

Elisabeth Foitzik, Sandra Langner, Holger Hassel

## Bedarfsgerechte Gesundheitsförderung von älteren pflegenden Angehörigen

### Tailored health promotion for older informal caregivers

Older informal caregivers are considered to be a growing, vulnerable group with multiple burdens. Existing support programs are rarely used which indicates a lack in meeting the specific demands of the target group. The project ESTELLA investigated aspects of improved utilization of support programs and promoters of the target group's health. Focus group discussions with informal caregivers were performed to display their everyday situation and to identify needs and conditions of accepted health promotion actions. Qualitative interviews with providers were conducted to examine existing support programs and contrast them with the specific needs of informal caregivers. Most support programs found focus on caregiving. However, the target group preferred counseling meetings as well as programs combining social interaction and health promotion activities (e. g. social meetings with relaxation exercises). To support and facilitate the development and utilization these support programs, local network structures need to be strengthened.

#### Keywords

Older informal caregivers, health promotion, focus group discussions, support programs, needs-oriented

Ältere pflegende Angehörige stellen eine wachsende und vulnerable Gruppe dar, die zahlreichen Belastungen ausgesetzt ist. Vorhandene Unterstützungen werden nur selten in Anspruch genommen, was auf eine mangelnde zielgruppenspezifische Ausrichtung der Angebote hindeutet. Das Projekt ESTELLA untersuchte, wie die Inanspruchnahme von Unterstützungen gesteigert und die Gesundheit der Zielgruppe gefördert werden kann. Durch Fokusgruppendifkussionen mit den Adressat\_innen wurden deren Alltagssituation abgebildet und zugleich Bedarfe und Bedingungen für eine akzeptierte Gesundheitsförderung identifiziert. Des Weiteren wurden in qualitativen Interviews mit Anbietern vorhandene Unterstützungen für die Zielgruppe klassifiziert und den ermittelten Bedarfen gegenübergestellt. Der Großteil der identifizierten Unterstützungen konzentrierte sich auf den Bereich Pflege. Allerdings präferierten die Angehörigen Beratungen sowie kombinierte Angebote, die soziale Interaktion mit gesundheitsförderlichen Aktivitäten verbinden (z. B. Gesprächskreis mit Entspannungsübungen). Um die Entwicklung und Inanspruchnahme von solchen Unterstützungen zu erleichtern und zu fördern, sollten regionale Netzwerkstrukturen gestärkt werden.

#### Schlüsselwörter

Ältere pflegende Angehörige, Gesundheitsförderung, Fokusgruppendifkussionen, Unterstützungsangebote, bedarfsgerecht

---

ingereicht 19.08.2020  
akzeptiert 16.12.2020

## 1. Hintergrund

Mit einer steigenden Lebenserwartung wächst gleichzeitig die Herausforderung, die Gesundheit so lange wie möglich zu erhalten (Fries 2000; Gallois et al. 2014; Grobeck et al. 2016; Niehaus 2006; Weltgesundheitsorganisation 2002). Der rasch voranschreitende demografische Wandel und die längere Lebenserwartung führen auch zu einer steigenden Zahl an pflegebedürftigen Personen: Es wird angenommen, dass die Zahl an Pflegebedürftigen weiter stark ansteigen und im Jahr 2050 deutlich über 5 Millionen liegen wird (vgl. 2017: 3,4 Mio. Personen) (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2019). Untersuchungen zur Versorgungsstruktur zeigen, dass weit mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen zu Hause von Angehörigen versorgt werden. Auch in diesem Bereich ließ sich in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg beobachten (zwischen 2015 und 2017: Zunahme um 27,5%), zwischen 2007 und 2017: Zunahme um 70,8%) (Statistisches Bundesamt 2018; Rothgang et al. 2018).

Die Pflege von Angehörigen wird hauptsächlich von Personen im Alter von 55 bis 69 Jahren und zum Großteil von Frauen übernommen (Robert Koch-Institut 2014; Rothgang et al. 2018; Wetzstein et al. 2015). Dieser Personenkreis ist verstärkt physischen und psychischen Belastungen sowie sozialen Risiken ausgesetzt (Kummer et al. 2010; Rothgang et al. 2018; Schneekloth et al. 2017; Wetzstein et al. 2015). So berichten sie häufiger als Nicht-Pfleger von reduziertem Wohlbefinden und wahrgenommenem Stress (Cola et al. 2017; Rothgang et al. 2018; Wetzstein et al. 2015). Hinzu kommt, dass im Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit vor allem bei Frauen ein ungünstiges Gesundheitsverhalten beobachtet werden kann, z. B. geringere körperliche Aktivität und verstärkter Nikotinkonsum (Wetzstein et al. 2015). Bei pflegenden Angehörigen ab 65 Jahren wird die gesundheitliche Situation zusätzlich durch das häufige Vorliegen von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen verschlechtert (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002; Robert Koch-Institut 2014). Gleichzeitig handelt es sich bei dieser Altersgruppe um Personen, die hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes und der individuellen Lebenssituation sehr heterogen sind und somit unterschiedliche Unterstützungsbedarfe haben (Gerber et al. 2014).

### 1.1 Unterstützungen für pflegende Angehörige

Bestehende Angebote zur physischen und psychischen Entlastung älterer pflegender Angehöriger werden nur selten in Anspruch genommen (Bestmann et al. 2014; Dräger et al. 2013; Rothgang et al. 2018). In Umfragen geben pflegende Angehörige vielfältige Hinderungsgründe für das Wahrnehmen von Unterstützungsleistungen an: Überforderung mit der Pflegesituation, unerwünschte häusliche Abwesenheit, eigene gesundheitliche Beschwerden, unpassende Organisation des Angebots (Entfernung, Ort, Zeit), finanzielle Aspekte, fehlende Betreuung während der Inanspruchnahme eines Unterstützungsangebotes, fehlende Kenntnis über die Leistungen, fehlende Angebotsstruktur (Dräger et al. 2013; Rothgang et al. 2018). In der Auswahl an vorhandenen Unterstützungen lassen sich kaum solche finden, die explizit auf die Förderung und

Stärkung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen ausgerichtet sind (Büker 2015). Diese Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass entsprechende Unterstützungen weder adressatenbezogen kommuniziert werden noch zielgruppengerecht gestaltet sind. Vorhandene Entlastungsangebote zielen zudem in erster Linie auf den Pflegebereich, anstatt auf die Förderung der Gesundheit des pflegenden Angehörigen ab (Kurz et al. 2011, Rothgang et al. 2018).

## 1.2 Anforderungen zur Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger

Die Studie „ESTELLA“<sup>1,2</sup> wurde von 2017 bis 2019 durchgeführt und zielte auf die Frage, wie pflegende Angehörige ab 65 Jahren bedürfnisgerecht unterstützt werden können, ihre eigene Gesundheit zu fördern. Das Projekt wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert. Für das Forschungsprojekt „ESTELLA“ wurde am 18.12.2017 ein positives Votum der Ethikkommission der Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg erteilt. Insgesamt wurden eine systematische Literaturrecherche, qualitative Anbieterbefragung, Fokusgruppendifkussionen (FGD) mit pflegenden Angehörigen zu den Themen Selbstmanagement und Gesundheitsförderung, FGD mit Multiplikator\_innen sowie vertiefende Interviews mit pflegenden Angehörigen durchgeführt.

Dieser Artikel stellt einen Teil der Ergebnisse der Studie „ESTELLA“ im Hinblick auf passgenaue Gesundheitsförderung von pflegenden Angehörigen dar und umfasst die qualitative Anbieterbefragung und die Fokusgruppendifkussionen mit pflegenden Angehörigen mit der thematischen Ausrichtung auf Gesundheitsförderung.

## 2. Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Das methodische Vorgehen im Projekt basierte auf einem mehrstufigen Prozess. Einer telefonischen Anbieterbefragung zur Erfassung bestehender Angebote für die Zielgruppe folgten Fokusgruppendifkussionen mit pflegenden Angehörigen mit Fragebogenerhebung zur besseren Charakterisierung der Teilnehmenden (TN). Fokusgruppendifkussionen gelten als probates Mittel, um Alltagswissen der Zielgruppe einzuholen. Durch den offenen Austausch in der Gruppe von Personen in ähnlichen Lebenssituationen können neue Gesprächszweige entstehen und dadurch tiefere Einblicke in die Lebenserfahrungen der TN gewonnen werden. Die gewonnenen qualitativen Daten aus der telefonischen Befragung und den Fokusgruppendifkussionen wurden mit den quantitativen Daten des Fragebogens (soziodemografische Daten, Gesundheitszustand, Pfl egetätigkeit, Inanspruchnahme von Unterstützungen) zusammengetragen und verdichtet.

1 ESTELLA: „Bedarfe und Handlungsnotwendigkeiten zur Förderung der Gesundheitskompetenz und des generischen Selbstmanagements im Umgang mit chronischen Erkrankungen von älteren pflegenden Angehörigen (ab 65 Jahre)“

2 Für das Forschungsprojekte „ESTELLA“ wurde am 18.12.2017 ein positives Votum der Ethikkommission der Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg erteilt.

## 2.1 Qualitative Anbieterbefragung

Ziel war es, bestehende Angebote zur Gesundheitsförderung älterer pflegender Angehöriger qualitativ abzubilden und zu charakterisieren. Zunächst wurde eine systematische Literatur- und Internetrecherche durchgeführt, um Angebotsformen und Evaluationsergebnisse zu gewinnen (Recherche im vorliegenden Artikel nicht dargestellt). Da nur wenige Informationen zur Akzeptanz und Nutzung generiert werden konnten, erlaubte diese Erhebungsmethode jedoch eine nur unzureichende qualitative Einordnung der Unterstützungsangebote. Aus diesem Grunde erfolgte ergänzend eine telefonische qualitative Anbieterbefragung.

