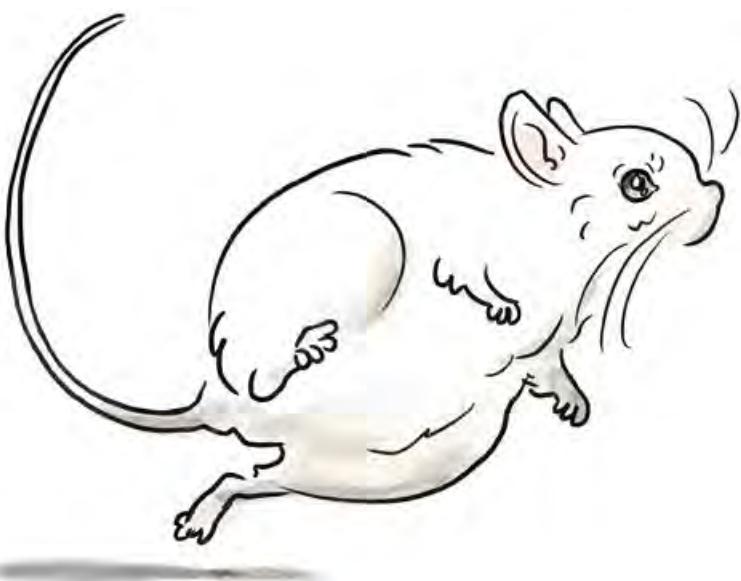
Zur Delir-Prävention und zum Delir-Management liegen eine Reihe von internationalen und nationalen Forschungsarbeiten vor. Insbesondere wird hierbei der akutstationäre Bereich fokussiert. So wurde beispielsweise im Forschungsprojekt „TRADE – TRAnsport und DElir bei älteren Menschen“ untersucht, wie ältere Menschen im Krankenhaus bei Verlegung und Entlassung möglichst gut vor einem Delir geschützt oder bei Vorliegen eines Delirs unterstützt werden können. Die vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) geförderte Studie wurde von 11 Kooperationspartnern unter der Leitung des Instituts für Geriatrische Forschung (IFGF) an der Agaplesion Bethesda Klinik Ulm umgesetzt. Auch das ZQP war beteiligt.

Bisher beschäftigen sich nur wenige Studien speziell mit Delir in der stationären Langzeitpflege. Ein Beispiel hierfür ist das vom Innovationsausschuss geförderte Forschungsprojekt „Delir in Altenpflegeeinrichtungen“ (DelIA), das vom Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) durchgeführt wird.

Derzeit wird eine transsektoral umsetzbare, interdisziplinär-interprofessionelle S3-Leitlinie zu Delir im höheren Lebensalter entwickelt, die den gesamten Versorgungsweg (Prävention, Diagnostik und Therapie) inklusive eines adäquaten Medikamentenmanagements (außerhalb der Intensivstation) berücksichtigt. Dabei sollen auch Angehörige und andere Bezugspersonen adressiert und über die Delir-Vermeidung und -Begleitung informiert werden.

Multiprofessionelle und multimodale Ansätze

Eine wichtige Voraussetzung für eine wirksame Delir-Prävention ist ein guter Wissensstand des Gesundheitspersonals über Risiken sowie Kompetenzen zu deren Reduzierung. Das betrifft u.a. das Krankheitsbild, prädisponierende und auslösende Risikofaktoren, die Handhabung von Screening- und



Zwischen 11 und 25 Prozent der Patientinnen und Patienten über 65 Jahre weisen bei der Krankenhausaufnahme ein Delir auf.

„Wichtig zur Delir-Prävention ist, Vertrautheit zu vermitteln“

PD Dr. Dhayana Dallmeier, Ph.D., ist Fachärztin für Innere Medizin und Epidemiologie und leitet die Forschungsabteilung an der Agaplesion Bethesda Klinik in Ulm. Wir sprachen mit ihr über das Projekt „TRADE – TRAnsport und DElir bei älteren Menschen“.



Frau Dr. Dallmeier, was war das Ziel des TRADE-Projekts?
Allgemein war es unser Ziel, das Wissen über das Auftreten von Delir nach Entlassung oder Verlegung sowie über die Möglichkeiten der Delir-Prävention weiter zu verbessern. Daher haben wir unter anderem untersucht, ob das Auftreten von Delir bei Menschen über 70 Jahren nach Verlegung oder Entlassung aus dem Krankenhaus durch eine bestimmte komplexe Intervention reduziert werden kann.

Wie war TRADE konzipiert?

Als ein dreiteiliges klinisches Projekt: erstens eine Beobachtungsstudie zur Erhebung kognitiver Veränderungen und der Delir-Häufigkeit bei Patientinnen und Patienten nach Entlassung oder Verlegung. Dazu gehörte auch die Untersuchung der aktuellen Situation zur Begleitung der Patientinnen und Patienten durch Bezugspersonen. Der zweite Teil umfasste die Entwicklung einer komplexen Intervention zur Delir-Prävention im Rahmen der Entlassung oder Verlegung. Im dritten Teil ging es darum, deren Wirksamkeit in einer clusterrandomisierten Pilotstudie mit Prozessevaluation zu untersuchen.

Wer war an dem Projekt beteiligt?

TRADE wurde vom Innovationsausschuss gefördert und an vier Klinikstandorten – an den Universitätskliniken Ulm, Tübingen und Heidelberg sowie am Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg – von 2019 bis 2022 mit 212 und 396 Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen jeweils in der Beobachtungs- und in der Pilotstudie durchgeführt. Beteiligt waren außerdem die AOK Baden-Württemberg, das DRK Baden-Württemberg, der Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, das Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie der Universität Ulm, die TH Rosenheim und das ZQP. Die Projekt- bzw. Studienleitung lag bei unserem Institut für Geriatrische Forschung an der Agaplesion Bethesda Klinik Ulm.

Was umfasste die Intervention?

Vor allem umfasste sie patientennahe Komponenten, wir nennen es das 8-Punkte-Programm. Dies ist der

Kern von TRADE und wurde den Bezugspersonen etwa im Rahmen von Entlassungsgesprächen vermittelt. Das Wichtigste dabei ist Vertrautheit, Orientierung und damit Sicherheit zu vermitteln. Dazu gehört zum Beispiel die Begleitung beim Ortswechsel.

Hierzu wurde Interventionsmaterial für Angehörige und Klinikpersonal entwickelt, zum Beispiel Flyer, Poster, eine Broschüre und Videos.

Welche Herausforderungen gab es?

Wie in allen klinischen Projekten gab es viele. Bei TRADE waren es vor allem die sehr unterschiedlichen Strukturen und Entlassungsprozesse der vier Kliniken, die es erst einmal zu verstehen galt. Dann kam die Corona-Pandemie. Somit war es nicht immer möglich, das 8-Punkte-Programm persönlich zu vermitteln, sondern musste über Informationsmaterial erfolgen.

Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Erkenntnisse?

Ich würde zwei hervorheben: Zum einen haben wir eine Inzidenz von etwa 16 Prozent für Delir nach Entlassung oder Verlegung in der Gruppe ohne Intervention beobachtet. Dies bestätigt die Relevanz des Themas. Zudem gibt es – trotz Pandemiebedingungen – Hinweise für bis zu 9 Prozent Reduktion der Delir-Fälle nach Implementierung der Intervention. Das sind sehr motivierende Ergebnisse, um in diese Richtung weiterzuarbeiten.

Worin sehen Sie weiteren Forschungsbedarf, was die Delir-Prävention betrifft?

Wir wissen mittlerweile schon einiges über Risikofaktoren und Möglichkeiten der Reduktion von Delir. Jetzt geht es vor allem darum, herauszufinden, wie man die Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Delir-Risiko identifizieren sowie die rechtzeitige Delir-Erkennung in der Gesundheitsversorgung verbessern kann. Für die Delir-Prävention spielt auf jeden Fall der Einbezug der Bezugspersonen durch den Austausch von Informationen eine sehr wichtige Rolle.

„Delir wird noch zu häufig verkannt“



Im Interview spricht der Vorstandsvorsitzende des ZQP, PD Dr. Ralf Suhr, über die Relevanz des Themas Delir-Prävention und den Beitrag der Stiftung.

Herr Dr. Suhr, wieso ist Delir-Prävention bei älteren Menschen so wichtig?

Ältere Menschen sind besonders gefährdet, ein Delir zu entwickeln. Bereits scheinbar geringfügige individuelle und umgebungsbedingte Einflüsse können Auslöser sein. Gleichzeitig sind körperliche, geistige und psychische Folgen bei ihnen vielfach besonders schwerwiegend. Das gilt vor allem, wenn das Delir nicht erkannt und daher falsch behandelt wird. Davor müssen wir die Menschen möglichst gut schützen. Das ist nicht nur individuell sehr relevant, sondern auch gesellschaftlich und gesundheitspolitisch. Denn die Zahl hochaltriger Menschen mit vielfachen Gesundheitsproblemen und Pflegebedarf wird bekanntlich weiter steigen – und die Ressourcen für deren sichere Versorgung werden knapper.

Wo stehen wir in Deutschland Ihrer Ansicht nach bei der Delir-Prävention?

Meine Einschätzung ist, dass das Thema in Deutschland seit ein paar Jahren sowohl wissenschaftlich als auch praktisch zunehmend in den Blick genommen wird. Es gibt eine Reihe von Forschungsprojekten – wie etwa das TRADE-Projekt, an dem auch das ZQP beteiligt war. Der Innovationsausschuss hat eine ganze Reihe von ent-

sprechenden Projekten gefördert. Auch nehme ich wahr, dass immer mehr Krankenhäuser Konzepte zur Delir-Prävention aufweisen. Dennoch: Ich denke, dass Wissenslücken im Kontext Delir-Prävention und Delir-Management unter Gesundheitspersonal vorhanden sind – etwa zu Risikofaktoren, zur Diagnostik und zu Maßnahmen. Außerdem mangelt es sicher in Gesundheitseinrichtungen zum Teil an delir-präventiven Strukturen und Prozessen.

Was sind denn gute Ansätze?

Die Forschung zeigt, dass es für eine gelingende Prävention, Linderung und Therapie eines Delirs auf verschiedene ineinander greifende Aspekte ankommt: Das sind zum einen sensibilisiertes und geschultes Gesundheitspersonal und deren gute strukturell verankerte multiprofessionelle Zusammenarbeit sowie eine positive Sicherheitskultur in der jeweiligen Organisation. Regelmäßige Screenings, eine gezielte Diagnostik und die Behandlung der organischen Ursachen und Auslöser sind weitere wichtige Elemente. Dann kommt es auf den gezielten Einsatz individualisierter Interventionen an. Diese zielen zum Beispiel auf Reizreduktion, Reorientierung, Aktivierung, Kommunikation, Mobilisation und die gute Vorbereitung von Ortswechseln in Gesundheitseinrichtungen bei Entlassung oder Verlegung. Wichtig ist dabei, Angehörige einzubeziehen. Sie können nach entsprechender Information oder Anleitung entscheidend Einfluss nehmen.

Wird das ZQP weiterhin dazu arbeiten?

Eindeutig ja. Das ZQP will den Wissenstransfer zum Thema fördern. Uns ist es wichtig, Profis im Pflegekontext, aber auch Angehörige zielgruppengerecht zu adressieren. Derzeit entwickeln wir Arbeitsmaterial zu Delir-Prävention für die professionelle Pflege. Für Angehörige haben wir kürzlich einen Kurz-Ratgeber veröffentlicht, der prägnant erklärt, wie sie zur Prävention beziehungsweise Linderung eines Delirs beitragen können.

„Zur Prävention und bei der Therapie eines Delirs kommt es auf verschiedene ineinander greifende Aspekte an.“



Assessmentinstrumenten sowie die Umsetzung delir-präventiver und -lindernder Maßnahmen.

Die Forschung zeigt, dass das Delir-Risiko durch gezielte protektive Maßnahmen erheblich gesenkt werden kann. Dazu gilt es, bei den individuellen krankheits-, behandlungs- und umgebungsassoziierten Auslösern anzusetzen. Diese sind in der Regel modifizierbar. Daher sollten sowohl bei Risikopatientinnen und -patienten als auch in Risikosituationen spezifische Screening- und Assessmentinstrumente zum Einsatz kommen. Für den Behandlungserfolg ist zudem eine zeitnahe Diagnostik wesentlich. Eine genaue Beobachtung von Symptomen und der Austausch im multiprofessionellen Team sind daher maßgeblich.

Settingübergreifend haben sich zur Prävention, Linderung und Therapie inzwischen konkrete Maßnahmen im Rahmen eines multiprofessionellen und multimodalen Ansatzes etabliert. Dazu gehören die Behandlung organischer Ursachen, Reizreduktion, eine optimierte Flüssigkeits- und Nahrungsversorgung, Aktivierung, Mobilisation, Reorientierung sowie die Förderung des Tag-Nacht-Rhythmus. Bei einem Ortswechsel ist auf einen optimalen delir-präventiven Ablauf zu achten. Innerhalb einer Einrichtung sollten Ortswechsel bei diesen Patientinnen und Patienten soweit möglich vermieden werden. Darüber hinaus kommen settingabhängige Maßnahmen zum Einsatz, etwa der Verzicht auf eine tiefe Sedierung.