Informationen, die durch die Literatur- und Internetrecherche gesammelt wurden, konnten häufig nur Auskunft zur Form der Unterstützungen liefern und keine ausreichenden Informationen zur Akzeptanz und Wirkung der Unterstützungen. So konnte von 23 Angeboten lediglich bei 10 Leistungen entsprechende Angaben ermittelt werden (Rechercheergebnisse im vorliegenden Artikel nicht dargestellt). Durch die telefonische Befragung konnten bestehende Angebotsgruppen identifiziert und vertiefende Informationen, z. B. zur Evaluation der Akzeptanz, erfragt werden. Ziel dabei war es nicht, die Gesamtheit aller Angebote in Deutschland abzubilden. Die bestehenden Unterstützungen sollten lediglich charakterisiert und typologisiert werden, um zu erkennen, für welchen Unterstützungsbereich bereits Angebote vorhanden sind. Die durch die Literatur- und Internetrecherche identifizierten und daraufhin kontaktierten Anbieter der Unterstützungen konnten verschiedenen Bereichen zugeordnet werden: Vereine, Krankenversicherungen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, private Anbieter, Sonstige wie z. B. Stiftungen. Gemäß selektivem Sampling wurden die Interviewpartner\_innen so ausgewählt, dass Anbieter aus allen Teilen Deutschlands möglichst gleichmäßig in den Ergebnissen abgebildet wurden. Potenzielle Anbieter wurden zunächst per E-Mail über das Vorhaben der Befragung informiert und anschließend telefonisch kontaktiert. Um während des Telefonats vertiefend nachfassen zu können, folgte der/die Interviewer\_in einem Gesprächsleitfaden. Die gesammelten Informationen wurden mithilfe eines Erfassungsbogens festgehalten. Zu jedem Angebot wurden Aufbau, Inhalt, Umfang, Zielgruppe, Kommunikationswege und Akzeptanz der Angebote erfragt. Zwei Projektmitarbeiter\_innen clusterten die erhobenen Angebote entsprechend dieser Kategorien und erstellten Übersichtstabellen.

## 2.2 Fokusgruppendifkussionen zum Thema „Förderung der eigenen Gesundheit“ mit älteren pflegenden Angehörigen

Um das Meinungs- und Einstellungsbild der Zielgruppe zu erfassen, wurden Fokusgruppendifkussionen durchgeführt. Konkret sollte erhoben werden, welche Faktoren die Handlungsentscheidungen von pflegenden Angehörigen hinsichtlich Gesundheitsförderung beeinflussen und wie zielgruppenspezifische Angebote gestaltet sein sollten. Mögliche regionale Unterschiede sollten aufgedeckt werden, indem die Fokusgruppendifkussionen in drei beispielhaften städtischen und ländlichen Gegenden der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wurden: Berlin, München sowie Stadt und

Landkreis Coburg. Für die Rekrutierung der TN der Fokusgruppendifkussionen wurde Kontakt aufgenommen mit Senioreneinrichtungen und anderen Anlaufstellen älterer pflegender Angehöriger in den ausgewählten Regionen. Anschließend wurden die TN von Kontaktpersonen der jeweiligen Einrichtung im Schneeballverfahren oder durch Purposive Sampling gewonnen. Die Akquise erfolgte einerseits offen über die kontaktierten Einrichtungen (im Nachfolgenden „offene Gruppe“), andererseits geschlossen im Falle einer bestehenden Gruppe älterer Menschen oder pflegender Angehöriger (im Nachfolgenden „geschlossene Gruppe“/„bestehende Gruppe“). Zusätzlich informierten zielgruppenbezogene Flyer, die gleichzeitig ein entsprechendes Anmeldeformular beinhalten, über das Vorhaben der Fokusgruppendifkussionen. An den Fokusgruppendifkussionen konnten Personen teilnehmen, die mindestens 65 Jahre alt waren und Erfahrung in der Pflege von Angehörigen hatten – d. h. aktuell oder auch in der Vergangenheit einer häuslichen Pflegetätigkeit eines Angehörigen nachgingen.

Die Fokusgruppendifkussionen folgten einem strukturierten Ablaufplan. Zunächst wurden die TN gefragt, welche Faktoren der Pflege sie als kräftezehrend und -spendend empfinden und in welchen Bereichen Unterstützungsbedarfe bestehen. Punktabfragen und Rangfolgen wurden dazu eingesetzt, um das Einstellungsspektrum der TN zu gesundheitsrelevanten Themen abzubilden (z. B.: „Wie wichtig ist es mir, mich um meine eigene Gesundheit und mein eigenes Wohlbefinden zu kümmern?“, Bewertung von 1 [überhaupt nicht wichtig] bis 10 [sehr wichtig]). Die Diskuffionen wurden anhand einer Fallvignette für die TN greifbar gemacht. Dafür wurde den TN eine fiktive Person vorgestellt, deren Lebenssituation ähnlich zu der der TN sein könnte: 65 Jahre alt, Vorhandensein eigener chronischer Erkrankungen, Pflege eines Angehörigen, Einschränkungen in der Freizeit. Die Pflege und die ggf. dadurch erlebten persönlichen Einschränkungen sind sensible Themen. Durch die Vorstellung des fiktiven Charakters konnten die TN ihre Antworten darauf übertragen. Dies erleichterte es ihnen, in der Gruppe über schwierige persönliche Themen zu sprechen. Diese Methode und Vorgehensweise wurde bereits im Rahmen der Interventionsentwicklung mit älteren Erwachsenen erprobt (Bütterich et al. 2015; Killenberg et al. 2017). Des Weiteren wurden Faktoren für die Gestaltung akzeptierter Unterstützungsleistungen (z. B. Form, Umfang, Inhalte) identifiziert. Zudem wurde gemeinsam mit den TN ideale Voraussetzungen (Rahmenbedingungen) entworfen, wie sie passende Unterstützungen identifizieren und nutzen können. Die Ergebnisse wurden während der Fokusgruppendifkussionen von Projektmitarbeiter\_innen mithilfe der Methode „Knowledge Mapping“ (Pelz et al. 2004) festgehalten und um die Fallvignette erweitert. Durch dieses Vorgehen wurden die Kernaussagen der Diskuffion in der Gruppe festgehalten, wiedergegeben und thematisch strukturiert. Dadurch konnten komplexe Aussagengefüge dargestellt und sensible Themen aufbereitet werden. Die Diskuffionsbeiträge wurden zusätzlich in einem Protokoll erfasst.

### **2.3 Aufbereitung und Synthese der gewonnenen Informationen**

Die Angaben aus der Anbieterbefragung wurden systematisch in Tabellen erfasst und im Hinblick auf Inhalte, Form und Umfang geclustert.

Die Auswertung der Fokusgruppendifkussionen und die Identifizierung von Angebotslücken wurde in vier Schritten vollzogen: 1. Mittels „Knowledge Mapping“ (Pelz et al. 2004) wurden Ergebnisse visuell aufbereitet und grafikgestützt zusammengefasst. Zusätzlich wurde parallel ein Protokoll geführt. 2. Am Ende jeder Fokusgruppendifkussion glichen drei Projektmitarbeiter\_innen die durch Knowledge Mapping visualisierten Gruppenergebnisse mit dem Protokoll ab. 3. Auf dieser Grundlage fertigten zwei Projektmitarbeiter\_innen unabhängig voneinander für jede Fokusgruppendifkussion zusammenfassende und auswertende Mindmaps an, um die gesammelten Informationen zu verdichten. Die Mindmaps wurden miteinander abgeglichen. 4. Zur Interpretation der Punktabfragen wurde aus den Angaben der Mittelwert gebildet, um das Stimmungsbild in der Gruppe wiederzugeben. Die Angabe der beiden Extrema verdeutlicht das Bewertungsspektrum. Um zu erkennen, welche Unterstützungsbedarfe der pflegenden Angehörigen bereits mit vorhandenen Angeboten abgedeckt sind, wurden die Mindmaps mit den Übersichtstabellen der Anbieterbefragung (siehe 2.1) abgeglichen. So konnten Übereinstimmungen, aber auch Abweichungen, zwischen der Organisation der Unterstützungen und den von der Zielgruppe präferierten Faktoren der Angebotsgestaltung identifiziert werden.

### **2.4 Fragebogenerhebung**

Um die Zielgruppe besser charakterisieren zu können, wurde von den TN der Fokusgruppendifkussionen ein Kurzfragebogen ausgefüllt. Es wurden soziodemografische Daten, die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes, Angaben zur Pfl egetätigkeit sowie die bisherige Inanspruchnahme von Unterstützungen erhoben. Auch der Belastungsgrad der Pfl egetätigkeit wurde mithilfe der Häuslichen Pfl egeskala ermittelt (Kurzfassung der häuslichen Pfl egeskala; HPS) (Lichte et al. 2005; Gräfel et al. 1993).

Die durch den Kurzfragebogen gewonnenen quantitativen Daten wurden in der Statistik-Software SPSS eingepflegt und ausgewertet. Bei maximal einem unbeantworteten Item innerhalb der Fragen zur HPS wurde der Modalwert dieses Items gebildet und an entsprechender Stelle eingefügt. Ließen Personen mehr als ein Item der Fragen der HPS unbeantwortet, wurden diese Personen von der Auswertung und Summenwertbildung der HPS ausgeschlossen.

## **3. Ergebnisse**

### **3.1 Qualitative Anbieterbefragung**

Insgesamt wurden 29 Anbieter kontaktiert, wovon elf an einer telefonischen Befragung teilnahmen. Der Hauptgrund für die Nicht-Teilnahme am Interview war fehlende Er-

<i>Name des Angebots</i>	<i>Anbieter</i>	<i>Form</i>
„Hilfe beim Helfen“	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.	Kurs
Basispflegekurs – Pflege zu Hause	AOK PLUS	Kurs
Pflegekurs PLUS – Pflege zu Hause	AOK PLUS	Kurs
Pflegekurs PLUS – Demenz	AOK PLUS	Kurs
Individueller Pflegekurs bei Ihnen zu Hause	AOK PLUS	Kurs
Unterstützung für pflegende Angehörige. Zu Hause pflegen. Gruppen- und Einzelangebote	BARMER GEK	Kurs
Kurse für pflegende Angehörige	Deutsches Rotes Kreuz	Kurs
Schulung für Angehörige von Demenzerkrankten „Eduktion“	Sozialstiftung Bamberg	Kurs
Selbsthilfegruppe „sekis“	Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung	Gruppentreffen
Jährliches Treffen für Menschen mit frontotemporaler Demenz	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.	Gruppentreffen
Angehörigengruppen	AWO Mehrgenerationenhaus Coburg	Gruppentreffen
Betreuungsgruppen	Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung	Gruppentreffen
Moderierte Angehörigengruppen	„Carpe Diem“ München e. V. – Fachstelle für pflegende Angehörige – Beratungsstelle für ältere Menschen	Gruppentreffen
Beratung am Bett	Johanniter Pflegedienst Bamberg	Beratung
Pflegeberatung	Compass private Pflegeberatung GmbH	Beratung
Nachbarschaftshilfe	Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung	Alltagsbetreuung
Häusliche Besuchsdienste	Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung	Alltagsbetreuung
Außerhäusliche Einzelbetreuung	Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung	Alltagsbetreuung
Ich pflege – auch mich	BARMER GEK	Seminar
Pflegen und sich pflegen lassen	Techniker Krankenkasse	Seminar
Broschüren (z. B. „Leben mit Demenzerkrankten“)	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.	Informationsbroschüre
Reisen für Angehörige geistig Behinderter	Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung	Reise

Tab. 1: Ergebnis der qualitativen Anbieterbefragung: Anbieter von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige



reichbarkeit trotz mehrmaliger Versuche. Im Rahmen der Gespräche konnten 23 unterschiedliche Unterstützungsmaßnahmen der elf Anbieter erfasst werden. Die häufigsten Formen der Unterstützungsangebote waren Kurse mit thematischer Ausrichtung auf die Pflege (n = 8) und Gruppentreffen (n = 5). Der Großteil der Unterstützungen wurde von Dach- und Fachverbänden (n = 11) oder Krankenversicherungen (n = 7) angeboten (Tabelle 1).

### 3.2 Fokusgruppendifkussionen

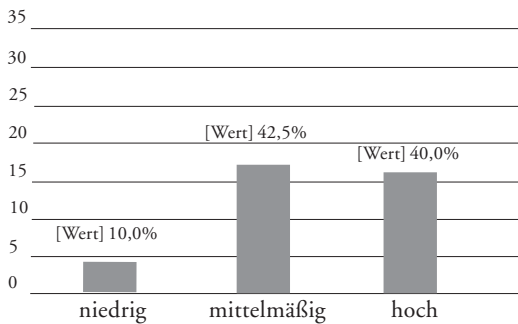
#### 3.2.1 Stichprobenbeschreibung

Es wurden von allen TN der Fokusgruppendifkussionen quantitative Auswertungen vorgenommen (Fragebogenerhebung, n = 40; Tabelle 2):

75,0% (n = 30) der TN waren weiblich; das Durchschnittsalter betrug 73 Jahre (M = 73,38; R = 55;88). Am stärksten waren weibliche Personen im Alter von 75 bis 84 Jahren (n = 18; 45,0%) sowie von 65 bis 74 Jahren (n = 17; 42,5%) vertreten.

Die TN schätzten ihren Gesundheitszustand zum Großteil als „gut“ (n = 22; 55,5%) oder „weniger gut“ (n = 16; 40,0%) ein. Über die Hälfte der TN (n = 23; 57,5%) berichtete von mindestens einer chronischen Erkrankung. Die meisten waren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (n = 18; 45,0%) oder Erkrankungen des Bewegungsapparates (n = 11; 27,5%) betroffen. Im Durchschnitt gingen die TN ihrer Pfl egetätigkeit seit 4 Jahren (M = 4,95; R = 1;15) nach.

Die meisten TN nahmen mittelmäßige (n = 17; 42,5%) oder hohe (n = 16; 40,0%) Belastungen durch die Pfl egetätigkeit wahr. Vier Personen waren durch die Pfl ege wenig belastet (10,0%). Von 3 Personen konnten aufgrund fehlender Angaben keine Auswertung der HPS durchgeführt werden (Abbildung 1).



Wahrgenommene Belastung durch die Pfl egetätigkeit  
n=37

Abb. 1: Auswertung der häuslichen Pfl egeskala

Das Angebot des „ambulanten Pfl egedienstes“ wurde am meisten in Anspruch genommen (n = 14; 35,0%). Auch die „Unterstützung von Verwandten/Bekanntem/Nachbarn/Ehrenamtlichen“ wurde von den TN häufig wahrgenommen (n = 13; 32,5%), ebenso das Angebot der „Tagespfl ege“ (n = 10; 25,0%). Die Pfl egeperson war mehr-



	n (%)		n (%)
Geschlecht weiblich männlich	n = 40 30 (75,0) 10 (25,0)	Chronische Erkrankung, nein fehlende Angabe	16 (40,0) 1 (2,5)
Alter, M 55 – 64* 65 – 74 75 – 84 85 – 88	73,38 [R=55;88] 3 (7,5) 17 (42,5) 18 (45,0) 2 (5,0)	Dauer der Pflegetätigkeit (Jahren), M fehlende Angabe	4,95 [R = ;15] 3 (7,5)
Höchster Bildungsabschluss Haupt-/Volksschule Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur Universitäts-/Fachhochschulab- schluss keiner	13 (32,5) 13 (32,5) 6 (15,0) 2 (5,0) 5 (12,5) 1 (2,5)	Unterbringung der Pflegeperson im selben Haushalt, ja nein Pflegeeinrichtung in einem anderen Haushalt betreutes Wohnen sonstige fehlende Angabe	24 (60,0) 14 (35,0) 9 (22,5) 4 (10,0) 0 (0,0) 1 (2,5) 2 (5,0)
Einschätzung des eigenen Gesund- heitszustandes, M ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht fehlende Angabe Dauer der Pflegetätigkeit (Jahren), M fehlende Angabe	3,38 [R = 2;4] 0 (0,0) 1 (2,5) 22 (55,5) 16 (40,0) 0 (0,0) 1 (2,5)	Einschränkung der Pflegeperson physisch und psychisch psychisch physisch fehlende Angabe	21 (52,5) 13 (32,5) 5 (12,5) 1 (2,5)
Chronische Erkrankung, ja: Herz-Kreislauf Bewegungsapparat Diabetes mellitus Osteoporose Verdauungsapparat psychisch Atemwege sonstige	23 (57,5) 18 (45,0) 11 (27,5) 6 (15,0) 5 (12,5) 4 (10,0) 2 (5,0) 1 (2,5) 3 (7,5)	Inanspruchnahme von Unterstüt- zungsangeboten Ambulanter Pflegedienst Unterstützung von Verwandten/ Bekanntem/ Nachbarn/Ehrenamt- lichen Tagespflege Angebote zur Unterstützung im Alltag Kurzzeitpflege Pflegekurs Nachtpflege weitere fehlende Angabe	14 (35,0) 13 (32,5) 10 (25,0) 9 (22,5) 3 (7,5) 3 (7,5) 0 (0,0) 6 (15,0) 6 (15,0)

\*Wurden die Teilnehmenden der Fokusgruppen ohne Angabe eines Mindestalters und in geschlossenen Gruppen akquiriert, so wurden aus ethischen Gründen auch Teilnehmende zugelassen, die jünger als 65 Jahre alt waren.

Tab. 2: Charakteristika der an den Fokusgruppendifkussionen teilnehmenden pflegenden Angehörigen

heitlich (n = 24; 60,0%) im Haushalt der TN untergebracht. 9 TN (22,5%) gaben an, dass die Pflegeperson in einer Pflegeeinrichtung wohnt.

Etwa die Hälfte der pflegenden Angehörigen der Fokusgruppendifkussionen pflegte Personen mit physischen und psychischen Einschränkungen (n = 21; 52,5%). Die restlichen TN pflegten vor allem Personen mit psychischen (n = 13; 32,5%) und nur ein kleiner Teil Personen mit ausschließlich physischen Einschränkungen (n = 5; 12,5%; Tabelle 2).

### 3.2.2 Qualitative Ergebnisse

Es wurden sechs Fokusgruppendifkussionen mit insgesamt 40 TN durchgeführt. Davon fanden drei in Berlin, je eine in Stadt und Landkreis Coburg und eine in München statt. Alle TN gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Durchführung und Datenauswertung.

Die TN gaben an, Unterstützung und Entlastung durch praktische Pflegehilfen, individuelle Strategien und soziale Kontakte zu erfahren. So wurden neben Aspekten wie der allgemeinen Unterstützung bei der Pflege auch persönliche Kraftquellen genannt: Beibehalten einer positiven Einstellung, Hobbys, Rückzugsmöglichkeiten, Freizeitgestaltung in der Natur. Auf sozialer Ebene nehmen für pflegende Angehörige sowohl der Austausch mit Gleichgesinnten als auch mit Menschen ohne Bezug zur Pflege einen positiven Stellenwert zur Förderung der eigenen Gesundheit ein.

Die von den TN angegebenen Belastungen konnten zwei Kategorien zugeordnet werden: Individuelle Belastungen und Belastungen bezogen auf die Beziehung zur pflegebedürftigen Person. Als wahrgenommene zentrale Probleme wurden Überforderung, Umgang mit den eigenen Emotionen, Schlafstörungen, fehlende Zeit für sich selbst sowie Verlust sozialer Kontakte genannt. Auch anfallende bürokratische Aufgaben, Behördengänge und weitere organisatorische Aspekte stellen zu Beginn der Pflege Tätigkeit eine Herausforderung dar, die sich jedoch mit zunehmender Erfahrung im Pflegebereich als überwindbar gestaltet. Die Beziehung zum/zur Pflegebedürftigen leidet nach Angaben der Angehörigen vor allem durch die Veränderung der Partnerschaft – insbesondere beim Krankheitsbild Demenz. Die geringe gesellschaftliche Anerkennung der Pflege Tätigkeit wird als zusätzliche Belastung von außen wahrgenommen.