Einbindung von Angehörigen

Angehörige können entscheidenden Einfluss auf die Delir-Prävention und -Linderung nehmen. Sie können Vertrautheit, Orientierung und damit Sicherheit vermitteln sowie Angst und Stress reduzieren: durch praktische Hilfe, emotionale Unterstützung und Erklären der Situation. Außerdem können sie dazu beitragen, dass ein Delir frühzeitig erkannt und dadurch angemessen behandelt wird. Entscheidend ist, dass sie möglichst gut darüber aufgeklärt sind. Hierfür sind zielgruppengerechte Informationen über das Krankheitsbild und delir-präventive Maßnahmen sowie eine passgenaue Beratung zu

ZQP-Kurz-Ratgeber zur Delir-Prävention:

↗ www.zqp.de/bestellen

ZQP-Datenbank zur Suche nach Forschungsprojekten zur Delir-Prävention in Deutschland:

↗ forschungsdatenbank.zqp.de/projects

ZQP-Datenbank zur Suche nach Leitlinien für Gesundheitspersonal im Zusammenhang mit Delir:

↗ pflegelitlinien.zqp.de

ihren Einflussmöglichkeiten seitens des Gesundheitspersonals wichtig. Eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation tragen auch dazu bei, Sorgen, Ängste und Unsicherheiten bei den Angehörigen zu reduzieren.

Fazit

Delir-Prävention und Delir-Management sind hochbedeutsame Präventionsthemen. Gleichzeitig wird das Thema Delir wahrscheinlich in der Praxis oftmals noch unterschätzt oder zu wenig beachtet und seine strukturelle Verankerung ist noch nicht weit verbreitet. Es gibt weiteren Forschungsbedarf, aber auch vielversprechende verhaltens- und verhältnis-präventive Ansätze zur Umsetzung von Delir-Prävention und Delir-Management. Grundlegend sind Sensibilisierung, Aufklärung und Kompetenzentwicklung bei Gesundheitspersonal, aber auch bei Angehörigen.



„Unsere Mission ist der zielgruppengerechte Wissenstransfer“

Regelmäßig erreichen das ZQP Zuschriften von Menschen, die Rat und Hilfe zur Pflege suchen. Welche sind das? Und wie geht das ZQP damit um? Daniela Sulmann gibt Antworten hierauf. Sie ist Geschäftsleiterin und Pflegeexpertin in der Stiftung.

Frau Sulmann, was sind das für Zuschriften, die das ZQP erreichen?

Wir bekommen im ZQP regelmäßig E-Mails, aber auch Briefe mit Fragen oder Problemen rund um das Thema Pflege. Meist sind es Angehörige von pflegebedürftigen Menschen, aber auch Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen und -diensten, Beratungsstellen oder Verbänden, die sich an uns wenden. Die Inhalte reichen von pflegefachlichen über leistungs- und berufsrechtliche Fragen bis hin zu Beschwerden über Pflegeanbieter. Auch hochproblematische Pflegesituationen, Last und Kummer werden offenbart.

Können Sie Beispiele nennen?

Häufig geht es um Schwierigkeiten zwischen Angehörigen pflegebedürftiger Menschen und professionellen Pflegeanbietern: Enttäuschte Erwartungen, mangelnde Kommunikation, Unzuverlässigkeit, Misstrauen und Schuldfragen sind typische Themen. Praktisch bezieht sich dies oftmals auf die Bereiche Ernährung, Medikation, freiheitsentziehende Maßnahmen und Schmerzen. Bei Zuschriften, die uns von Angehörigen oder Pflegebedürftigen erreichen, fällt auf, dass oft nicht klar ist, welche Stellen für ihre Fragen oder Probleme die richtigen Ansprechpartner sind. Oder sie hatten sich bereits erfolglos an mehrere Stellen gewandt, das heißt, sie fühlen sich nicht ausreichend unterstützt. Ein typisches Thema sind örtlich fehlende Angebote zur Unterstützung bei der Pflege – vor allem Kurzzeitpflegeplätze und Entlastung im Alltag. Daneben zeigen sich teils heftige innerfamiliäre Konflikte sowie Probleme mit rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern.

Zuschriften von Kolleginnen und Kollegen aus dem Pflegeumfeld zielen meist auf konkrete Fachfragen ab, etwa auf die Umsetzung eines Gewaltschutzkonzeptes in einer Einrichtung.

Wie gehen Sie im ZQP damit um?

Wir nehmen die Anfragen an uns sehr ernst. Unser Anspruch ist es, alle möglichst hilfreich und zeitnah zu beantworten – und zwar sachlich und gleichzeitig empathisch. Individuell beraten können wir aber nicht, denn dies ist nicht Aufgabe des ZQP. So versuchen wir, zumindest sehr konkrete weiterführende Informationen oder pflegefachliche Hinweise zu den einzelnen Anliegen zu geben. Natürlich können wir auch keine Einschätzungen zur Qualität von einzelnen Pflegeeinrichtungen und -diensten geben oder bestimmte Anbieter empfehlen. Ausgeschlossen sind außerdem Einschätzungen zu rechtlichen Fragen, hierfür haben wir keinen Auftrag und auch keine Kompetenzen im ZQP. Gut ist, dass wir gegebenenfalls an Expertinnen und Experten aus unserem Netzwerk vermitteln können.

Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie daraus?

Erst einmal ist zu sagen, dass sich natürlich allein aus den Zuschriften keine verallgemeinerbaren Schlussfolgerungen oder gar ein allgemeiner Handlungsbedarf ableiten lassen. Denn diese sind nicht repräsentativ. Das Bild kann zudem verzerrt sein, da sich möglicherweise gerade Menschen mit einem erhöhten Leidensdruck an uns wenden. Gleichwohl geben sie wertvolle Hinweise auf vielfältige Herausforderungen, die mit Pflegesituationen einhergehen können. Teilweise ergänzen



oder vertiefen die Schilderungen wissenschaftliche Befunde. Das gilt zum Beispiel für den Zugang und die Inanspruchnahme von Informationen, Beratung und weiteren Unterstützungsangeboten für hilfe- bzw. pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Und hier sehe ich auf jeden Fall Handlungsbedarf, beides weiter zu verbessern.

Aber es gibt doch vielfältige Angebote für Angehörige und pflegebedürftige Menschen, oder?

Ja, so ist es. Mittlerweile gibt es in Deutschland vielfältige gesetzliche Leistungen und vielerorts auch ein breites Informations- und Hilfangebot rund um die Pflege. Gleichzeitig sehen wir, dass diese Angebote zum Teil nicht in Anspruch genommen werden. Das hat unterschiedliche Gründe – vielfach werden die Angebote gar nicht gekannt, nicht gefunden oder sie greifen nicht am richtigen Punkt. Mitunter stehen Ratsuchende in einem Pingpong-Feld zwischen verschiedenen Stellen. Zudem stehen mancherorts einige Angebote nur sehr begrenzt oder fast gar nicht zur Verfügung. Damit möchte ich sagen, dass wir in Deutschland noch intensiver daran arbeiten sollten, Informationen und Angebote zur Pflege noch besser auf die Zielgruppe auszurichten. Das bedeutet unter anderem, breit, systematisch und verständlich zu informieren. Ein wichtiger Aspekt ist die Begleitung von Ratsuchenden, um individuell geeignete Hilfen auch zu finden. Es gibt gute Ansätze und auch Instrumente hierfür – aber meiner Einschätzung nach fehlt es hier noch an einer umfassenden Realisierung. Das ist natürlich kein neues Thema – aber ein fortwährendes, das angesichts der Pflegekrise immer mehr an Bedeutung – ich möchte sogar sagen Brisanz – gewinnt.

Und inwiefern arbeitet das ZQP an diesem Thema?

Das ist facettenreich und betrifft sowohl die Forschung als auch die Praxisprodukte. Wir tragen im ZQP unter anderem dazu bei, die Situation und Bedürfnisse pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Menschen besser zu erforschen. Dies kann helfen, Angebote zielgruppengerecht zu gestalten. Für die Beratungspraxis bieten wir beispielsweise Instrumente an, die helfen sollen, individuelle Belastungen, Risiken und Ressourcen zu identifizieren, um die Angebote dann gezielt darauf auszurichten. Zudem haben wir ein umfangreiches Informationsangebot zum Thema Pflege. Wir bieten zum Beispiel pflegepraktische Ratgeberhefte an.

Was leiten Sie noch für die Arbeit des ZQP ab?

Sowohl methodisch als auch inhaltlich und in Bezug auf Formate arbeiten wir ständig an unserem recht umfangreichen Informationsangebot, insbesondere für Pflegende. Dabei ist unsere Mission der zielgruppengerechte Wissenstransfer. Dazu gehören drei wesentliche Grundsätze: Das sind erstens Relevanz für Pflegende, zweitens fachliche Fundierung und drittens Einfachheit. Natürlich geben uns unter anderem auch die Zuschriften hierfür Anhaltspunkte, zum Beispiel was Themen, Verständlichkeit oder Gestaltung betrifft. Gerade weil sich einige Anfragen an uns inhaltlich oft wiederholen, haben wir spezifische Informationen zum Umgang mit Problemen in der Pflege sowie über zuständige Stellen auf unserer Website zusammengestellt. Zudem gibt es die Möglichkeit, in unserer Datenbank nach Adressen örtlicher Beratungs- und Beschwerdestellen sowie Heimaufsichten zu recherchieren. 

Informationen des ZQP zum Umgang mit Problemen in der Pflege sowie über zuständige Stellen:

↗ www.zqp.de/angebot/probleme-in-der-pflege

ZQP-Datenbank zur Suche nach Adressen örtlicher Beratungs- und Beschwerdestellen sowie Heimaufsichten:

↗ www.zqp.de/beratung-pflege

Prävention sexueller Gewalt in der Pflege

Simon Eggert & Christian Teubner

Sexuelle/Sexualisierte Gewalt ist ein besonders tabuisiertes Phänomen in der Pflege. Was sollte man dazu und zur Prävention entsprechender Gewalt in der stationären Langzeitpflege wissen? Nachfolgend wird ein kurzer Überblick gegeben.

Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in der stationären Langzeitpflege ist ein oft verdrängtes Thema. Betroffen sind Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie externe Anbieter, aber auch weitere Dritte wie Angehörige oder andere Besucherinnen und Besucher. Alle können dabei Opfer von Belästigungen, Übergriffen und Missbrauch werden – auch kommen Täterinnen und Täter aus allen diesen Gruppen.

Als Kern verschiedener Definitionen entsprechender Gewalt gilt, dass es sich dabei um einen nicht einvernehmlichen bzw. nicht einwilligungsfähigen Kontakt handelt, der das Sexuelle betrifft. Die Bandbreite der darunter zusammengefassten Handlungen und Verhaltensweisen ist groß. Zudem spielt es, auf einen konkreten Fall bezogen, eine wichtige Rolle, wie Personen Verhalten oder Handlungen wahrnehmen und dass sich solche Wahrnehmungen individuell, kulturell und kontextbezogen unterscheiden können. Wenn es zu entsprechenden Vorfällen kommt, können diese Straftaten darstellen.

Wer sexuelle/sexualisierte Gewalt miterlebt, wem sie persönlich widerfährt, kann davon physisch und psychisch stark belastet sein. Es drohen nicht zuletzt erhebliche gesundheitliche Probleme und Schäden. Personen können von verschiedenen Gewaltformen und wiederholt davon betroffen sein.

Für die Lebenswelt „stationäre Langzeitpflegeeinrichtung“ und das Arbeitsklima dort ist es daher höchst bedeutsam, dass eine gute Präventionskultur herrscht.

Gewaltformen

Die Formen sexueller/sexualisierter Gewalt werden in der Forschung häufig in solche unterschieden, bei denen es zu direktem Körperkontakt zwischen Täter und Opfer kommt (hands-on) und solchen ohne diesen Kontakt (hands-off). Die Bandbreite reicht dabei – kontextabhängig – u. a. von Bemerkungen über den Körper, Gesprächen zu sexuellen Themen und dem Zeigen pornografischer Inhalte über Umarmen oder Küssen und Berührung von Gesäß, Brüsten oder Genitalien bis zu weitergehenden Handlungen. Also auch Vergewaltigungen und ähnliche schwerwiegende Übergriffe kommen vor.



Neben diesen und anderen Formen sind vorrangig ältere pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen zusätzlich gefährdet, dass ihnen z. B. Pflege im Intimbereich gegen ihren Willen oder unnötige Entblößung widerfahren. Eine offenbar ebenfalls aktuelle Form von sexueller/sexualisierter Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen ist es, entsprechende Foto- bzw. Filmaufnahmen mit dem Smartphone von ihnen ohne ihr Wissen bzw. ohne ihre Einwilligung zu erstellen und zu veröffentlichen – etwa via WhatsApp oder ähnlichen Onlinediensten.

Risikofaktoren und -konstellationen

Der internationale Forschungsstand legt nahe, dass Risikofaktoren dafür, Opfer sexueller/sexualisierter Gewalt zu werden, für ältere pflegebedürftige Menschen insbesondere sind: weibliches Geschlecht¹, kognitive Einschränkungen, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, soziale Isolation sowie Abhängigkeit des Opfers von der potenziellen Täterin bzw. vom potenziellen Täter. Zudem ergaben sich bei im Rahmen des Projekts „Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in der stationären Langzeitpflege in Deutschland“ (SeGEL)² untersuchten staatsanwaltschaftlichen Verfahrensakten von Sexualdelikten gegen Bewohnerinnen Hinweise darauf, dass in diesen Fällen typische Tatorte vor allem die Zimmer und Betten der Opfer waren. Die Tatzeiten dieser Delikte lagen dabei meist in den späteren Abend-, Nacht- und frühen Morgenstunden.

Als Risikofaktoren dafür, als professionelle Pflegeperson in einer Einrichtung Opfer entsprechender Gewalt zu werden, deuten sich nach Studienlage vor allem an: weibliches Geschlecht¹ und Einsatz in der körpernahen Pflege. Im SeGEL-Projekt wurde dabei in verschiedenen Zusammenhängen deutlich, dass in der Praxis als besonders typische Gelegenheit von Übergriffen pflegebedürftiger Menschen auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Körperpflege – insbesondere die Intimpflege – wahrgenommen wurde. Hier wurde tendenziell deutlich, dass insbesondere jüngere, beruflich noch eher unerfahrene Mitarbeiterinnen Opfer werden und z. T. nicht wissen, wie sie damit umgehen können.