Für Punktabfragen zum persönlichen Stellenwert der eigenen Gesundheit wurde eine Likert-Skala von 1 bis 10 (1 = überhaupt nicht wichtig, 10 = sehr wichtig) herangezogen. Mit einem Mittelwert von 6,23 (R = 1;10) lag die Bewertung der Wichtigkeit der eigenen Gesundheit knapp über dem Mittel. Zusätzlich wurden die TN gefragt, inwieweit es ihnen gelingt, Gesundheitsförderung im Alltag selbst umzusetzen. Auch bei dieser Bewertung wurde eine Likert-Skala von 1 bis 10 (1 = gelingt überhaupt nicht, 10 = gelingt sehr gut) eingesetzt. Mit den Aussagen der TN wurde ein Mittelwert von 5,67 (R = 2;10) erreicht.

Die TN gaben an, bewusst etwas für die eigene Gesundheit zu tun, indem sie sowohl organisierte Bewegungs- und Entspannungsangebote wie Gymnastik und Yoga nutzen, als auch selbst aktiv werden, z. B. durch Fahrradfahren. Außerdem sei es für sie

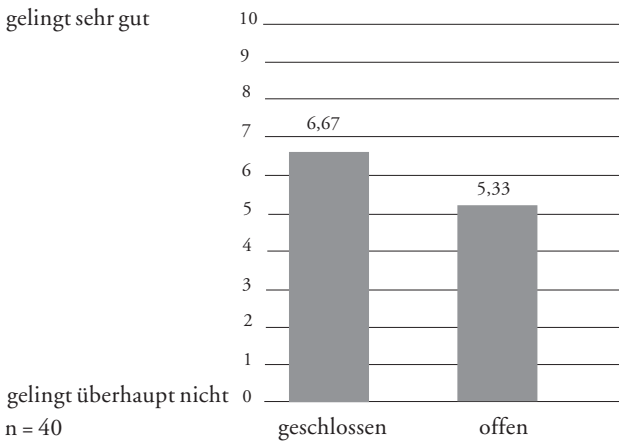


Abb. 2: Mittelwerte der Angaben zur erfolgreichen Umsetzung gesundheitsförderlicher Aktivitäten im Alltag, geschlossene und offene Fokusgruppendifkussionen im Vergleich

wichtig, soziale Kontakte zu erhalten und zu fördern, indem sie den Austausch mit Freunden und der Familie sowie in bestehenden Gruppen suchen. Auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen, Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen und sinnstiftenden Tätigkeiten erachten die TN als gesundheitsfördernd.

Gleichwohl die TN verschiedene gesundheitsförderliche Angebote wahrnehmen, wurde in den Fokusgruppendifkussionen deutlich, dass sie die Pflegeaufgabe über die eigene Gesundheit stellen. Dieser Umstand war sowohl bei pflegenden Angehörigen aus geschlossenen als auch bei offenen Fokusgruppendifkussionen zu erkennen. Allerdings gelingt es den TN in den bestehenden (geschlossenen) Gruppen offensichtlich besser, gesundheitsförderliche Aktivitäten im Alltag umzusetzen (Abbildung 2). Die pflegenden Angehörigen, die an keiner Gesprächsgruppe teilnehmen und somit gezielt für die Fokusgruppendifkussionen akquiriert wurden (offene Gruppen), halten es zwar für wichtig, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern (Abbildung 3), allerdings schaffen sie es im Alltag nicht, konkrete Maßnahmen umzusetzen (Abbildung 2).

Auf die Frage nach weiteren Unterstützungen gaben die TN vor allem Angebote in den Bereichen Bewegung, Entspannung und sozialer Interaktion an. Diese sollten in Form von Gruppenangeboten, Beratungen, Kuren/Reisen und Kontaktstellen, unter der Anleitung von Expert\_innen und Gleichgesinnten umgesetzt werden. Für Gruppenangebote wünschten sich die TN unterschiedliche Teilnehmendenkreise: (1) pflegende Angehörige, unabhängig von Alter und Krankheitsbildern, (2) pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, (3) pflegende und nicht pflegende Personen. Die TN bevorzugten Unterstützungen mit dauerhaften und regelmäßigen Terminen an einem festen Wochentag. Eine Einheit sollte ein bis zwei Stunden dauern und am Vormittag oder Nachmittag, jedoch nicht zu den üblichen Essenszeiten sowie nicht zuhause, allerdings in Wohnortnähe stattfinden. Die TN der Fokusgruppendifkussionen präferierten die Ansprache über öffentliche Anlaufstellen, persönliche Ansprechpartner, Informa-

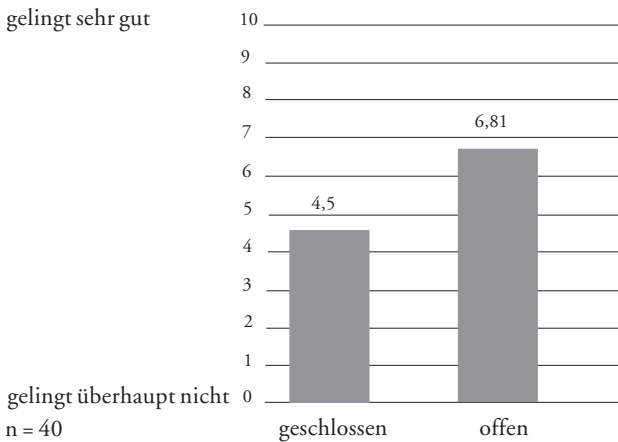


Abb. 3: Mittelwerte der Angaben zur Wichtigkeit der eigenen Gesundheit, geschlossene und offene Fokusgruppendifkussionen im Vergleich

tionsbroschüren und über die Presse. Digitale Medien sollten in diesem Zuge nur ergänzend, nicht ausschließlich eingesetzt werden. Darüber hinaus gaben die TN weitere Bedingungen an, um Unterstützungsangebote für sich nutzen zu können: Die gleichzeitige Betreuung des Pflegebedürftigen, die Möglichkeit zur kurzfristigen und flexiblen Teilnahme an einem Unterstützungsangebot und keine oder nur geringe Teilnahmekosten bzw. die Möglichkeit zur Bezuschussung.

### 3.3 Vergleich bestehender Angebote mit den Erwartungen der Adressat\_innen

Die Angebote zur Wissensvermittlung und Unterstützung bei der Pfl egetätigkeit (qualitative Anbieterbefragung; Tabelle 1) decken sich inhaltlich mit den Erwartungen der TN der Fokusgruppendifkussionen. Darüber hinaus wünschten sich die TN allerdings Angebote zu den Themen Bewegung, Entspannung(-stechniken), soziale Interaktion, Kommunikation und Umgang mit dem Pflegebedürftigen, Selbstwahrnehmung und -fürsorge, psychische Unterstützung sowie die Behandlung spezifischer Bedarfe von Angehörigen von Menschen mit Demenz.

Die Form der bestehenden Angebote entspricht den Erwartungen der pflegenden Angehörigen. Die TN der Fokusgruppendifkussionen wünschten sich jedoch mehr Kontaktstellen vor Ort und eine Anleitung der Unterstützungen im Tandem (Expert\_innen mit Gleichgesinnten).

Die gewünschten Zugangswege decken sich mit den vorhandenen: (regionale) Informationsbroschüren und Presse, persönliche Ansprache, öffentliche Anlaufstellen. Während von Anbietern digitale Medien als alleinstehender Zugangsweg zur Zielgruppe angeführt werden, sehen die TN diese lediglich als Ergänzung zu den genannten Kanälen an. Die pflegenden Angehörigen präferierten eine Bring-Struktur, d. h. ein Herantragen der Informationen an die Zielgruppe anstatt eigenständiger Suchprozesse.

Der Wunsch der Adressat\_innen nach kostenfreien bzw. bezuschussten Angeboten wird von den identifizierten vorhandenen Unterstützungen erfüllt. Aktuell lassen sich Gruppenangebote mit den TN-Strukturen „pflegende Angehörige im Generellen“ und „pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz“ finden, wodurch der Wunsch nach Gruppenangeboten mit gemischten TN-Strukturen aus pflegenden Angehörigen und nicht pflegenden Personen bestehen bleibt.

#### 4. Diskussion und Schlussfolgerung

Die Struktur der TN spiegelt in etwa die Geschlechterverteilung der pflegenden Angehörigen bundesweit wider (Frauenanteil der pflegenden Angehörigen: 75,0% der TN der Fokusgruppendifkussionen mit pflegenden Angehörigen im Rahmen von ESTELLA (Tabelle 2), deutschlandweit 66,7% (Rothgang et al. 2018). Die Ergebnisse von ESTELLA ermöglichen einen differenzierten Einblick in die heterogene Situation und die daraus resultierende Bedarfslage älterer pflegender Angehöriger. Die Erkenntnisse aus dem Bereich „Gesundheitsförderung“ und die Angaben zur inhaltlichen Ausrichtung und Organisation von Unterstützungen tragen dazu bei, die zielgruppenspezifische Ansprache und Förderung zu verbessern und so die Akzeptanz von Angeboten zu erhöhen.

Die Informationen zur Lebenssituation älterer pflegender Angehöriger unterstreichen den Unterstützungsbedarf der Adressat\_innen. Die gesammelten kräftespendenden und -zehrenden Faktoren decken sich mit aktueller Literatur (Kummer et al. 2010; Rothgang et al. 2018; Schneekloth et al. 2017). Wie in vorangegangenen Untersuchungen bereits festgestellt, bemängelt die Zielgruppe auch bei dieser Studie die undurchsichtige Angebotsstruktur (Rothgang et al. 2018). Die dadurch entstehende Hürde scheint wesentlich dazu beizutragen, dass Angebote nicht genutzt werden (Dräger et al. 2013; Rothgang et al. 2018). Aus diesem Grunde ist eine partizipative Gestaltung einer transparenten lokalen Angebotsstruktur sinnvoll. Pflegenden Angehörigen soll es so erleichtert werden, für sich passende Angebote identifizieren zu können.