Häufigkeit des Phänomens

Studien zeigen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen in Deutschland häufig von sexueller/sexualisierter Gewalt durch Bewohnerinnen und Bewohner betroffen sind. So geben z. B. in einer 2018 durchgeföhrten Studie 44,2 Prozent der in diesem Rahmen Befragten an, dass sie mindestens einen solchen gegen sich gerichteten Vorfall in den letzten zwölf Monaten erlebt hätten. Auch verschiedene Studienteile des SeGEL-Projekts unterstreichen die Bedeutung von maßgeblich durch Krankheit begründeter sexueller Enthemmung einiger Bewohnerinnen und Bewohnern in der Praxis sowie von sexueller Belästigung bzw. sexuellen Übergriffen gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Sexuelle/Sexualisierte Gewalt gegen ältere Menschen wird vermutlich selten erkannt und gemeldet. Eine hohe Zahl an nicht entdeckten Vorkommnissen

1 D. h.: Frauen sind stärker gefährdet – aber auch Männer werden Opfer entsprechender Gewalt.

2 Kooperationsprojekt des ZQP und der Deutschen Hochschule der Polizei mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Das Präventionsprojekt SeGEL

Dr. Simon Eggert ist Geschäftsführer im ZQP. Sein Arbeitsschwerpunkt liegt u. a. auf den Themen Gewaltprävention und informelle Versorgung. Er leitete dabei auch das Projekt SeGEL zur Prävention von sexueller/sexualisierter Gewalt in der stationären Langzeitpflege.



Herr Dr. Eggert, was war das Ziel des SeGEL-Projekts?

Zusammen mit unserem Partner, der Deutschen Hochschule der Polizei, und gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben wir Erkenntnisse zu dem Phänomenbereich sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt in der stationären Langzeitpflege in Deutschland – also unter anderem zum Auftreten und zu Erscheinungsformen solcher

Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen sowie gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – gesammelt und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Außerdem haben wir darauf aufbauend, und das war ein zentraler Punkt, Schulungsmaterial für die Praxis entwickelt, die in der Aus- und Fortbildung sowie in verschiedenen Schulungsformaten in den Organisationen kostenlos genutzt werden können.

Warum ist das wichtig?

Sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt in der Pflege ist ein stark tabuisiertes, insgesamt immer noch stark verdrängtes Thema. Die Auswirkungen solcher Gewalt auf die Gesundheit und Lebensqualität von Betroffenen sowie auf das Arbeitsklima in Einrichtungen können schwerwiegend sein. Pflegende und Einrichtungen, die sich bei der Prävention von Gewalt engagieren oder engagieren wollen, brauchen Unterstützung – müssen aus mei-

ner Sicht gestärkt werden. Und da wir im ZQP in den vergangenen Jahren immer wieder darauf angesprochen wurden, ob wir nicht mit fachlichen Informationen oder Schulungsmaterial gerade auch zu diesem speziellen Aspekt weiterhelfen könnten, war das Projekt aus unserer Sicht sehr sinnvoll.

Wofür ist das Arbeitsmaterial gut?

Das Schulungsmaterial bietet Wissen und praxisbezogene Anregungen zur Prävention von sexualisierter Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner. Es ist dialogoffen angelegt und soll die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema und die Reflexion eigener Erfahrungen fördern. Vermittelt werden beispielsweise Informationen über Erscheinungsformen und mögliche Anzeichen sexueller bzw. sexualisierter Gewalt sowie Einflussfaktoren. Zudem werden konkrete Anregungen für strukturelle, prozessbezogene und individuelle Maßnahmen zur Prävention, aber auch zum Vorgehen bei Vorfällen gegeben. Die Präsentationsfolien und Arbeitsblätter können in Pflegeeinrichtungen sowie im Unterricht an Pflegeschulen eingesetzt werden. Sie richten sich primär an Pflegende und Leitungspersonen, können aber auch interdisziplinär zur Schulung aller Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen auf allen Ebenen genutzt werden. Das Material ist kostenfrei über das ZQP-Portal herunterzuladen.

Gibt es Rückmeldungen aus der Praxis?

Ja, wir haben das Material in zwei Probeschulungen in unterschiedlichen Einrichtungen gegen Ende des Entwicklungsprozesses getestet. Ehrlich gesagt waren wir selbst etwas überrascht, wie gut die Rückmeldungen auf den Feedbackbögen da schon waren. Allerdings bieten zwei Einrichtungen ja nun kein breites Meinungsbild. Mehr konnten wir aber leider in dem gegebenen Projektrahmen nicht realisieren. Wir sehen jedoch, dass das Material seit seiner Veröffentlichung auf jeden Fall schon häufig heruntergeladen worden ist. Und tatsächlich haben wir weit überwiegend sehr positive Reaktion auf das Angebot erhalten – nicht zuletzt auch von denjenigen, die die Schulungen durchführen.

„Unser Schulungsmaterial unterstützt die Präventionsarbeit in Einrichtungen der Langzeitpflege.“



insbesondere gegen die Gruppe der sehr vulnerablen älteren pflegebedürftigen Menschen wird angenommen. Klar ist: Entsprechende Gewalterfahrungen sind keine Ausnahmen. Wie hoch die Opferzahlen genau sind, lässt sich nicht beantworten. Dies liegt an methodischen Herausforderungen wie etwa schwieriger Zugang zu Betroffenen, eingeschränkte Auskunftsfähigkeit oder -bereitschaft, erschwerende Beobachtungsbedingungen und begrenzt belastbare Auskünfte sowohl von Zeuginnen und Zeugen als auch von Täterinnen und Tätern.

Im Rahmen der SeGEL-Studie wurden über 1.000 Leitungskräfte von Pflegeheimen in Deutschland gefragt, ob Sie sich an mindestens einen Fall von sexueller/sexualisierter Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Einrichtung in den vergangenen zwölf Monaten erinnern. Von mindestens einem entsprechenden Gewaltereignis zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern berichteten 22,2 Prozent der Befragten. Zudem gaben 2,0 Prozent solche Art von Gewalthandlungen von Personal gegen Bewohnerinnen oder Bewohner an, 2,1 Prozent erinnerten solche von Angehörigen oder anderen Besucherinnen und Besuchern und 0,7 Prozent von anderen Dritten. Diese vier Konstellationen sexueller/sexualisierter Gewalt gemeinsam betrachtet, berichteten 24,9 Prozent der Leitungskräfte von mindestens einem ihnen bekannt gewordenen Vorfall im zurückliegenden Jahr. Diese Ergebnisse stellen keine Prävalenzwerte dar und können als eine sehr konservative Abschätzung der Problemdimension verstanden werden.

Prävention

Voraussetzung wirksamer Prävention von sexueller/sexualisierter Gewalt in der stationären Langzeitpflege ist die Sensibilisierung von allen dort handelnden Akteursgruppen. In mehreren Studien wird deutlich, dass in dem Themenfeld oft Schulungs- und Fortbildungsbedarfe sowie Entwicklungsaufgaben für die Organisationen bestehen. Führungskräfte haben dabei die Verantwortung, wirksame Schutzprozesse und -instrumente für alle potenziellen Opfergruppen innerhalb der Einrichtung zu etablieren und deren Umsetzung sicherzustellen.

Die Empirie legt allerdings nahe, dass es Organisationen schwerfallen kann, mit sexueller/sexualisierter Gewalt angemessen umzugehen. So zeichnen sich in Bezug auf die medizinische und psychologische Versorgung von Opfern, deren Schutz vor neuerlicher Visktimisierung sowie die angemessene Berichterstattung und Dokumentation solcher Vorfälle teilweise erhebliche Defizite ab. Im SeGEL-Projekt wurde u. a. die Bedeutung folgender Aspekte deutlich:

Eine Voraussetzung wirksamer Prävention von sexueller Gewalt in Pflegeeinrichtungen ist die Sensibilisierung vor Ort.

- Umgang mit Sexualität im Alter in der Einrichtung und mit Scham und Vorurteilen diesbezüglich
- Kommunikation zu und konkrete Unterstützung bei (mutmaßlichen) Gewaltvorfällen
- Verständnis von Personalrekrutierung und -entwicklung als präventionsrelevant
- Schulungs- und Fortbildungsmöglichkeiten zu Sexualität im Alter, Ursachen und Folgen sexuell enthemmten Verhaltens sowie zur Prävention sexueller/sexualisierter Gewalt bzw. dem Umgang damit
- Entwicklung und Vermittlung von Handlungspfaden zum korrekten Vorgehen bei Verdacht auf entsprechende Gewaltvorfälle
- Leitungsgeforderte gewaltsensitive Sicherheitskultur, die gemeinsam mit dem Team entwickelt und in der Praxis gelebt wird.



Digitales Berichts- und Lernangebot für die Pflege

REDEN IST SILBER.
IST SCHWEIGEN GOLD?



Daniela Sulmann

Das ZQP entwickelt derzeit ein CIRS für die Langzeitpflege. Ein ambitioniertes Unterfangen, bei dem es darauf ankommt, Vertrauen, Akzeptanz und Motivation bei den Pflegenden zu schaffen. Im ersten Halbjahr 2025 soll das Angebot an den Start gehen.

Digitale Berichts- und Lernsysteme werden heute in Arbeitsbereichen mit hohem Risikopotenzial hinsichtlich der gesundheitlichen Sicherheit von Menschen vorausgesetzt. So ist ein sogenanntes CIRS (Critical Incident Reporting System) etwa in der Luftfahrt und in Krankenhäusern ein obligatorisches Instrument des Risikomanagements und dessen Anwendung ein Aspekt der Sicherheitskultur. Hiermit sollen Sicherheits- und Gesundheitsrisiken reduziert werden. Dazu werden sicherheitsrelevante Vorfälle anonym in einem digitalen Tool berichtet, dokumentiert, analysiert und schließlich mit fachlichen Empfehlungen kommentiert. Dies bietet die Möglichkeit, Erfahrung und Wissen mit Kolleginnen und Kollegen zu teilen – und diese zu nutzen, um das Risikobewusstsein in dem Arbeitsbereich zu stärken, entsprechende Vorfälle künftig zu prävenieren oder möglichst angemessen mit Vorfällen umzugehen. Berichts- und Lernsysteme haben nicht den Zweck, Fehler zu zählen oder Rückschlüsse auf die Qualität von Einrichtungen zu ziehen. Grundsätzlich sind zwei CIRS-Typen zu unterscheiden: Einrichtungsübergreifende CIRS sind in der Regel frei oder im Rahmen eines Verbundes von Organisationen frei zugänglich. Organisationsinterne CIRS sind nur für deren Mitglieder zugänglich.

In der Langzeitpflege in Deutschland sind CIRS, sowie das Thema Sicherheitskultur insgesamt, bisher nahezu fremd – obwohl auch dieser Bereich mit hohen Sicherheits- bzw. Gesundheitsrisiken für die pflege-

bedürftigen Menschen einhergeht. Dies betrifft beispielsweise Medikationsfehler, Stürze, Infektionen – und auch Gewaltvorkommisse zählen hierzu.

Seit Kurzem gibt es einige Initiativen und Projekte zur Sensibilisierung für Sicherheitskultur in der Pflege, zu deren Förderung sowie zur Implementierung entsprechender Instrumente. So wurde etwa in der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) der Bundesregierung vereinbart, eine „moderne und wertschätzende Fehler- und Lernkultur“ in allen Pflegeeinrichtungen zu etablieren. Unter anderem ist hierzu ein zentrales „Onlinemeldesystem“ für die Pflegeeinrichtungen einzurichten. Allerdings gibt es keine konkreten gesetzlichen Anforderungen hierzu. Konsens ist, dass die Einführung von CIRS nur auf Grundlage eines Kulturwandels hin zu einer positiven Sicherheitskultur in den Einrichtungen sinnvoll voranzubringen ist.

Vor diesem Hintergrund entwickelt das ZQP derzeit das einrichtungsübergreifende Pflege-CIRS für die professionelle Langzeitpflege. Neben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Pflege sind unter anderem die Verbände der Pflegeanbieter und Pflegeberufe sowie das Aktionsbündnis Patientensicherheit beteiligt.

Das Pflege-CIRS wird derzeit konzipiert, technisch umgesetzt und praktisch getestet. 2025 soll es an den Start gehen.

„Das Pflege-CIRS muss vertrauenswürdig, praxistauglich und hilfreich sein“

Frau Havers, wieso meinen Sie, dass ein Pflege-CIRS der Pflege in Deutschland nützen könnte?

Ganz klar: Weil wir Instrumente benötigen, die zur Pflegesicherheit beitragen. Das ist für eine sichere Versorgung pflegebedürftiger Menschen hochrelevant – und wird angesichts des Fachkräftemangels immer bedeutsamer. Ein systematischer, konstruktiver Umgang mit kritischen Ereignissen in der Pflege sollte die Regel sein – ist es aber nicht. Ich weiß das aus eigener Erfahrung. Wenn etwas schiefläuft, reagiere ich mit Angst, Hilflosigkeit oder Scham. Ein Pflege-CIRS kann ein nützliches Instrument sein, um solche Muster aufzubrechen, für das Thema zu sensibilisieren, Hemmschwellen abzubauen und Lerneffekte zu fördern. Letztlich hängt es dann von der gelebten Haltung im Unternehmen und der Kollegialität vor Ort ab, ob ich solche Vorfälle ansprechen und Veränderungen wirklich angehen kann.

Was soll das Pflege-CIRS aus Ihrer Sicht bieten?

Unser Pflege-CIRS soll im Prinzip eine frei zugängliche Plattform bieten, um kritische Ereignisse in der Pflege konstruktiv-fachlich zu thematisieren. Es soll Mitarbeitenden aus stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten ermöglichen, niedrigschwellig und anonym zu berichten, aus veröffentlichten Berichten sowie entsprechenden Lösungsansätzen zu lernen und Maßnahmen für den eigenen Bereich abzuleiten. Das gilt für die Kolleginnen und Kollegen in der Praxis, für ganze Einrichtungen, aber auch für Akteurinnen und Akteure in der Gesundheitspolitik. In erster Linie aber wollen wir professionell Pflegende stärken.