##### 4.1 Sensibilisierung für die eigene Gesundheit und für das eigene Wohlbefinden

Die Angaben der teilnehmenden pflegenden Angehörigen der Fokusgruppendifkussionen zum Stellenwert der eigenen Gesundheit unterschieden sich stark („sehr wichtig“ bis „gar nicht wichtig“; siehe 3.2.2). Dies lässt darauf schließen, dass die Gruppe sehr heterogen ist. Zum einen gibt es TN, die aktiv geworden sind und bei denen die Selbstwahrnehmung gestiegen ist. Zum anderen gibt es die pflegenden Angehörigen, die eine geringe Sensibilität in Bezug auf ihre eigene Gesundheit haben oder denen die notwendigen Strategien zum Selbstmanagement fehlen. Oftmals werden die Gesundheit und das Wohlbefinden des/der Pflegebedürftigen höher priorisiert als das eigene Wohlergehen.

Die Sensibilisierung für die Themen „Gesundheitsförderung“ und „Selbstfürsorge“ ist somit für die Zielgruppe von hoher Relevanz. Es gelingt nicht allen Adressat\_innen, konkrete Strategien im Alltag zu integrieren. Die Untersuchungen von Rothgang et al. (2018) unterstreichen, dass die Nutzung von Unterstützungen mit der eigenen Krankheitslast einhergeht (je höher die Belastung, desto höher die Nutzung). Mit der Morbidität steigt auch das Wissen über vorhandene Angebote. Daraus lässt sich schließen, dass die Gruppe der Langzeitpflegenden und auch stark belastete Personen besser organisiert sind. Die Angebote, die in Anspruch genommen werden, richten sich jedoch vorrangig an die Entlastung der Pflegetätigkeit und nicht explizit an die Förderung der Gesundheit pflegender Angehöriger. Trotz besserer Organisation bleibt also der Bedarf an gesundheitsförderlichen Angeboten für pflegende Angehörige bestehen. Die Prämisse hierfür liegt in der Sensibilisierung für die eigene Gesundheit der Zielgruppe. Bei der Angebotsgestaltung sollte auch die persönliche Organisations- und Planungskompetenz der TN berücksichtigt werden, sodass die Integration von Förderungen in den Alltag unterstützt wird und Angebote auch von weniger gut organisierten Personen wahrgenommen werden können.

#### **4.2 Wechselwirkung zwischen Pflegetätigkeit und eigener Gesundheit**

Die Pflegetätigkeit hat Auswirkungen auf die eigene Gesundheit: Mit steigendem Pflegegrad nimmt auch die Belastung der Pflegeperson weiter zu (Schneekloth et al. 2017). Es wird angenommen, dass dadurch auch Aktivitäten zur Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger mit steigender Intensität der Pflege schwieriger bzw. mit hohem organisatorischem Aufwand in Anspruch genommen oder umgesetzt werden können. Auch Auswirkungen der Pflege auf die Selbstwahrnehmung der Zielgruppe sind vorstellbar: Im Falle geringer Selbstwahrnehmung resultiert die Überforderung des pflegenden Angehörigen in anhaltender Belastung, was sich wiederum negativ auf die Pflegetätigkeit und eigene Gesundheit auswirkt. Anders verhält sich diese Interaktion bei geförderter Selbstwahrnehmung. Betreibt die/der pflegende Angehörige aktiv Gesundheitsförderung oder nimmt entsprechende Unterstützungen in Anspruch, kommt es zur Stärkung der individuellen Widerstandsfähigkeit. Dadurch wird einerseits ein positiver Effekt auf die Pflegetätigkeit erzielt, andererseits wird die Gesundheit und das Wohlbefinden des pflegenden Angehörigen gefördert.

Diese Wechselwirkung zeigte sich vor allem in Gesprächen mit der Zielgruppe. Dadurch generierte sich die Hypothese, dass erfolgreiche Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe vorrangig dann funktionieren kann, wenn alle drei Faktoren „Pflege“, „Gesundheitsförderung“ und „Selbstwahrnehmung“ betrachtet werden. Für pflegende Angehörige ist die optimierte Organisation der Pflege das übergeordnete Ziel. Wird dies erreicht, können sie sich sicher und ohne Überforderung im Bereich „Pflege“ bewegen. Darauf aufbauend kann die bewusste Förderung der Gesundheit und Selbstwahrnehmung bei den Adressat\_innen dazu führen, dass sich ältere pflegende Angehörige gesundheitsförderlichen Angeboten öffnen und sie in Anspruch nehmen.

### 4.3 Qualifizierung von Gruppenleiter\_innen

Professionelle Unterstützungen von Fachstellen und qualifizierten Beratungskräften sind in erster Linie auf die Organisation der Pflege ausgerichtet und fokussieren sich weniger auf die Gesundheitsförderung der Pflegenden (vgl. Tabelle 1). Um dies voranzutreiben, könnte diese Aufgabe jedoch von Leitungen der Gruppentreffen für pflegende Angehörige wahrgenommen werden. So werden entsprechende Inhalte auf niederschwellige Art und Weise vermittelt und gemeinsam diskutiert.

Die existierenden Gesprächsangebote, z. B. zum gegenseitigen Austausch, werden hauptsächlich von ehrenamtlich tätigen Personen betreut und geleitet. Diese stellen vertrauensvolle Ansprechpersonen mit Erfahrungen im Pflegebereich dar und haben die Möglichkeit, Gruppen thematisch zu lenken. Auf diesem Wege können Themen wie die Sensibilisierung für die eigene Gesundheit niederschwellig angesprochen und gleichzeitig passende Einheiten, z. B. als Schnupperangebote, in das bestehende Format integriert werden. Um dieses Potenzial voll auszuschöpfen und gleichzeitig professionelle Anleitungen anbieten zu können, bedarf es geschulter Gruppenleiter\_innen. Alternativ könnten Expert\_innen, bspw. im Bereich Entspannung, zu dem Gruppentreffen eingeladen werden. Dadurch bleibt der vertraute Kontakt zur Gruppenleitung bestehen, die nun auch als Türöffner\_in für Gesundheitsthemen fungiert. Gleichzeitig wird das Treffen um ein professionell angeleitetes Gesundheitsangebot ergänzt, bei dem die TN für ihre eigene Gesundheit aktiv werden. Diese Form der Kombination erscheint als eine potentielle Antwort auf den Wunsch der pflegenden Angehörigen nach Moderation der Gruppentreffen von vertrauten Personen sowie von Expert\_innen.

### 4.4 Regionale Vernetzung

Für ältere pflegende Angehörige ist die Angebotsstruktur vor Ort unübersichtlich und unzureichend abgestimmt (Rothgang et al. 2018). Im Gespräch mit der Zielgruppe und vor allem unter Berücksichtigung der Stadt-Land-Unterschiede wurde diese Herausforderung von den TN der Fokusgruppendifkussionen bestätigt. Die Auswertungen lassen die Annahme zu, dass die Strukturen in ländlichen Regionen durch informelle Kontakte und begrenzte Angebote überschaubarer sind. Bedingungen, wie unterschiedliche Begriffe für ähnliche Beratungsleistungen oder heterogene Anbieterstrukturen mit nach außen kaum sichtbaren Leistungen, erschweren das Finden und Beurteilen von Unterstützungen für die Adressat\_innen. Der erschwerte Zugang zu den Unterstützungsangeboten scheint maßgeblich dazu beizutragen, dass Angebote häufig ungenutzt bleiben. Um die Zielgruppe bei dem Identifizieren und Nutzen von Angeboten zu unterstützen, ist eine partizipative, transparente Gestaltung der Angebotsstrukturen auf regionaler Ebene sinnvoll.



#### 4.5 Angebotsformen und Rahmenbedingungen

In den Fokusgruppendifkussionen wurden mit den pflegenden Angehörigen idealtypische Unterstützungen skizziert. Häufig genannte Aspekte können als Good-Practice-Komponenten von akzeptierten Angeboten verstanden werden. Hierzu zählen: (1) Fokus auf Stärkung der sozialen Komponente (Gruppenangebote, Begegnungen, Austausch), (2) Zeit für pflegende Angehörige selbst, während die zeitgleiche Betreuung der/des Pflegebedürftigen sichergestellt ist, (3) Ausrichtung der Angebote auf die Themen „Entspannung“ und „Bewegung“, (4) Angebote außerhalb der eigenen Wohnung, an einem festen Wochentag, (5) „Bring-Struktur“ der Informationen anstatt eigenständiger Suchprozesse, (6) vernetzte Strukturen vor Ort (abgestimmt, zentral, übersichtlich) und (7) kostenfreies Angebot bzw. mit Möglichkeit auf Bezuschussung.

Die Ergebnisse der Studie sollen einen Beitrag für die Gestaltung und Förderung künftiger Unterstützungen zur Gesundheitsförderung älterer pflegender Angehöriger liefern.

#### 5. Limitationen

Die qualitative Anbieterbefragung stellt keine Vollerhebung an Unterstützungen für pflegende Angehörige dar. Die Querschnitterhebung potentieller Anbieter unterlag einer Vielzahl an Störfaktoren (Literaturrecherche u. a. mit Handsuche im Internet, eingeschränkte Erreichbarkeit und Vergleichbarkeit). Die Anbieterbefragung ist daher nur eingeschränkt repräsentativ.

Eine Limitierung der Ergebnisse ergibt sich aus der Methode der Fokusgruppendifkussion. Dadurch konnten keine Zusammenhänge zwischen den quantitativen Daten der Fragebogenerhebung und den durch die Fokusgruppendifkussionen gewonnenen Informationen untersucht und festgestellt werden.

Weitere Limitierungen gehen von der TN-Struktur der Fokusgruppendifkussion aus. Es nahmen u. a. auch Personen teil, die aktuell nicht mehr pflegen, da die/der Pflegebedürftige bereits verstorben ist. Dadurch kann es bei der Erhebung der aktuellen Pflegesituation, der Belastung dadurch und der Wichtigkeit der eigenen Gesundheit zu Verzerrungen kommen, u. a. Recall Bias. Auch waren drei TN der Fokusgruppendifkussionen jünger als 65 Jahre. Dies kam vor allem dann vor, wenn bei akquirierten, geschlossenen Gruppen keine Altersbeschränkung vorgenommen wurde. Die Projektmitarbeiter\_innen entschlossen sich aus ethischen Gründen bewusst gegen den Abschluss jüngerer Gruppenmitglieder oder TN ohne aktuelle Pflegeaufgabe.

Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen können aufgrund des Einschlusses von bestehenden, geschlossenen Gruppen verzerrt sein, da die Mitglieder dieser Gruppen Personen sind, die bereits ein Unterstützungsangebot wahrnehmen. Bei der Akquise der TN der Fokusgruppendifkussionen war es ein großes Bestreben, auch bisher unerreichte pflegende Angehörige anzusprechen, die nicht Teil einer bestehenden Angehörigengruppe sind. Dadurch sollte erreicht werden, die wichtige Gruppe der iso-

lierten pflegenden Angehörigen in den Ergebnissen abgebildet wird. Im Rahmen von ESTELLA wurden jeweils drei Fokusgruppendifkussionen mit bestehenden Gruppen pflegender Angehöriger und mit offen akquirierten Personengruppen durchgeführt.

Weitere Limitierungen ergeben sich daraus, dass während der Fokusgruppendifkussionen Angebotsformen und -inhalte zum Teil von den Moderator\_innen der vorge schlagen wurden. Dabei bezogen sie sich auf die Ergebnisse der Anbieterbefragung. Vorschläge wurden dann eingebracht, wenn die Informationen nicht selbstständig von den TN genannt wurden und um eine lockere Gesprächsatmosphäre aufrechtzuerhalten. Im weiteren Verlauf wählten die TN aus den vorgegebenen Formen und Inhalten die Kriterien, die für sie relevantesten sind.

Auch in der Berechnung des Summenwertes der HPS kann es zu Verzerrungen kommen. Ließen die TN der Fokusgruppendifkussion eine der zehn Fragen zur HPS unbeantwortet, wurde jeweils von diesem Item der Modalwert gebildet und an entsprechender Stelle eingefügt. Die Personen, die mehr als eine Frage unbeantwortet ließen, wurden für die Berechnung des Summenwertes und anschließend für die Interpretation der HPS ausgeschlossen (n = 3).

## Literatur

- Bestmann, B./Wüstholtz, E./Verheyen, F. (2014): Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. In: WINEG Wissen 04
- Büker, C. (2015): Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Bütterich, A./Metzner, K./Beyen, A./Klein, J./Kollmann, M./Klein, M./Hassel, H. (2015): Selbstfürsorge und soziale Teilhabe von älteren Menschen - Partizipative Entwicklung einer intergenerativen Health-Literacy-Intervention. In: Prävention 01, 16-19
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2019): Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999-2050
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin
- Cola, M. C. de/Lo Buono, V./Mento, A./Foti, M./Marino, S./Bramanti, P./Manuli, A./Calabrò, R. S. (2017): Unmet Needs for Family Caregivers of Elderly People With Dementia Living in Italy: What Do We Know So Far and What Should We Do Next? In: Inquiry 54
- Dräger, D./Blüher, S./Kummer, K./Budnick, A. (2013): Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. In: Pflege & Gesellschaft 18, 50-63
- Fries, J. F. (2000): Compression of morbidity in the elderly. In: Vaccine 18, 1584-1589
- Gallois, K. M./Dreas, J./Hassel, H./Strube, H./Zeeb, H. (2014): Gesundheitsförderung im Alter - Die Interventionsstudie OptimaHI 60plus. In: Finck, S. (Hrsg.): Lebensphase Alter gestalten – gesund und aktiv älter werden. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention; KNP-Tagung in Zusammenarbeit mit dem BZgA-Arbeitsschwerpunkt gesund und aktiv älter werden am 22. und 23. Mai 2012 in Bonn. Köln: BZgA, 87-99
- Gerber, H./Brüggemann, J./Brucker, U./Deuber, H. J./Fischer, B./Hildebrand, S./Jung, C./Kreck, C./Kurzmann, K./Schrage, U. (2014): Grundsatzstellungnahme. Essen und Trinken im Alter. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Essen
- Gräfel, E./Leutbecher, M. (1993): Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei pflegenden oder betreuenden Personen. Ebersberg: Vless

- Grobecker, C./Pötzsch, O./Sommer, B. (2016): Bevölkerung und Demografie. Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung. In: Statistisches Bundesamt/Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 13-27
- Killenberg, A./Ladebeck, N./Baumgarten, K./Hassel, H. (2017): Gesundheitskompetenz im Alter fördern - Partizipative Interventionsentwicklung im Projekt „GeWinn“. In: Public Health Forum 25, 90-93
- Kummer, K./Budnick, A./Blüher, S./Dräger, D. (2010): Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. In: Prävention und Gesundheitsförderung 5, 89-94
- Kurz, A./Wilz, G. (2011): Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz. In: Nervenarzt 82, 336-42
- Lichte, T./Beyer, M./Mand, P./Fischer, G. C. (2005): Die neue DEGAM-Leitlinie Nr. 6 „Pflegerische Angehörige“. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 81, 79-84
- Niehaus, F. (2006): Auswirkung des Alters auf die Gesundheitsausgaben. WIP-Diskussionspapier 5/06, Version 2/06
- Pelz, C./Schmitt, A./Meis, M. (2004): Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 5
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut
- Rothgang, H./Müller, R. (2018): Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Wuppertal: Barmer
- Schneekloth, U./Geiss, S./Pupeter, M. (2017): Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: TNS Infratest Sozialforschung
- Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Weltgesundheitsorganisation (2002): Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Genf: Weltgesundheitsorganisation
- Wetzstein, M./Rommel, A./Lange, C. (2015): Pflegerische Angehörige - Deutschlands größter Pflegedienst. In: GBE kompakt 6

### *Elisabeth Foitzik*

Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg, Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften, Friedrich-Streib-Str. 2, 96450 Coburg, iag@hs-coburg.de (Korrespondenzautorin)

Koautoren:

### *Sandra Langner*

Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg, Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften, Friedrich-Streib-Str. 2, 96450 Coburg

### *Prof. Dr. Holger Hassel*

Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg, Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften, Friedrich-Streib-Str. 2, 96450 Coburg

---

Interessenkonflikt:

E. Foitzik, S. Langner, H. Hassel geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Sabine H. Krauss, Anna Bauer, Antje Freytag, Cordula Gebel, Michaela Hach, Maximiliane Jansky, Winfried Meißner, Ulrich Wedding, Werner Schneider

## Angehörige aus Sicht von Palliative Care Pflegefachkräften:

### Versorgungskulturen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Family caregivers from the perspective of palliative care nurses: Cultures of care in specialised palliative home care (SAPV)

Background: Resilient informal caregivers, mostly family members, are beneficial in care of dying people in their own homes. This article highlights different perspectives of nurses in specialized palliative homecare (SAPV) on informal caregivers.

Method: Across Germany, ten ethnographically oriented case studies were conducted. One case corresponds to a SAPV team and its regional service providers. A total of 113 interviews were conducted, including 28 with SAPV staff with a professional background in nursing. Grounded Theory was used for data collection and analysis.

Results: The palliative care nurses' view of informal caregivers/family members and their involvement differs depending on three ideal-typical cultures of care developed by the project that prevail in the respective SAPV team: dualism, holism, proceduralism.

Conclusions: The results illustrate the impact of the respective care culture on the assessment of the situation of informal caregivers. Approaches to avoid a possible overstrain should therefore take into account these different cultures in addition to structural conditions such as human resources.

#### Keywords

palliative care, SAPV, family caregivers, nursing, case study

Hintergrund: Belastbare Angehörige sind förderlich bei der Versorgung Sterbender in den eigenen vier Wänden. Der Beitrag beleuchtet unterschiedliche Sichtweisen von Pflegefachkräften der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) auf Angehörige.

Methodik: Deutschlandweit wurden zehn ethnographisch orientierte Fallstudien durchgeführt. Ein Fall entspricht einem SAPV-Team und seinen regionalen Leistungserbringern. Insgesamt wurden 113 Interviews, davon 28 mit qualifizierten Pflegefachkräften der SAPV-Teams, geführt. Die Datengewinnung und -auswertung erfolgte mittels der Grounded Theory.

Ergebnisse: Die Sicht der Palliative Care Pflegefachkräfte auf Angehörige und deren Einbindung unterscheidet sich je nach den aus dem Projekt heraus entwickelten drei idealtyp-

pischen Versorgungskulturen, die beim jeweiligen SAPV-Team vorherrschen: Dualismus, Holismus oder Prozeduralismus.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse verdeutlichen den Einfluss der jeweiligen Versorgungskultur auf die Einschätzung der Situation von Angehörigen. Ansätze, um eine mögliche Überlastung zu verhindern, sollten daher neben strukturellen Bedingungen wie Personalressourcen auch diese unterschiedlichen Kulturen in den Blick nehmen.

Schlüsselwörter

Palliative Care, SAPV, Angehörige, Pflege, Fallstudie

## 1. Einleitung

Mit der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Jahr 2007 erweiterte sich das Angebot an palliativen Versorgungsmöglichkeiten in Deutschland. Der Anspruch auf SAPV begründet sich mit einem besonders aufwendigen Versorgungsbedarf durch das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens. Ziel der SAPV ist es, *„die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen“* (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, §1, Abs. 1, S. 1). Die Belastbarkeit und Mitwirkung der Angehörigen bekommen dabei eine erhebliche Bedeutung (Schwabe et al. 2017; Mühlensiepen et al. 2019; Krauss 2020; Bauer 2020). Die Richtlinie für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV-RL) trägt dem Rechnung, indem sie die *„Belange“* (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, §1, Abs. 5, S. 1) der Angehörigen sowie ihre *„Beratung, Anleitung und Begleitung“* (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, §5, Abs. 3) zu einem Inhalt der Arbeit der SAPV macht, ähnlich auch die S3-Leitlinie (Deutsche Krebsgesellschaft et al. 2020). Die SAPV bedeutet daher zugleich *„ein Mehr an Versorgung als auch ein Weniger“* (Krauss 2020: 174), denn sie stellt einerseits eine zusätzliche Form der Versorgung dar, die auch unter schwierigen Voraussetzungen das Verbleiben von Schwerstkranken und Sterbenden in ihren eigenen vier Wänden ermöglicht, ist jedoch im Vergleich zu stationären Angeboten meist nur mit einer aktiven Beteiligung von Angehörigen oder weiteren Versorgern möglich.