Welche Art von Vorfällen können im Pflege-CIRS berichtet werden?

Das Pflege-CIRS ist so konzipiert, dass alle kritischen Ereignisse in der Pflege berichtet werden können, also jegliche kritische Ereignisse, Fehler und auch „Never Events“, das heißt schwerwiegende, vermeidbare Ereignisse, die bei pfe-

gebedürftigen Menschen zu erheblichen gesundheitlichen Schäden führen können. Berichtet werden kann, was beobachtet wurde oder einem selbst passiert ist. Egal, um welches pflegerische Thema es geht, ob Hygiene, Medikation, Ernährung – oder auch Gewalt.

Welche Prinzipien des Pflege-CIRS sind Ihnen besonders wichtig?

Das Pflege-CIRS muss vertrauenswürdig, praxistauglich und hilfreich sein. Daher ist die Zusicherung von Anonymität sehr wichtig. Zudem muss es für Pflegende möglichst einfach sein zu berichten. Und zentral ist natürlich auch, dass es fachliche Empfehlungen zu den Ereignissen gibt, die gut verständlich und nützlich sind. Das ist maßgeblich, um Akzeptanz aufzubauen.

Wie wollen Sie die Pflegenden dazu bewegen, das Pflege-CIRS zu nutzen?

Es wird bestimmt nicht leicht, die Kolleginnen und Kollegen aus der Praxis für dieses neue Angebot zu gewinnen. Zum einen, weil der Ansatz für das Berufsfeld noch fremd ist, und zum anderen, weil wahrscheinlich Unsicherheiten und Skepsis bestehen. Wir rechnen daher zunächst mit Vorbehalten. Gleichzeitig gehen wir davon aus, dass unser Angebot viele überzeugen wird, wenn sie es erst einmal genutzt haben. Sicher kommt es auch auf eine gute Kommunikation und Verbreitung über verschiedene Kanäle und Akteure an, damit das Pflege-CIRS bekannt wird. Da gibt es bereits Ansatzpunkte. 



Katrin Havers
ist Teamleiterin
Pflegesicherheit
im ZQP und für
das Pflege-CIRS
zuständig

Studie: Stress bei Angehörigen von Menschen mit Demenz

Alexandra Wuttke & Daniela Sulmann

Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz sind täglich mit körperlichen und psychischen Belastungen konfrontiert. Dabei ist ständiger Stress gesundheitsschädlich. In einer Studie des ZQP und des ZpGA wurden Stress- und Resilienzfaktoren von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz in deren Alltag erfasst.

Chronischer Stress im Alltag kann schwerwiegende Folgen für die Gesundheit haben. Das gilt vor allem, wenn wenig Ressourcen zur Stressbewältigung zur Verfügung stehen. Pflegende Angehörige – insbesondere von Menschen mit Demenz – sind hierbei gesundheitlich besonders gefährdet. Sie berichten häufig von regelmäßigen psychischen und körperlichen Belastungen im Zusammenhang mit der Pflege. Gleichzeitig sind der Umgang hiermit und das Belastungsempfinden individuell unterschiedlich. Dies betrifft beispielsweise die Bewältigung demenzbedingter Herausforderungen. Hierbei ist die Resilienz – die psychische Widerstandskraft – ein wesentlicher Aspekt.

Wissen über individuelles Stresserleben sowie Belastungs- und Resilienzfaktoren kann helfen, pflegebezogenen Stress durch verbesserte individualisierte Unterstützung effektiver zu reduzieren, pflegespezifische Resilienzfaktoren zu stärken und so stressbedingten psychischen und körperlichen Erkrankungen vorzubeugen. In der Studie „Biopsychologische Mechanismen der Stressbelastung und der Resilienzfaktoren im Alltag von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz“ des Zentrums für psychische Gesund-

heit im Alter (ZpGA) und des ZQP wurden daher entsprechende Daten in Form einer ambulanten Assessmentstudie erfasst und analysiert. Ein Vorteil dieser Methode ist es, dass „Echtzeitdaten“ erhoben werden. Dies reduziert mögliche Wahrnehmungsverzerrungen im Vergleich zu Methoden, bei denen retrospektiv gefragt wird. Das heißt, statt z. B. einmalig „Wie gestresst waren Sie in den letzten vier Wochen?“ zu fragen, wird wiederholt im Alltag gefragt: „Wie gestresst fühlen Sie sich jetzt gerade?“

In der Studie wurden 20 pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz oder leichter kognitiver Beeinträchtigung/beginnender Demenz mit einem Smartphone ausgestattet. 14 Tage lang wurden über eine App sechsmal täglich verschiedene Angaben abgefragt. Diese betrafen die pflegenden Angehörigen selbst (z. B. zu Stress, Resilienzfaktoren), die pflegebedürftige Person (z. B. aktuelle Einschränkungen, Symptome) sowie interpersonelle Aspekte (z. B. Kontaktqualität zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person). Zusätzlich gaben die pflegenden Angehörigen eine Speichelprobe zur Analyse von physiologischen Stressmarkern (Cortisol und Alpha-Amylase) ab und trugen über die 14 Tage einen Brustgurt, der kontinuierlich das Herzsignal maß. Somit war es möglich, die subjektiven Angaben zum Stresserleben direkt mit physiologischen Stressmarkern in Verbindung zu setzen. Um darüber hinaus eine Aussage über das chronische Stresserleben der vergangenen Wochen machen zu können, wurde zusätzlich am Ende der 14 Tage eine Haarprobe bei den pflegenden Angehörigen entnommen, denn in einem Haar lagert sich die chronische Stressbelastung der letzten vier Wochen ab.

Die Studie erfasst und analysiert Daten zu Stress- und Resilienzfaktoren.



Begleitend dazu füllten die pflegenden Angehörigen Fragebögen aus, um einen Abgleich zwischen Alltagsdaten und rückblickenden Daten zu ermöglichen.

Ausgewählte Ergebnisse

Die direkt im Alltag erhobenen Angaben der pflegenden Angehörigen unterscheiden sich von den rückblickenden, per Fragenbogen erhobenen Daten.

Es zeigten sich keine Übereinstimmungen zwischen momentanem subjektivem Stresserleben und physiologischen Stressmarkern. Aber im Bereich des chronischen Stresserlebens stimmten subjektive und physiologische Stressmarker überein.

Dabei wird in der Forschung davon ausgegangen, dass die retrospektiven Angaben durch Erinnerungseffekte verzerrt sein können und die ambulanten Assessmentangaben das „wirkliche“ Empfinden einer Person in der Situation valider wiedergeben.

Die Auswertungen zeigen zudem, dass das Ausmaß von Einschränkungen oder Symptomen, wie Verhaltensauffälligkeiten, bei der oder dem pflegebedürftigen Angehörigen nicht in Zusammenhang mit der Stressbelastung der pflegenden Angehörigen stehen muss. Gleichzeitig scheint das Bestehen von Verwirrtheit ein relevanter Stressfaktor zu sein. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass der physiologische Stresslevel der

pflegebedürftigen Person in Zusammenhang mit dem subjektiven Stresserleben der pflegenden Person steht. Relevanten Einfluss auf das Stresserleben der pflegenden Angehörigen scheinen momentane Faktoren zu haben, wie Stimmung und Kontaktqualität, Selbstfürsorge und Akzeptanz der Situation. Dementsprechende Fragen könnten zur Identifikation von besonders vulnerablen pflegenden Angehörigen geeignet sein.

Insgesamt zeigt die Studie, dass ein ambulantes Assessment im Alltag zusätzlich zu den in der Beratungssituation erhobenen Daten dazu beitragen kann, die Beratung pflegender Angehöriger zielgenauer auf deren individuelle, alltagsbezogene Stress- und Pflegebelastung auszurichten und entsprechend geeignete Entlastungsangebote zu machen.

Die umfangreichen Studienergebnisse sind in dem Projektbericht „Biopsychologische Mechanismen der Stressbelastung und der Resilienzfaktoren im Alltag von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz“ auf www.zqp.de frei zugänglich. Auch das FARBE-Instrument (Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung) steht hier zur Verfügung. Dies ist ein Screening-Instrument für professionelle Beratungssituationen, um individuelle Resilienz- und Belastungsfaktoren bei pflegenden Angehörigen einzuschätzen. ←



Wohnen mit Pflegebedarf

Simon Eggert & Christian Teubner*

Die Wohnsituation ist ein potenzieller Präventionsfaktor. Sie kann großen Einfluss darauf haben, wie gut und wie lange ältere, pflegebedürftige Menschen in ihren vertrauten vier Wänden leben können. Wie ist also ihr privater Wohnraum und dessen Umfeld beschaffen? Dazu stellt das ZQP neue Befragungsergebnisse zur Verfügung.

Ungünstige Wohnbedingungen können sich physisch, psychisch und sozial auf die Gesundheit älterer Menschen auswirken, bergen ein erhöhtes Risiko für Pflegebedürftigkeit und nicht zuletzt für ein institutionalisiertes Wohnen. Als ein zentraler physischer Faktor ist hier das Sturzrisiko zu nennen. Sturzrisiken sind bei älteren Menschen ausgeprägt; pro Jahr erleiden in Deutschland rund 31 Prozent der Menschen über 65 Jahre einen Sturz, internationale Studien weisen zudem aus, dass rund die Hälfte der Stürze in dieser Altersgruppe im eigenen Zuhause auftreten. In Studien zum Sturzrisiko älterer Menschen führten zwischen 10 und 20 Prozent der Stürze zu Frakturen, welche wiederum als unabhängiger Prädiktor für einen nachfolgenden Wechsel in die stationäre Langzeitpflege ermittelt wurden. Eine Meta-Analyse von Studien über Sturzrisiken älterer Menschen zeigt, dass der Anteil an Stürzen, die auf das physische Wohnumfeld zurückzuführen sind, zwischen 11 und 55 Prozent liegt.

Zudem scheinen sich Stürze durch die Angst vor weiteren Stürzen negativ auf die soziale Teilhabe älterer Menschen auszuwirken. In einer systematischen Übersichtsarbeit zu Studien, welche den Zusammenhang zwischen Stürzen bzw. Angst vor Stürzen und Depression bei älte-

* Dieser Text ist ein Auszug aus der ZQP-Studie „Wohnen mit Pflegebedürftigkeit: Befragung pflegender Angehöriger“, Berlin 2023.

ren Menschen untersuchten, wurden signifikante Zusammenhänge zwischen der Angst vor Stürzen und Depression ermittelt.

Wohnraum mit erheblichen Barrieren

Vor diesem Hintergrund ist bedeutsam, dass die Wohnsituation älterer Menschen in Deutschland überwiegend nicht barrierearm oder -frei ist. Die Erhebung im Rahmen des Mikrozensus 2022 zeigt für Haushalte mit Personen ab 65 Jahren folgendes Bild: Ein knappes Viertel (23,6 Prozent) der Wohnungen hat keine Schwellen oder Unebenheiten, in 38,1 Prozent sind alle Räume stufenlos erreichbar, über die Hälfte (57,3 Prozent) bietet nach Einschätzung der Befragten genügend Raum im Bereich Bad/Sanitär, wobei lediglich 22,7 Prozent einen ebenerdigen Einstieg zur Dusche haben.

Um mit aktuellen bundesweiten Daten den Diskurs zur Wohnsituation älterer pflegebedürftiger Menschen in Deutschland und zur Bedeutung technischer Unterstützungssysteme in diesem Zusammenhang weiter zu fördern, hat das ZQP eine Befragung zu diesem Thema bei über 1.000 pflegenden Angehörigen durchgeführt.

In den Ergebnissen überrascht nicht: Die Wohnräume der pflegebedürftigen Personen sind laut Auskunft der Angehörigen selten barrierefrei: Jede siebte befragte Person (13,7 Prozent) meint, es gebe keine Barrieren. Etwa zwei von fünf (39,9 Prozent) sagen, es gebe „kaum Barrieren“. Beinahe die Hälfte (46,1 Prozent) ist sogar der Ansicht, es gebe „einige“ (32,7 Prozent), „viele“ (9,5 Prozent) oder „sehr viele“ (3,9 Prozent) Barrieren.

Barrieren erhöhen das Risiko für Pflegebedürftigkeit und institutionalisiertes Wohnen.

Wohnräume nicht sicher nutzbar

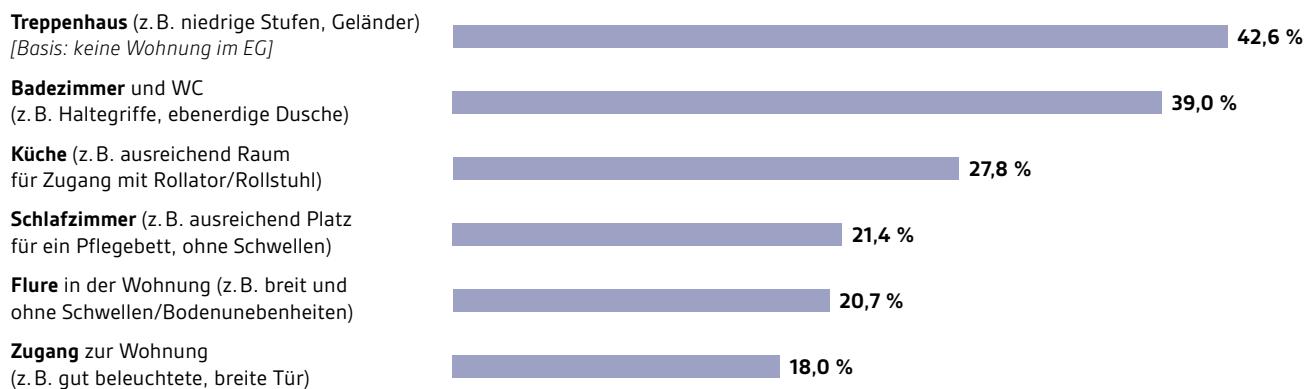
Auf die Frage, welche Räumlichkeiten in der Wohnung bzw. dem Haus eine sichere Nutzung ermöglichen, sagen über das Badezimmer und WC knapp zwei Fünftel (39,0 Prozent), es könne „überhaupt nicht/eher nicht“ sicher genutzt werden, 27,8 Prozent sagen dies über die Küche – und für die pflegebedürftigen Personen, die nicht im Erdgeschoss wohnen, sagen dies 42,6 Prozent über das Treppenhaus. Insgesamt sind 65,0 Prozent der Befragten der Meinung, dass mindestens einer der abgefragten zum Wohnraum zählenden Bereiche überhaupt nicht (24,5 Prozent) oder eher nicht (40,6 Prozent) sicher nutzbar sei. Insgesamt meint knapp ein Fünftel (19,7 Prozent) der Befragten, die pflegebedürftige Person könne, wenn sich ihr gesundheitlicher Zustand etwas verschlechtere, nicht mehr länger in der aktuellen Wohnung verbleiben. Diese Einschätzung variiert signifikant mit der wahrgenommenen Menge an Barrieren in der Wohnung.

Die pflegenden Angehörigen wurden auch gefragt, inwieweit Nachbarn, Freunde oder Mitglieder von Organisationen wie Kirchengemeinden, Vereinen oder anderen sozialen Einrichtungen im Wohnumfeld Kontakt zur pflegebedürftigen Person halten

Treppenhäuser und Badezimmer häufig nicht barrierefrei

Inwieweit ermöglichen folgende Räumlichkeiten im Haus bzw. in der Wohnung der pflegebedürftigen Person eine sichere Nutzung? (n = 1.005; Frage zu *Treppenhaus* n = 408)

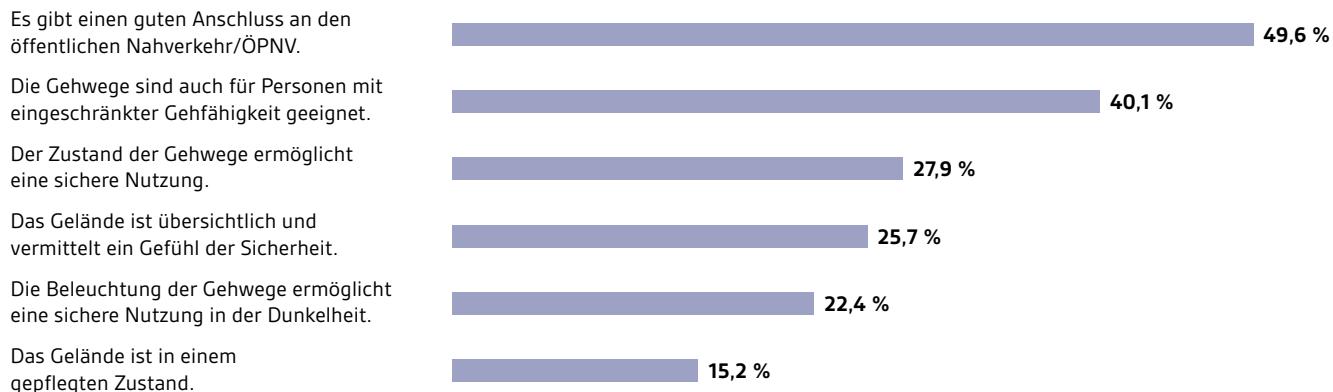
eher nicht/überhaupt nicht



Verbesserungsbedarf im Wohnumfeld pflegebedürftiger Menschen

Inwieweit trifft die jeweilige Aussage auf das Wohnumfeld zu? (n = 1.005)

 trifft eher nicht/trifft überhaupt nicht zu



bzw. die pflegebedürftige Person dies tut. Hierzu sagt ein Drittel der Befragten, es gebe „regelmäßigen“ Kontakt, weitere 30,0 Prozent nennen Kontakte „ab und zu“, während 36,7 Prozent zu annähernd gleichen Teilen „seltene“ oder „keine“ Kontakte angeben. Zur Frage, wie gut die aktuelle Wohnung geeignet sei, am sozialen Leben teilzunehmen, beispielsweise um Freunde zu treffen, Besuch zu erhalten oder Veranstaltungen zu besuchen, sagt ein knappes Viertel (23,0 Prozent) der Befragten, sie sei „überhaupt nicht“ oder „eher nicht“ geeignet.

Wohnumfeld birgt verschiedene Probleme

Darüber hinaus lag in der Befragung ein Fokus auf der Proxybeurteilung gewisser Beschaffenheitsmerkmale des Wohnumfelds der pflegebedürftigen Personen. Danach befragt, hält knapp die Hälfte der pflegenden Angehörigen (49,6 Prozent) die Anbindung der Wohnung an den öffentlichen Personennahverkehr für nicht gut. Die Fußwege im Wohnumfeld sehen 40,1 Prozent der Befragten für Personen mit eingeschränkter Gehfähigkeit als nicht gut geeignet an. 27,9 Prozent mögen nicht bestätigen, dass die Gehwege dort insgesamt sicher nutzbar sind. Ebenfalls ein Viertel (25,7 Prozent) ist zudem nicht der Ansicht, das Gelände sei übersichtlich und vermittele ein Gefühl der Sicherheit. Es zeigt sich hier ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Wohnumfelds und der genannten Häufigkeit, mit der die pflegebedürftige Person eigenständig die Wohnung verlässt. Für alle oben genannten Aspekte berichten die Befragten, die Defizite im Wohnumfeld sehen, häufiger eine sehr niedrige Frequenz, mit der die pflegebedürftige Person die Wohnung verlässe. Was die Versorgungssituation im Wohnumfeld der pflegebedürftigen Personen betrifft, sieht ein gutes Fünftel (21,3 Prozent) die „Versorgungssituation mit Gütern

des täglichen Bedarfs“ für die pflegebedürftige Person als „sehr/eher schlecht“ an, 16,0 Prozent sagen dies in Bezug auf die „Verfügbarkeit von ambulanten Pflegediensten“, 29,4 Prozent in Bezug auf die Tagespflege, jeweils 18,8 Prozent bezüglich des Zugangs zu Hausarztpraxen und Apotheken. Der Zugang zu fachärztlichen Praxen vor Ort wird am kritischsten eingeschätzt: 45,0 Prozent beurteilen die entsprechende Situation als „sehr/eher schlecht“.

Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse verstärken den Eindruck, dass die Wohnsituation für einen erheblichen Teil der älteren pflegebedürftigen Menschen in Deutschland von Barrieren und nicht pflegegerechter Infrastruktur geprägt ist. Entsprechender Wohnraum bzw. ein entsprechendes Wohnumfeld können u. a. zu Stürzen und schweren Verletzungen beitragen sowie Bewegung außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnhauses stark be- oder verhindern. Dies kann sich bekanntermaßen nachteilig auf die Lebensqualität, auf die soziale Einbindung und die Gesundheit älterer pflegebedürftiger Menschen auswirken. Zudem kann es die pflegerische Versorgung und Unterstützung zu Hause erschweren. Das schließt eine erhöhte Belastung von pflegenden Angehörigen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste ein. Entsprechend seniore- und pflegegerecht gestalteter Lebensraum ist daher ein Präventionsbaustein, der an Relevanz nichts verloren zu haben scheint.



Community Health Nursing live

Community Health Nursing (CHN) ist ein Tätigkeitsfeld der professionellen Pflege in der Primärversorgung. Ziel ist es, das Gesundheitssystem zu entlasten und zu verbessern, indem professionell Pflegende mit erweiterten Kompetenzen in neuen Handlungsfeldern zum Einsatz kommen. Damit angestrebt wird auch, den Pflegeberuf aufzuwerten und attraktiver zu machen. In vielen Ländern ist CHN in der Primärversorgung bereits etabliert, in Deutschland gibt es Ansätze hierzu. Im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung wurde erstmals die Einführung von CHN als Empfehlung aufgenommen. Bisweilen gibt es aber noch kein klares Aufgabenprofil hierzu. Erste praktische Erfahrungen mit CHN in Deutschland sollen in Modellprojekten gewonnen werden. Eines davon ist das vom BMBF geförderte Projekt „Community Health Nursing in der Stadt“ (CoSta) auf der Hamburger Elbinsel Veddel. ZQP-Mitarbeiter Torben Lenz war vor einigen Wochen vor Ort und gibt Einblicke.

Torben Lenz

An der Veddeler Brückenstraße 132 deutet nur ein Aufkleber mit der Aufschrift „Poliklinik“ im Eingangsbereich des rot geklinkerten Mehrfamilienhauses darauf hin, dass sich hier eines der fünf lokalen Stadtteil-Gesundheitszentren Hamburgs befindet. Entsprechend erwähnen auch Größe und Einrichtung – zwei kleine Praxiszimmer und ein Büro mit zwei Schreibtischen, Bücherregalen sowie einer kleinen Sitzcke – eher wenig an einen herkömmlichen Klinik- oder Praxisbetrieb, versprühen dafür aber eine nachbarschaftliche Atmosphäre. An diesem und zwei weiteren Standorten der Poliklinik Veddel arbeiten Expertinnen und Experten unterschiedlicher Professionen zusammen, u. a. Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, medizinische Fachangestellte sowie Sozialarbeiterinnen und zwei Hebammen. Sie bieten Erstversorgung für etwa 5.000 Menschen, die hier in einem eng bebauten, kulturell sehr diversen Wohnquartier leben und vielfach auf staatliche Transferleistungen angewiesen sind.



CHN im Testlauf

Auch zum Versorgungsteam gehören zwei Community Health Nurses (CHNs). Deren Einsatz wird im Rahmen des vom BMBF geförderten Forschungsprojekts CoSta der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg begleitet und evaluiert. Das Projekt begann im Oktober 2020 und steht zum Zeitpunkt der Reportage kurz vor dem Ende der Förderung. Ziel ist es, in einer städtisch unversorgten Region eine CHN-Struktur an der Schnittstelle zwischen Pflege und Gesundheitsförderung zu etablieren und zu testen. Um hier einen niedrigschwelligen Zugang für besonders vulnerable Gruppen zu schaffen, werden auf Grundlage einer Bedarfsanalyse in einer Interventionsgruppe von den CHNs Pflegesprechstunden, Hausbesuche und Schulungen (z. B. Blutdruckschulungen für Kleingruppen) durchgeführt. Die Stichprobe besteht aus 33 Teilnehmenden in der Interventionsgruppe und 27 in der Kontrollgruppe.

„Unsere Zielgruppe sind multimorbide, chronisch erkrankte Menschen im Alter“, erklärt Wissenschaftlerin Annike Morgane Nock, die für die Datenauswertung im CoSta-Projekt verantwortlich ist. „Wir wollen mit unserer Studie unter anderem herausfinden, wie

„Mit der Zusatzqualifikation zur CHN sollten auch zusätzliche Befugnisse sowie mehr professionelle Eigenständigkeit einhergehen.“

Annike Morgane Nock,
wissenschaftliche Mitarbeiterin im CoSta-Projekt



sich das CHN-Konzept in einem niedrigschwelligen Versorgungsumfeld auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirkt. Noch liegen die Ergebnisse nicht vor. Aber eine erste deskriptive Auswertung zeigt bereits eine eindeutig positive Tendenz, die für eine CHN-Struktur in solch einem Setting spricht.“

Hausbesuch bei Frau Busch*

Eine Maßnahme in dem Projekt ist der Hausbesuch. Dieser basiert auf der Prämisse, dass Gesundheitsförderung und Prävention frühzeitig ansetzen sollten. Über dieses aufsuchende Angebot werden Personen erreicht, die häuslich gebunden oder isoliert sind, und die CHNs erweitern ihren Blick dabei um relevante gesundheitsbezogene Faktoren im häuslichen Umfeld. „Dadurch können wir zum Beispiel auch frühzeitig Veränderungen im Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten wahrnehmen“, erläutert CHN Lukas Waidhas von der Poliklinik Veddel, den ich bei einem Hausbesuch begleiten darf.

Der 31-Jährige, der in Dresden im Masterstudien-gang CHN studiert, klingelt bei Karin Busch, die er seit Beginn des Projekts betreut. Da der Türöffner kaputt ist, wirft Frau Busch den Haustürschlüssel vom Balkon hinunter. „Manchmal wirft sie mir den Schlüssel auch ohne zu klingeln herunter, wenn sie weiß, zu welcher Uhrzeit ich komme.“ Waidhas öffnet die Tür und nimmt im Vorbeigehen die Post aus dem Briefkasten. „Das ist individueller Service“, sagt er und öffnet kurz danach die Wohnungstür, „weil Frau Busch nicht mehr so mobil ist.“ Die 77-Jährige begrüßt uns sehr herzlich. Auf dem kleinen Wohnzimmertisch stehen neben vielen Medikamenten frisch gebrühter Kaffee und selbst gebackener Kuchen. „Kommen Sie hinein in die gute Stube“, sagt Karin Busch. Als ihr Mann noch lebte und die Kinder noch zu Hause waren, hätten sie teilweise zu fünft in der kleinen 42-Quadratmeter-Wohnung gelebt, erzählt Frau Busch. Waidhas erkundigt sich als Erstes nach ihrem Befinden: „Was machen momentan die Schmerzen?“ Frau Busch hat einen Tumor in der Lunge und im Frühjahr wurde ein Rippenbruch festgestellt. Zudem leidet sie an COPD, einer chronischen Lungenkrankheit. „Heute habe ich besonders starke Schmerzen beim Husten“, antwortet sie.