Im Rahmen eines Forschungsprojekts zu Sichtweisen von SAPV-Akteur\_innen auf die Versorgungspraxis, das Teil des größeren Konsortialprojekts SAVOIR zur Evaluierung der SAPV-Richtlinie war<sup>1</sup>, wurde deutschlandweit im Rahmen von zehn qualitativen Fallstudien untersucht, wie Akteur\_innen der SAPV ihre Versorgungspraxis wahrnehmen und gestalten. Der Beitrag beleuchtet die unterschiedliche Ausgestaltung

1 Die Durchführung der Studie erfolgte im Rahmen des an der Universität Augsburg durchgeführten Teilprojekts 3 aus dem Gesamtprojekt SAVOIR – SAPV: Outcomes, Interaktionen, regionale Unterschiede. Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF16005 gefördert. Die Projektkoordination lag bei der Abteilung für Palliativmedizin der Uniklinik Jena. Weitere Projektbeteiligte waren die Universitätsmedizin Göttingen, die Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV), die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und die BARMER GEK. Es bestehen keine Interessenskonflikte. Das Forschungsvorhaben wurde von einer Ethikkommission beurteilt und positiv beschieden.

der Einbindung von Angehörigen in die Arbeit der SAPV und zeigt, dass sich die Unterschiede auf der Mesebene mit der jeweiligen Versorgungskultur des SAPV-Teams<sup>2</sup> erklären lassen. Die Perspektive der in der SAPV beschäftigten Pflegefachkräfte mit Palliative Care Weiterbildung und entsprechender Praxiserfahrung ist besonders wichtig, denn sie prägen als zentrale Akteur\_innen die Versorgungskultur eines Teams wesentlich mit.

Mit den idealtypisch (Weber 1922) unterscheidbaren Versorgungskulturen (vgl. dazu Meißner et al. 2020: 19-20) lässt sich der bundesweit in Deutschland seit 2007 entstandene ‚Flickenteppich‘ der verschiedenen Ausprägungen der SAPV, z. B. hinsichtlich der deutlich variierenden Verträge (Jansky et al. 2011; Nauck et al. 2019), systematisieren, beschreiben und analysieren. Der Begriff der Kultur verweist auf die „Ebene von Sinndeutungen und Bedeutungssystemen, kollektiven Interpretationen und Repräsentationen“ (Reckwitz 2010: 189) und dient dazu, entsprechende Unterschiede in der symbolischen Ordnung von Handlungszusammenhängen sichtbar zu machen. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden drei idealtypische SAPV-Versorgungskulturen rekonstruiert, welche „die jeweiligen konkreten Handlungsstrategien, Deutungsmuster und Bewertungskategorien der Akteure orientieren“ (Meißner et al. 2020: 19): Dualismus, Holismus und Prozeduralismus. Abstrakt formuliert lassen sich diese drei Typen wie folgt charakterisieren und unterscheiden: Der Dualismus ist konzentriert auf die physische Symptomatik, die Leidlinderung durch Schmerzbehandlung steht dabei im Zentrum. SAPV-Teams mit einer solchen Versorgungskultur entstehen typischerweise aus einem Pflegedienst oder einer Klinik heraus und sind hierarchisch organisiert. Der Holismus zielt dagegen auf die verschiedenen Dimensionen von Schmerzen und Leiderfahrung sowie die Sinnstiftung. Er ist typisch für SAPV-Teams, die im hospizlichen Umfeld entstehen (z. B. einem stationären Hospiz oder ambulanten Hospizdienst). Diese SAPV-Teams sind gemäß ihrer Selbstbeschreibung nicht hierarchisch organisiert. Demgegenüber ist der Prozeduralismus zentral ausgerichtet auf die Ausgestaltung der Versorgungspraxis mittels Prozesse der Entscheidungsfindung. SAPV-Teams mit prozeduralistischer Versorgungskultur haben keine typische ‚Entstehungsgeschichte‘. Die Hierarchie ist weniger ausgeprägt als bei der dualistischen Versorgungskultur, es gibt aber eindeutige Zuweisung von Verantwortlichkeiten (vgl. Meißner et al. 2020: 19 und Anlage TP3\_A4). Mit diesem idealtypischen Instrumentarium wird im Folgenden gezeigt, dass es in der SAPV-Praxis seitens der Pflegefachkräfte typische Unterschiede in der Wahrnehmung von und im Umgang mit Angehörigen gibt, die sich entlang der Versorgungskulturen systematisieren lassen. Der Beitrag schließt damit erstens an die Forschung zu Angehörigen von Sterbenden an und ergänzt diese um die Perspektive der Pflegefachkräfte. Zweitens ist dies ein Beitrag zur Forschung zu ‚Kulturen‘ in der Palliativversorgung (z. B. Schmacke et al. 2018).

2 Der innerhalb des Feldes gebräuchliche Begriff des (SAPV-)Teams wird hier verwendet, obwohl er unterschiedliche Formen der (Organisations-)Praxis bezeichnet, also ganz unterschiedliche Strukturen als ‚Team‘ benannt werden. Der Begriff verweist damit auf kein einheitliches Konstrukt im Feld, sondern dient im Feld als Selbstbeschreibung mit positiver Konnotation.



## 2. Hintergrund: Angehörige in der SAPV

Mit dem Begriff der Angehörigen sind nicht nur verwandte, sondern die vertrauten, nahestehenden Menschen und somit auch Freunde der Schwerstkranken und Sterbenden gemeint (Seeger 2011: 11). Als solche befinden diese sich in einer „Doppelrolle“ (Wasner 2012: 90): Sie können sowohl eine große Unterstützung für die Patient\_innen sein, als auch selbst in eine Situation geraten, in welcher sie Hilfe benötigen. Die Rolle der Angehörigen in der SAPV kann daher innerhalb einer großen Bandbreite von der Rolle als pflegende Angehörige, welche die alltägliche Sorge für die Schwerstkranken und Sterbenden übernehmen, bis hin zur Quasi-Patient\_innenrolle reichen. Während für die Hospizbewegung Angehörige seit langem als Teil der ‚unit of care‘ gelten (Saunders 2000), wird die zentrale Bedeutung von Angehörigen mittlerweile auf breiterer Ebene wahrgenommen, und die Unterstützung der Angehörigen wird in den verschiedenen institutionellen Settings des Gesundheitswesens zunehmend formalisiert. Ein Beispiel ist der Ansatz „KOMMA“, der auf die Ermittlung der Bedürfnisse von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung zielt (Kreyer et al. 2018). Ein weiterer Fokus ist die Hilfeleistung durch Edukation der Angehörigen, die darin unterstützt werden sollen, mit ihren vielfältigen Aufgaben und Belastungen besser umgehen zu können (u. a. Grom 2015). Damit erweitern sich die Aufgaben für professionell Pflegende, es entsteht ein neues Arbeitsfeld mit dem Inhalt *„Kompetenzförderung, Selbstmanagementunterstützung, Training und Verbesserung der Bewältigungsfähigkeit“* der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (Menzel-Begemann et al. 2015: 111).

Eine Versorgung durch die SAPV gänzlich ohne Angehörige ist nur denkbar, wenn sie in Pflegeeinrichtungen erfolgt, oder Patient\_innen noch fähig sind, mit Hilfe weiterer Dienstleister und Einrichtungen (z. B. 24-Stunden-Pflege) ihr Leben zu gestalten. Alleinlebende Patient\_innen haben eine deutlich geringere Chance, zu Hause bis zum Tod von der SAPV versorgt zu werden, sie sterben eher in stationären Einrichtungen (Schneider et al. 2015: 54).

Die SAPV-RL benennt die Angehörigen als Ziel edukativen Handelns der SAPV: Sie sollen zur palliativen Versorgung angeleitet werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, §5, Abs. 3). In dieser Rolle übernehmen Angehörige pflegerische, organisatorisch-koordinative und psychosoziale Tätigkeiten, wobei zwischen palliativ ausgerichteten, z. B. der Verabreichung spezifischer Ernährung, und anderen Tätigkeiten, z. B. Kleidung anziehen, unterschieden wird (Schwabe et al. 2017). Angehörige sind für die SAPV somit *„zentrale Akteure im Versorgungsnetzwerk“* (Schwabe et al. 2017: 90) und für eine gelingende ambulante Versorgung wesentlich. Dabei entstehen für die Angehörigen spezifische Ambivalenzen und unterschiedliche Belastungen, die auch mit ihrem sozioökonomischen Status und ihrer körperlichen Verfasstheit verbunden sind. So haben ältere – und möglicherweise selbst bereits unter Erkrankungen leidende – pflegende Angehörige insbesondere mit körperlich herausfordernden Tätigkeiten, wie zum Beispiel dem Anziehen der Patient\_innen, Schwierigkeiten. Auch finanzielle Belastungen und der Einschnitt in alltägliche Abläufe können zu körperlichen und psychischen Symptomen führen. Die Überlegungen, wer wobei unterstützen kann



und wie organisiert und koordiniert werden muss, führt insbesondere zu Beginn der häuslichen Versorgung zu Überforderung, auch zeitlich. Die besondere emotionale Belastung besteht darin, die Patient\_innen unterstützen zu wollen, aber gleichzeitig selbst emotional belastet zu sein. Daraus können Gefühle der Ausweglosigkeit entstehen, denn viele Angehörige sehen sich selbst in der Pflicht, bestmögliche Pflege selbst zu leisten, auch wenn sie faktisch überfordert sind (Schwabe et al. 2017: 90-94). Außerdem können Angehörige im Anschluss an eine infauste Prognose „*noch belasteter als die Patienten selbst*“ (Wasner 2012: 84) sein. Das bloße Vorhandensein von Familienmitgliedern bzw. Angehörigen ist also nicht ausreichend, denn diese müssen in der Lage sein, die Vielfalt organisatorischer und praktischer Aufgaben zu erledigen, was ihre Anwesenheit vor Ort, ihre zeitliche Verfügbarkeit, weitgehende psychische Stabilität, Gesundheit, körperliche Fitness und Lernfähigkeit voraussetzt. Für die häusliche Pflege durch Angehörige bestehen bei SAPV-Patient\_innen somit besonders hohe Anforderungen und spezifische Besonderheiten, welche mit der hohen Symptomlast und dem nahen Tod zusammenhängen.