Vielfältige Aufgaben und Schnittstellen

Waidhas erklärt, dass CHNs mit ihren Patientinnen und Patienten oft auch über die Arztbefunde sprechen, das sei ein Teil ihrer wichtigen Schnittstellenfunktion. Außerdem gebe es in der Klinik jeden Mittwoch eine interdisziplinäre Fallbesprechung. „Dort sitzen alle Berufsgruppen zusammen, besprechen gemeinsam

* Namen von der Redaktion geändert



die Fälle und planen die Versorgung, manchmal auch mit den Patientinnen und Patienten zusammen.“

Neben der Koordination der gesundheitlichen Versorgung kümmert sich Waidhas aber auch um die anfallende Kommunikation mit Ämtern, Ärztinnen und Ärzten oder Krankenkassen und besorgt Frau Buschs Rezepte und Überweisungen. „Wenn das Projekt endet, werde ich besonders die kleinen und großen Alltagshilfen vermissen, die ich dank Lukas' Unterstützung immer wieder erhalten habe“, blickt Frau Busch voraus und Waidhas pflichtet ihr bei: „Wir haben in dem Projekt viel Vernetzung betrieben und viele Menschen erreicht, die vorher nicht im Gesundheitssystem angebunden waren. Sollte es nach dem Projektende keine Anschlussfinanzierung geben, bedeutet das für die Menschen auf der Veddel wiederum eine Versorgungslücke.“ Nach einer halben Stunde endet der Hausbesuch. Waidhas misst noch den Blutdruck. „Alles in Ordnung, Frau Busch.“

Wir gehen zurück in die Poliklinik. In dem kleinen Wartebereich vor dem Besprechungszimmer sitzt schon der nächste Patient: Michael Behrens*, ebenfalls Teilnehmer des CoSta-Projekts. Der 45-Jährige ist heute zur offenen Pflegesprechstunde in die Klinik gekommen. Diese ist ein weiterer Baustein im komplexen Aufgabenspektrum einer CHN auf der Veddel und ermöglicht es den Patientinnen und Patienten, zu festen Sprechzeiten gesundheits- wie pflegerelevante Fragen anzusprechen und zu klären. Je nachdem, mit welchen Problemen oder Bedarfen die Menschen in die Klinik kommen, führen die CHNs eine Beratung, Untersuchung oder Anleitung durch. „Zusätzlich bieten wir wöchentliche themenzentrierte Sprechstunden an, in denen die Betroffenen speziell zu Diabetes, Atemwegs- und Herzkreislauferkrankungen sowie

Schmerz beraten und individuell angeleitet werden“, berichtet Linda Iversen. Sie arbeitet wie Waidhas als CHN im Versorgungsteam und ist gerade auf dem Sprung zu ihren nächsten Hausbesuchen. „Es gibt zu fast allen Berufsgruppen Schnittstellen. Ich mache zum Beispiel auch eine psychologische Beratung oder übernehme eine kleine Diagnostik, die auch der Hausarzt machen könnte.“ Allerdings sei dies keine Blaupause für andere CHN-Einsätze. Die Aufgaben müssen immer auf das jeweilige Setting angepasst werden, weil die städtischen und kommunalen Versorgungsbedarfe unterschiedlich sind. Auf der Veddel seien die CHNs studierte Pflegewissenschaftlerinnen oder -wissenschaftler. Aber inwieweit eine akademische Qualifizierung Voraussetzung für die Etablierung von CHN in Deutschland ist, müsse auf politischer Ebene noch geklärt werden, so Iversen.

Vertrauensvolle Atmosphäre

Ich folge Lukas Waidhas und Michael Behrens in das kleine Besprechungszimmer. „Wie geht es Ihnen?“, fragt Waidhas seinen Patienten mit besorgter Miene. „Mein Blutdruck macht mir Sorgen, obwohl ich seit Längerem meine Blutdrucktabletten nehme. Er geht

Die CHNs im Team Veddel (v. l. n. r.):
Linda Iversen,
Lukas Waidhas,
Annike Morgane Nock

„Die Rollenfindung war anfangs sicherlich die größte Herausforderung, schließlich war das für alle Beteiligten im Team eine neue Erfahrung.“

Linda Iversen,
wissenschaftliche Mitarbeiterin im CoSta-Projekt

„Es muss interdisziplinär gedacht werden“



Das vom BMBF geförderte Projekt „Community Health Nursing in der Stadt“ (CoSta) wurde wissenschaftlich begleitet. Im Interview spricht Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert vom Department Pflege und Management an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg u. a. über Ziele und erste Ergebnisse.

Frau Professorin Petersen-Ewert, was ist das Ziel des CoSta-Projekts?

Das übergeordnete Ziel von CoSta ist es, ein wirksames und niedrigschwelliges Versorgungskonzept zu etablieren, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern. Dazu wollen wir pflegerisches Handeln und pflegerische Rollen in der Primärversorgung stärken und die Potenziale nutzen. Unsere Forschungsfrage war daher, wie die Implementierung einer Community Health Nurse in der Stadt dazu beitragen kann, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Selbstmanagement, die Gesundheitskompetenz sowie die soziale Chancengleichheit von chronisch kranken Menschen zu erhöhen.

Können Sie uns erste Einblicke in die Ergebnisse geben?
Die endgültigen Ergebnisse liegen leider noch nicht vor. Und wir müssen mit generellen Aussagen vorsichtig sein, weil unsere Stichprobe sehr klein ist. Dennoch: Es gibt klare Tendenzen. Zum Beispiel ist die körperliche Lebensqualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Interventionsgruppe nach sechs Monaten besser geworden. Stationäre Aufenthalte und Notfallbehandlungen konnten nach sechs Monaten reduziert werden. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit funktionierte sehr gut. Wenn man ein Zwischenfazit ziehen sollte, könnte man sicherlich festhalten: Das CHN-Konzept auf der Veddel zeigt anhand erster Ergebnisse die gewünschten Effekte.

Inwieweit ist das CHN-Konzept des CoSta-Projekts übertragbar?

Ich gehe davon aus, dass das Konzept auch in anderen Kontexten funktioniert, aber es muss auch immer an die jeweiligen Bedingungen und die Aufgaben der CHNs müssen immer auf das jeweilige Setting angepasst werden. Es gibt keine Blaupausen. Wir haben bestimmte Tools entwickelt und versucht, diese zu systematisieren, zum Beispiel die Hausbesuche oder die Pflegesprechstunde und das Miteinander in den interdisziplinären Fallbesprechungen.

Was sollte grundsätzlich bei der Einführung von CHN bedacht werden?

Ich finde es wichtig, dass man sich auf Grundlage einer Ist-Analyse, je nachdem, wo die CHN eingesetzt werden soll, auf bestimmte Aufgaben einigt, die die CHN abdecken soll. Aber es ist auf jeden Fall vor Überforderung zu warnen. Es wird keine CHN geben, die die Primärversorgung retten kann. Und es wird keine CHN geben, die alle Bedarfe abdecken kann. Es geht nicht darum, eine Parallelversorgung zu schaffen, sondern es muss interdisziplinär gedacht werden.

Welche Qualifizierung benötigt eine CHN?

Akademisierung der Pflege ist eine zentrale Aufgabe, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Natürlich sollten auch die Berufserfahrung und der Qualifizierungsmix eine Rolle spielen, weil die Anforderungen in den Settings sehr unterschiedlich sein können. Wenn aber zum Stellenprofil auch die klinische Versorgung gehört, halte ich einen Masterabschluss für sehr wichtig.

Welche Chancen sehen Sie, dass das CHN-Konzept in die Regelversorgung übergeht?

Leider wird das meines Erachtens noch dauern. Es gibt gesetzliche Bestrebungen. Aber das sind sehr dicke Bretter. Ich gehe davon aus, dass es kommunale Lösungen geben wird, wenngleich die Kommunen das sicherlich nicht alleine werden stemmen können. Vieles wird davon abhängen, ob diese Bestrebungen mit den Krankenkassen praktikabel umzusetzen sind.

Wie geht es mit dem CHN-Angebot auf der Veddel nach Projektende weiter?

Wir haben erste Krankenkassen, die an der Finanzierung einer CHN-Stelle interessiert sind. Hier werden wir in den kommenden Monaten die Verhandlungen intensivieren.



gerade durch die Decke, seit mehreren Wochen habe ich Werte, die bei 160 zu 100 liegen“, antwortet Stu-dienteilnehmer Behrens mit leiser Stimme. Das ver-trauensvolle Verhältnis zwischen den beiden Män-nern ist deutlich spürbar. „Die hohen Werte müssen Sie dringend mit deinem Kardiologen besprechen“, mahnt Waidhas, denn Behrens hatte nach einer Herz-klappen-OP immer wieder Probleme mit den Wech-selwirkungen des Blutverdünners. „Die Gespräche mit Herrn Waidhas haben mir viel Entlastung gebracht“, erklärt er, „vor allem im Hinblick auf die ganzen Medikamente, die ich seit der OP einneh-men muss. Da war ich anfänglich sehr skeptisch, aber durch viel Moderation hat er die Akzeptanz für einzelne Medikamente geschaffen.“

Im weiteren Gespräch berichtet Behrens, dass er momentan viel Stress mit auszufüllenden Anträ-gen habe und nach eigener Einschätzung noch mehr an seiner Ernährungsumstellung arbeiten müsse. Waidhas hilft ihm konstruktiv weiter: Er gibt sei-nem Patienten die Nummer eines Kollegen, der ihn bei der Beantragung des Bürgergelds unterstützen kann, und erklärt, welche Verhaltensänderungen und Maßnahmen nun dringend notwendig sind, damit sich die Blutdruckwerte wieder verbessern. Nach etwa 20 Minuten endet die Sprechstunde. Herr Behrens will in zwei Wochen wiederkommen, wenn er seine Anträge mithilfe des Sozialarbeiters bewältigt hat.

Vorteile auf mehreren Seiten

Nach diesen Gesprächen und Begegnungen habe ich den Eindruck, dass CHN viele Vorteile für die Menschen auf der Veddel mit sich bringt. Doch wel-che Erfahrungen haben Ärztinnen und Ärzte damit gemacht? Bevor ich die Poliklinik verlasse, frage ich dies den dort tätigen Allgemeinmediziner Philipp

Mehr zum Thema

Nock, A. M., Iversen, L., Waidhas, L., Zapf, A., Seifert, C., & Petersen-Ewert, C. (2022). A Care Concept of Community Health Nursing Interventions for Adults With Chronic Health Conditions in an Urban Area: Protocol for a Randomized Controlled Field Trial (CoSta Study). *JMIR Research Protocols*, 11(9), Artikel e37965. ↗ <https://doi.org/10.2196/37965>

Iversen, L., Wolf-Ostermann, K., & Petersen-Ewert, C. (2023). Welche Aufgaben hat eine Community Health Nurse?. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 18(3), 299-307. ↗ <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00961-1>

Burgi, M., & Igl, G. (2021). *Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung. (Hrsg.). (2022). *Community Health Nursing: Aufgaben und Praxisprofile*. Berlin: Agnes-Karll-Gesellschaft.

Dickel, der das CoSta-Projekt mitinitiiert hat. „Ich habe es als großen Vorteil wahrgenommen, ein wei-teres Unterstützungsangebot zu haben, das mich bei meiner Arbeit ergänzt“, berichtet der 42-Jährige zufrieden. „Auch die Qualität der Versorgung wächst, weil die CHNs eine sehr weitreichende fachliche Expertise mitbringen und natürlich einen anderen Blick in die Fallbetrachtung einbringen können.“

CHN Linda Iversen, die gerade von ihren Hausbe-suchen zurückgekehrt ist, fügt leicht schmunzelnd hinzu: „Die Rollenfindung war anfangs sicherlich die größte Herausforderung, schließlich war das für alle Beteiligten im Team eine neue Erfahrung.“ ↙



Studienergebnisse: Stärkung von Sicherheitskultur in der Pflege

Mathias Haeger, Sandra Garay & Laura Kühlein

Sicherheitskultur ist eine wichtige Grundlage der Pflegesicherheit. Gleichzeitig ist das Thema in der Pflegepraxis eher noch fremd. Eine wissenschaftliche Studie des ZQP gibt Anhaltspunkte dazu, welche Ansätze und Instrumente geeignet sind, um die Sicherheitskultur in der Pflege zu stärken.

Die professionelle Pflege umfasst ein breites Spektrum an sicherheitsrelevanten Aufgabenbereichen wie beispielsweise Medikation, Ernährung und Hygiene. Dabei müssen pflegebedürftige Menschen so gut wie möglich vor gesundheitlichen Risiken und Schäden geschützt werden. Die Sicherheitskultur einer Organisation kann hierauf Einfluss nehmen. Hierunter wird die Gesamtheit von Eigenschaften und Haltungen von Personen und Organisationen verstanden, die dafür sorgen, dass der Sicherheit der Menschen mit hoher Priorität Aufmerksamkeit gewidmet wird. Im Fokus der Sicherheitskultur in der Pflege steht die Pflegesicherheit.

Um das Wissen über Möglichkeiten und Instrumente zur Stärkung von Sicherheitskultur in der Pflege zu verbessern, hat das ZQP eine wissenschaftliche Studie durchgeführt. Diese fokussierte die ambulante Pflege und umfasste eine systematische internationale Literaturanalyse zum Thema Sicherheitskultur und Pflegesicherheit sowie strukturierte Interviews mit Expertinnen und Experten aus Praxis und Wissenschaft. Die Ergebnisse der Studie sind in einem Bericht auf www.zqp.de veröffentlicht. Dieser bietet einen Überblick über den aktuellen Stand internationaler Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten zur Sicherheitskultur im ambulanten Pflegesetting sowie zu komplexen Interventionen zur Stärkung der Sicherheitskultur und Pflegesicherheit. Zudem liefert er Einblicke in

Perspektiven und Erfahrungen professionell Pflegender, pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Menschen sowie von Expertinnen und Experten aus der Forschung zur Sicherheitskultur. Teilergebnisse wurden 2023 in einer internationalen peer-reviewed Fachzeitschrift publiziert.

Die Studie ergab, dass international nur wenig Literatur und nur einzelne Interventionsstudien zur Sicherheitskultur in der professionellen Pflege vorlagen. Deutlich häufiger wurden Aspekte der Pflegesicherheit thematisiert, wie beispielsweise Medikationssicherheit, Prävention von Stürzen oder Vermeidung von Infektionen. Dies deckt sich mit bisherigen Einschätzungen im Fachdiskurs, dass das Thema Sicherheitskultur in der professionellen Pflege bislang kaum verbreitet ist.

Gleichzeitig ergaben die Auswertungen des ZQP über die verschiedenen Studien hinweg sowie die Experteninterviews konsistente Hinweise auf geeignete Ansätze und Instrumente zur (Weiter-)Entwicklung einer positiven Sicherheitskultur in der professionellen Pflege: Sensibilisierung, Aufklärung und Kom-



Die Ergebnisse der Studie sind in einem Bericht auf www.zqp.de veröffentlicht.

petenzentwicklung sind demzufolge wichtige Voraussetzungen hierfür. Zudem wird dem Leitungspersonal entscheidender Einfluss beigegeben, etwa durch Motivation, Initiative und Unterstützung. Insgesamt werden vor allem komplexe Interventionen empfohlen. Als relevante Faktoren gelten Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie klare Handlungsrichtlinien.

Als geeigneter Ansatz zur nachhaltigen Implementierung von

Sicherheitskultur wird die partizipative Organisationsentwicklung beschrieben, d.h. die Beteiligung von Mitarbeitenden, zu versorgenden Menschen, Angehörigen und weiteren an der Organisation Mitwirkenden. Vielversprechende spezifische Ansätze sind außerdem das Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP), TeamSTEPPS® und das

Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) sowie die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zu Berichts- und Lernsystemen. Diese sind jeweils online verfügbar und in verschiedenen Settings anwendbar.

Neben Hinweisen auf förderliche Ansätze zur Stärkung der Sicherheitskultur geben die Studienergebnisse aus der Literaturanalyse und den Interviews auch Anhaltspunkte für Barrieren: Hinderlich sind demzufolge beispielsweise ein fehlendes Vertrauensverhältnis im Team und mit Vorgesetzten, mangelndes Wissen und mangelnde Kompetenzen, Skepsis gegenüber der Idee der Sicherheitskultur sowie eine hohe Arbeitsbelastung.

Auf Basis der Studienergebnisse hat das ZQP Schulungsmaterial für die professionelle Pflege erstellt. Dieses kann kostenfrei unter www.zqp.de heruntergeladen und z.B. für Fortbildungen oder Workshops genutzt werden.



Beispiele für Komponenten zur Stärkung von Sicherheitskultur in der professionellen Pflege

- konstruktiv mit negativen Ereignissen umgehen, z. B. digitales Berichts- und Lernsystem (CIRS) nutzen
- vertrauensbasierte Atmosphäre schaffen, in der Sicherheitsbedenken ohne Angst angesprochen werden können, z. B. mithilfe des Speak-up-Ansatzes
- eindeutige sicherheitsrelevante Wertmaßstäbe und Handlungsrichtlinien entwickeln und implementieren
- regelmäßig systematische Bestandsaufnahme der Sicherheitskultur durchführen, Maßnahmen evaluieren und anpassen
- Methode der partizipativen Organisationsentwicklung etablieren, individuelles Verantwortungsbewusstsein aller Mitarbeitenden stärken
- Kommunikationstraining und Maßnahmen zum Teambuilding einsetzen, z. B. mithilfe von TeamSTEPPS®
- Schulungen/Fortbildungen zu sicherheitsrelevanten Themen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglichen
- leicht zugängliche Informations-, Schulungs- und weitere Interventionsmaterialien einsetzen, um für das Thema Pflegesicherheit zu sensibilisieren und Wissen zu vermitteln

Weitere Informationen

↗ www.zqp.de/schwerpunkt/pflegesicherheit

Digitale Technologie im häuslichen Pflegesetting

Mit technischen Unterstützungssystemen soll u. a. die häusliche Pflege besser bewältigt oder gar sichergestellt werden. Welche Trends zeichnen sich aktuell ab - und worauf kommt es an, damit die Anwendungen sinnvoll unterstützen können? Wir sprachen mit Prof. Dr. Claudia Müller, die an der Universität Siegen „IT für die alternde Gesellschaft“ lehrt.

Frau Professorin Müller, wenn es um das Angebot und die mögliche Nutzung technischer Unterstützung für pflegebedürftige Personen geht, gibt es aus Ihrer Sicht positive Entwicklungen in den letzten Jahren und aktuelle Trends?

Aus Sicht der angewandten Pflegetechnologieforschung wird in den letzten Jahren ein recht großes Gewicht auf eine hohe Nutzer- und Praxisperspektive in Entwicklungsprojekten gelegt und Technik häufig als Teil eines soziotechnischen Systems konzipiert, das heißt als Element einer sozialen Unterstützungs- und Hilfestruktur – Stichwort „Pflegemix“. Die Bundesregierung fördert zurzeit unter anderem Forschungslinien, die eine soziotechnische Unterstützung von Sorgegemeinschaften verfolgen. Diese richten ein besonderes Augenmerk auf partizipative und kreative Prozesse in der Gestaltung von Gesundheitstechnologien und werden teilweise durch Bürgerbeiräte unterstützt, um die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen gut abzudecken.

Ebenso zeichnen sich immer stärkere Trends in der Technologieförderung ab, den Vertreterinnen und Vertretern der Praxis mehr Raum in den Forschungsprojekten zu geben. Es gibt einen zunehmenden Trend, Gestaltungsprojekte lokal in sogenannten Living Labs oder Innovation Hubs anzusiedeln, wo

die Entwicklung von Designideen in Netzwerken und lokalen Austauschstrukturen mit verschiedenen an der Gestaltung zu beteiligenden Gruppen stattfinden kann. Auch geht der Trend dahin, langfristige Kooperationen mit Einrichtungen, Quartiersorganisationen, Unternehmen und Kommunen im Sinne lernender Regionen oder Organisationen aufzubauen. Dies sind Entwicklungen, die sehr zu begrüßen sind. Denn mit dem Einbringen einer neuen Technologie werden Aneignungsprozesse angestoßen, die Lernen und Auseinandersetzung ermöglichen, wodurch dann wiederum Feedback aus der realen Praxis in die Gestaltung zurückgegeben wird.

Auch verändern sich Versorgungsstrukturen der häuslichen Pflege. Neben dem klassischen Setting, in dem Ehepartner oder erwachsene Kinder die Pflege eines Angehörigen vor Ort gewährleisten, werden mit zunehmenden Einpersonenhaushalten und räumlich verteilten familiären Beziehungen zukünftig die Pflege im Quartiersbezug und über Distanz eine wichtige Rolle spielen. Hier treten dann Anwendungen wie Alarmierungssysteme und digitale Plattformen als wesentliche Unterstützungssysteme auf, um die Koordination und den Austausch online zu ermöglichen und zu stärken.

Welche Rolle spielt der Einsatz von künstlicher Intelligenz bei technischen Unterstützungssystemen für pflegebedürftige Menschen bisher und was erwarten Sie für die Zukunft?

Das Aufkommen von KI-Anwendungen wie ChatGPT in diesem Jahr hat uns ein enormes Potenzial vor Augen geführt, das aber gleichzeitig mit hohen Risiken verbunden sein kann.

Das Potenzial von KI ist sicherlich, wie etwa bei sprachbasierten Systemen, dass durch Technologie neue Interaktionsformen ganz konkret möglich

„Der Einsatz digitaler Pflegetechnologien kann den Wandel in den Versorgungsstrukturen der häuslichen Pflege sinnvoll unterstützen.“



Prof. Dr. Claudia Müller hält den Lehrstuhl „IT für die alternde Gesellschaft“ an der Universität Siegen. Sie forscht und lehrt an der Schnittstelle von demografischem und digitalem Wandel. Im Zentrum steht die praxisbasierte und partizipative Gestaltung soziotechnischer Infrastrukturen und digitaler Lösungen im Bereich „health & ageing“.

werden, die Menschen mit ihren ganz unterschiedlichen Fähigkeiten und Bedürfnissen zu unterstützen vermögen. Auch im Bereich des Gesundheitsmonitorings und der personalisierten, individuellen Unterstützung kann KI vielversprechend sein, zum Beispiel im Hinblick auf Erinnerungsfunktionen oder Aktivierung.

Entscheidende Faktoren werden allerdings sein, dass solche Systeme transparent und vertrauenswürdig sind und dass sie kulturelle Vielfalt berücksichtigen. Zudem sind ethische Aspekte zentral und brauchen jeweils situierte Abwägungen für die jeweilige Pflegesituation.

Für wie wichtig halten Sie die Förderung der digitalen und technischen Kompetenz bei älteren pflegebedürftigen Personen bzw. pflegenden Angehörigen, um die Nutzung technischer Unterstützungssysteme im häuslichen Umfeld zu steigern?

Solche Angebote sind ganz zentral, sowohl für pflegebedürftige Menschen als auch für die pflegenden An- und Zugehörigen, um einen sicheren Umgang mit den Anwendungen zu ermöglichen.

Während Hersteller verpflichtet sein sollten, die Lernförderlichkeit von Anwendungen zu garantieren, sind auch die Kommunen in der Pflicht, den Umgang

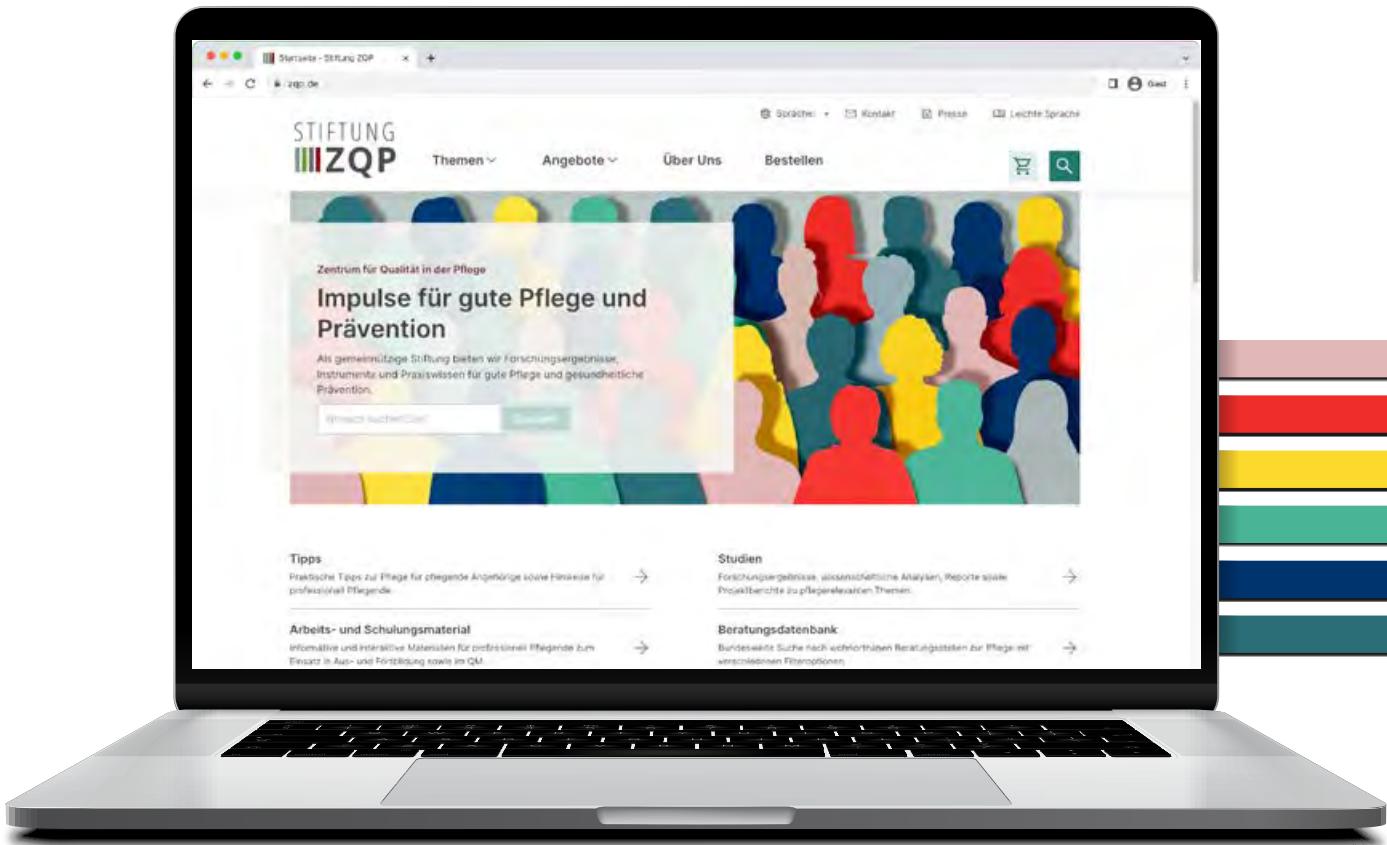
mit digitalen Geräten als einen Aspekt der Daseinsvorsorge zu gewährleisten. Die Angebotslandschaft ist in Deutschland bereits recht groß, aber wir sind längst noch nicht an dem Punkt, der gleichwertige Zugänge zum Techniklernen für alle Menschen in Deutschland bietet. Besonders muss die zugehende Beratung ausgebaut werden. Dies ist eine wichtige Zukunftsaufgabe im Sinne quartiers- und wohnortnaher und niedrigschwelliger Konzepte.

Neben der Hinführung zur Nutzung möglicher Technologien und konkreter Nutzungsberatung – nicht nur im Zuge der Weiterentwicklung von KI-basierten Systemen – kommt besonders der Begleitung hinsichtlich ethischer Fragestellungen eine große Bedeutung zu. Denn der Einsatz digitaler Pflegetechnologien bedarf sehr häufig einer sehr sensiblen Abwägung zwischen Funktionalitäten der Überwachung einerseits und der Ermöglichung des Lebens mit Unterstützungsbedarf in der eigenen Wohnung mit hoher Selbstständigkeit und Autonomie andererseits. Je nach Unterstützungsbedarf und Pflegesituation ist diese Abwägung sehr behutsam mit den Menschen mit Pflegebedarf und den Personen des Unterstützungsnetzwerks zu treffen und auch immer wieder zu prüfen. Dafür braucht es ebenso gute Beratung und Begleitung. ←

Neues Portal für Pflege und

Katharina Rositzka

Studienergebnisse, Instrumente und Praxiswissen für gute Pflege und gesundheitliche Prävention: Dies und mehr erschließt das neue Webportal des ZQP. Es bietet insbesondere allen, die pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige beruflich oder privat unterstützen, zahlreiche neue Inhalte und eine erhöhte Nutzerfreundlichkeit. Alle Angebote der Stiftung sind kostenlos zugänglich und werbefrei.



Die Arbeit des ZQP ist auf Forschung und Theorie-Praxis-Transfer ausgerichtet. Damit verbunden ist, fachliches Wissen aus dem Themenfeld Pflege und Gesundheit im Alter in verschiedenen Formaten für unterschiedliche Zielgruppen aufzubereiten. Um den Zugang zu den Angeboten der Stiftung zu verbessern, wurden die Inhalte verschiedener Onlinemedien des ZQP überarbeitet, erweitert und in einem zentralen Portal unter www.zqp.de zusammengeführt.

Dieses richtet sich an alle, die sich für gute Pflege einsetzen, z. B. professionell Pflegende und Personen aus anderen Heil- und Gesundheitsberufen, Auszubildende, pflegende Angehörige sowie Forschende und Studierende, aber auch gesundheitspolitische Akteurinnen und Akteure.

Das Portal bietet nicht zuletzt mit seinem neuen großen Themenbereich fundiertes und aktuelles Wissen zu zahlreichen Aspekten von Pflegebe-

dürftigkeit, Pflegesicherheit und Prävention. Es folgt dabei anerkannten Standards zur Aufbereitung von gesundheitsbezogenen Informationen. Die werbefreien und kostenlos nutzbaren Arbeiten und Angebote des ZQP sind durch eine nutzeroptimierte Struktur noch leichter zugänglich geworden. Im Bestellbereich der Webseite können wie gewohnt die Bücher und Broschüren bestellt oder heruntergeladen werden.

Prävention

Arbeits- und Schulungsmaterial

Informative und interaktive Materialien für die professionelle Pflege, beispielsweise für Fortbildungen oder Workshops in Pflegeeinrichtungen sowie für den Unterricht an Pflegeschulen.

Beratungsdatenbank

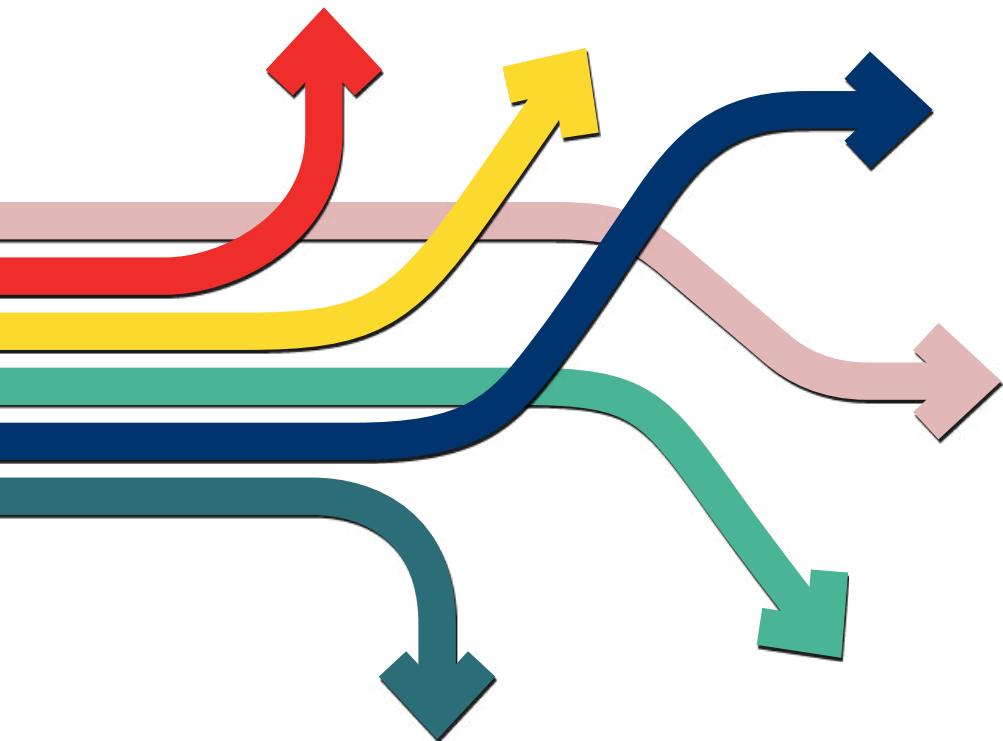
Datenbank zur bundesweiten Suche nach wohnortnahmen Beratungsstellen rund um die Pflege. Verschiedene Filterfunktionen ermöglichen die Suche themenspezifischer Angebote, etwa zum Wohnen oder zu Demenz.

Instrumente

Wissenschaftsbasierte Instrumente, z. B. für den Einsatz im professionellen Beratungskontext, sowie verschiedene Fachdatenbanken, etwa zur Recherche pflegerelevanter Leitlinien und Standards.

Magazin

Jährlich erscheinendes Fachmagazin mit wechselndem Schwerpunkt sowie Einblicken und Impulsen zu vielfältigen aktuellen Themen rund um die Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen.



Ratgeber

Broschüren in einfacher Sprache mit kompaktem Basiswissen sowie praktischen Tipps für die häusliche Pflege. Eine Kurz-Ratgeberreihe bietet schnelle Orientierungshilfe in zentralen Themen.

Studien

Unterschiedliche Publikationsformate für die Fachöffentlichkeit mit den Ergebnissen der Forschungsarbeit der Stiftung. Dazu zählen u. a. wissenschaftliche Analysen, Reports sowie Projektberichte.

Tipps

Praktische Tipps für Angehörige sowie Hinweise für professionell Pflegende, z. B. zur Vorbeugung von Druckgeschwüren sowie zu Mangelernährung oder Stürzen bei pflegebedürftigen Menschen.

Videos

Verschiedene Videos und Filmreihen für alle Zielgruppen, u. a. animierte Erklärfilme zu zentralen Pflegethemen wie Prävention, Sturzprophylaxe und Medikation oder Realfilme zu Demenz.

„Das Team ist der Schlüssel“

Als Geschäftsleiter im ZQP ist Dr. Simon Eggert neben der Forschung bereits seit einem Jahrzehnt für die Onlinekommunikation der Stiftung verantwortlich. Wie ist seine Sicht auf das neue Webportal des ZQP?



Herr Dr. Eggert, ist der Relaunch des ZQP-Portals gelungen?

Was soll ich sagen? (lacht) Die Zahlen und die Rückmeldungen sprechen dafür. Wir sehen überdurchschnittliches Wachstum bei den Nutzerinnen und Nutzern, obwohl da vorher schon eine sehr erfreuliche Dynamik geherrscht hatte. Vor allem aber gibt es gute Resonanz zur Nutzerfreundlichkeit, die Seite wird als gestalterisch gelungen wahrgenommen.

Zur Wahrheit gehört natürlich auch: Bei jedem Launch ahnt man schon, wo als Nächstes nachgesteuert werden muss, was die kommenden Schritte sein müssen. Einen optimalen Zustand gibt es auf diesem Feld nicht.

Was ist das Rezept, damit ein solches Projekt gelingt?

Bei uns ist der Schlüssel sicherlich, dass wir ein hervorragendes Projektteam aufbieten konnten. Eines, das sich nicht allein auf externe Expertise verlässt, sondern das sich selbst auskennt. Also ein Team, das unter anderem Kompetenzen im Bereich Technologie und Usability hat und weiß, wie man als gemeinnützige Stiftung organisches Wachstum für seine Themen kreiert. Das außerdem auch gute fachliche Inhalte selbst produziert und qualitätsichert. Für diesen Fähigkeitenmix haben wir hier alle Bereiche in einem Boot: Onlinekommunikation, IT und Pflegewissen. Jede und jeder hat sich von der ersten internen Projektskizze bis zum Finish voll reingeworfen. Da war ein Höchstmaß an Energie spürbar. Ich glaube, dass uns das intern so gelungen ist, hatte auch damit zu tun, dass alle Kolleginnen und Kollegen die kommunikativen Ziele des ZQP ernsthaft teilen, sich mit unserer Organisation identifizieren.

Aber man braucht natürlich auch eine wirklich gute Agentur. Eine, die motiviert ist, mit der die Kommunikation stimmt und die hält, was sie verspricht. Mit dimensional haben wir diesen Partner gefunden.

Was waren die inhaltlichen Herausforderungen des Relaunches?

Die größte Herausforderung war es sicherlich, sämtliche Angebote in einer neuen, klaren Struktur mit einem überzeugenden Grafikkonzept zusammenzuführen – und dabei unseren diversen Zielgruppen möglichst gerecht zu werden. Konkret hieß das unter anderem, drei zuvor separate Portale mit ihren Inhalten und eigenen Logiken zusammenzuführen plus neue Inhalte zu schaffen. Ich weiß gar nicht aus dem Stand, wie viel Hundert Einzelseiten da letztlich in ein paar Monaten bearbeitet beziehungsweise ganz neu erstellt wurden.

Und hier schließt sich natürlich auch wieder der Kreis zum Team: Damit das alles am Ende nicht nur ein schöner Plan gewesen sein soll, sondern auch wirklich funktioniert, braucht man eine Einheit, die sich nicht mit 75-Prozent-Versionen zufriedengibt, die immer weiter feilt – und dabei Deadlines halten kann.

Was sind die wichtigsten strukturellen Neuerungen des Portals?

Erstens: Alle ZQP-Inhalte finden sich nun direkt auf einem Portal. Zweitens: Es gibt jetzt den neuen großen Themenbereich, der zusätzliches Hintergrundwissen zu vielen Aspekten rund um Pflegebedürftigkeit, Pflegesicherheit und Prävention im Alter erschließt. Drittens: Wir ermöglichen nun Organisationen aus dem Sozial- und Gesundheitssektor, über eine Schnittstelle verschiedene Inhalte des ZQP-Portals zum Beispiel auf ihren Internetseiten einbinden zu können.



„Alle Nutzerinnen und Nutzer sollen schnell und zuverlässig finden, was sie bei uns suchen.“

Übersicht zur Stiftungsarbeit im Jahr 2023



Impressum

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

Vorstand: PD Dr. Ralf Suhr (Vorsitzender),
Andreas Besche (Stellvertreter), Dr. Ulrich Mitzlaff

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

Rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts
Geschäftszeichen: 3416 / 922 / 2, Stiftungsaufsicht geführt bei der
Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz, 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, Sandra Garay,
Dr. Mathias Haeger, Katrin Havers, Laura Kühlein, Torben Lenz, Katharina Rositzka,
PD Dr. Ralf Suhr, Daniela Sulmann, Dr. Christian Teubner, Daniela Väthjunker

Gestaltung und Umsetzung: zwoplus, Berlin

Schlusslektorat: Paul Kaltefleiter, Bielefeld

Druck: PIEREG Druckcenter Berlin GmbH

Für die inhaltliche Mitwirkung an dieser Ausgabe bedanken wir uns bei:

PD Dr. Dhayana Dallmeier, Ph.D., Linda Iversen, Prof. Dr. Claudia Müller,
Annike Morgane Nock, Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert, Lukas Waidhas,
Prof. Dr. Alexandra Wuttke

ISSN (Print) 2943-9442

ISSN (Online) 2943-9434

<https://doi.org/10.71059/IJJB6364>

Pressekontakt:

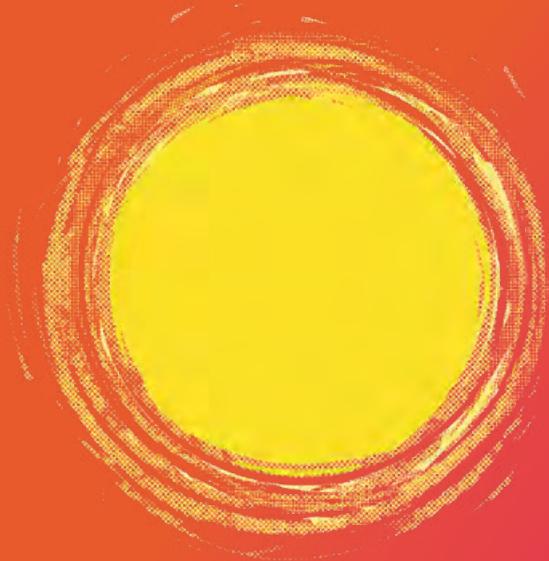
Torben Lenz
Telefon: 030 9940562-22
E-Mail: presse@zqp.de

Postadresse:

Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtstraße 45
10117 Berlin

Bildnachweis:

Illustrationen: FÖRM (Titel, S. 4–9, 22), Maren Amini (S. 10–15, 26), Inga Israel (S. 18–21), Rosemarie Schöningh (S. 25), Annika Huskamp (S. 34–35)
Fotos: ZQP/Laurence Chaperon (S. 2), Elisabetta Citterio, Ph.D. (S. 13), Die Hoffotografen GmbH (S. 3, 14, 17, 20, 23, 40),
ZQP/Amin Akhtar (S. 29–31, 33), HAW (S. 32), Sascha Hüttenhain (S. 37)



STIFTUNG
 ZQP