### 3. Datengrundlage und Methodik

Das Ziel des Projektes war die Erforschung der praktischen Ausgestaltung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, wie sie durch die jeweiligen SAPV-Teams und weitere beteiligte Akteure vor Ort geleistet wird (vgl. Meißner et al. 2020: 10-11). Das Projekt ergänzte damit das Konsortialprojekt um die Perspektive der professionellen Akteur\_innen der SAPV, insbesondere der Mitarbeiter\_innen von SAPV-Teams. Als Methode zur Erforschung der jeweils vor Ort von den unterschiedlichen Akteur\_innen wahrgenommenen Möglichkeiten, aber auch Schwierigkeiten, wurden ethnografisch orientierte Fallstudien als ein nicht-standardisiertes, qualitatives Vorgehen gewählt. Die Datenerhebung und Auswertung erfolgte entlang der Grounded Theory, d. h. die Kriterien für die Auswahl der Sampling Points wurde nicht (komplett) vorab festgelegt, sondern im Lauf des Erhebungszeitraumes auf Basis bereits gewonnener Kenntnisse bestimmt; die Auswertung erfolgte unter dem Grundsatz des ständigen Vergleichens, einem wesentlichen Aspekt der Grounded Theory (Strauss et al. 1996; Glaser et al. 2010).

Im Rahmen mehrtägiger Feldaufenthalte wurden Daten an zehn Standorten (Sampling Points) bundesweit erhoben. Insgesamt wurden 113 Interviews geführt. Zusätzlich wurden vor Ort Feldnotizen zu Teambesprechungen und Hausbesuchen erstellt. Ein Sampling Point bestand aus dem SAPV-Team bzw. seinen Mitarbeiter\_innen und weiteren regionalen Versorgungsakteur\_innen wie z. B. Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten und Hausärzt\_innen. Innerhalb der SAPV-Teams wurden 28 Interviews mit Pflegefachkräften in verschiedenen Funktionen, z. B. auf Leitungsebene, geführt sowie mit Ärzt\_innen und weiteren Berufsgruppen wie z. B. Sozialarbeiter\_innen. Für die Interviews wurden problemzentrierte Leitfäden (Witzel et al. 2012) entwickelt mit offenen Fragen, welche die subjektiven Perspektiven auf die Praxis der SAPV erfassen sollten. Gefragt wurde unter anderem nach täglichen Aufgaben, Belas-

tungen sowie nach ‚gelungenen‘ und ‚problematischen‘ Versorgungsverläufen. Die Interviews wurden transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung erfolgte in der Kombination von inhaltsanalytischen und sinnrekonstruktiven Verfahrensschritten sowohl deduktiv, entlang der bereits für den Leitfaden entwickelten Themen, als auch induktiv aus dem Material heraus, unterstützt durch den Einsatz des Softwareprogramms MAXQDA.

Aus dem systematischen Fallvergleich konnten typische Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Praxis der SAPV rekonstruiert werden, die zu Idealtypen (im Sinne Max Webers 1922) von Versorgungskulturen aggregiert wurden (vgl. Meißner et al. 2020: 19-20). Die Rekonstruktion der Versorgungskulturen erfolgte mittels des gesamten Materials und damit insbesondere unter Verwendung der Interviews mit den Pflegefachkräften. Für den Beitrag wurde das Interviewmaterial speziell in Hinblick auf die Sichtweise der Palliative Care Pflegefachkräfte der SAPV auf Angehörige analysiert.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Sicht der dualistischen SAPV: Angehörige als Versorger\_innen

Die Versorgungskultur des Dualismus trennt zwischen Körper und Geist. Ziel einer solchen SAPV ist die Behandlung und Linderung körperlicher Symptome. Somit stehen medizinische und pflegerische Handlungen im Vordergrund, welche auf den Körper der Patient\_innen gerichtet sind. Diese Sichtweise schließt an ein typisch westliches Denken an, das sich sowohl in der Philosophie als auch in der Medizin findet: *„Is it organic or psychological?“* (Greer et al. 2016: 5). Ziel ist die Symptomlinderung, unter anderem die größtmögliche Schmerzfreiheit der Patient\_innen. Es wird damit ein ganz zentraler Wirkfaktor (Schneider et al. 2012; Stadelbacher et al. 2015) der SAPV adressiert. Der Schmerz wird in diesem Verständnis typischerweise jedoch als rein körperliche Erscheinung gedeutet. Alle anderen Erscheinungen und Vorkommnisse, die durchaus wahrgenommen werden, werden in der Regel an andere Stellen bzw. Akteur\_innen delegiert, so zum Beispiel an den ambulanten Hospizdienst, der organisatorisch außerhalb des SAPV-Teams liegt. Mit der dualistischen Versorgungskultur verbunden ist außerdem eine kaum hinterfragte Hierarchie zwischen den Ärzt\_innen und Pflegefachkräften. Pointiert formuliert: Die SAPV mit einer dualistischen Versorgungskultur fokussiert ihre Sichtweise auf die Angehörigen auf deren Versorgerfunktion – im Sinn einer Übernahme alltäglicher Sorgearbeiten bis hin zu einfacheren Pflegeaufgaben. Die Angehörigen werden gewissermaßen zu einem ‚verlängerten Arm‘ der SAPV.

Eine Versorgung durch die SAPV ist aus Sicht einer dualistisch orientierten SAPV dann gelungen, wenn die Angehörigen *„gut eingewiesen“* (Pflegefachkraft, PC081: 74) wurden. Die Angehörigen sind *„die Manager zu Hause, [...] die die Pflege übernehmen und alles organisieren“* (Pflegefachkraft, PC021-1: 101). Sie sollen keine Belastung für die SAPV darstellen. So beschränkt sich die SAPV mit dualistischer Versorgungskultur

im Falle des Hilfebedarfs von Angehörigen in Hinblick auf Unterstützung bei organisatorischen Fragen auf Ratschläge oder verweist auf andere Leistungserbringer: „[...] manche wollen natürlich die volle Unterstützung haben und sind dann eher überfordert mit gewissen, ja, auch schriftlichen Anträgen von der Krankenkasse und solchen Sachen. Da versuchen wir uns dann eher zurückzuhalten [...], da versuchen wir halt Ratschläge zu geben, wo sie sich noch hinwenden können“ (Pflegefachkraft PC021-1: 103).

Auch in psychischen Krisensituationen ist das SAPV-Team nur begrenzt verfügbar: „Oder Angehörige, die ähm zu viel wollen, ne, so. Die nachts um 23 Uhr anrufen, um dann äh Entlastungsgespräche zu führen zum Beispiel“ (Pflegeleitung, PL081: 49).

Die psychosoziale Begleitung der Angehörigen wird von den Pflegefachkräften in einer dualistischen SAPV somit nicht als ihre Aufgabe gesehen und es wird auch hier auf andere Akteur\_innen der Palliativversorgung verwiesen: „Diese ganze psychosoziale Betreuung von Angehörigen. Das ist zwar in erster Linie nicht unsere Aufgabe, aber man wird ja doch trotzdem auch angesprochen [...] Wenn die sagen ‚Ok, ich gehe jetzt wirklich am Limit hier‘, ähm, was kann man denen vielleicht noch anbieten über ambulantes Hospiz, ist ja hier auch in Ort 2, dass die nochmal speziell Gespräche machen“ (Pflegefachkraft PC040: 132).

Angehörige, welche die an sie gestellte Erwartungen also nicht erfüllen oder eigene Bedürfnisse haben, die aus Sicht der SAPV-Teams über deren Zuständigkeit hinausgehen, gelten folglich als problematisch. Aber auch ihre bloße Anwesenheit vor Ort kann bereits als schwierig empfunden werden. Das Zuhause der Patient\_innen ist dann ein Ort, an dem zu viel Störendes die Arbeit der SAPV behindern kann. So können Angehörige z. B. nicht einfach aus dem Zimmer hinausgeschickt werden: „Ein Beispiel ist auch nicht so schön, wenn es einfach eine Sterbebegleitung ist, wo einfach auch alle involviert sind, auch die Angehörigen. [...] Also stirbt ja nicht jeder ruhig, ne? [...] Es ist halt immer was anderes [...] im häuslichen Umfeld das zu regeln, weil da kann man ja die Angehörigen nicht mal rausschicken oder so. Die wohnen ja da. Ich bin ja derjenige, der jetzt da gerade Gast ist, ne? Das kann man dann eher mal auf Station, dass man dann sagt ‚So, jetzt mal hier Schluss, jetzt gehen Sie mal bitte vor die Tür, ich regle das jetzt hier‘, so“ (Pflegefachkraft PC081: 68).

Am Zitat wird deutlich, dass ein stationäres Setting als Kontrastfolie dient. Die Pflegefachkraft reflektiert ihre eigene Rolle als „Gast“ im Haushalt der Patient\_innen und deren Angehörigen. Diese Gastrolle ist eine andere als die Rolle, die sie als Pflegefachkraft z. B. in einem Krankenhaus hat. Im Krankenhaus ist sie diejenige, die bestimmen kann, wer im Raum anwesend ist, sie kann also die Situation und wer Teil der Situation ist, kontrollieren. Deutlich wird, dass sie damit sowohl die Angehörigen schützen kann vor Dingen, die diese vielleicht als „nicht so schön“ empfinden könnten, aber auch, dass sie selbst in Ruhe und ohne Störungen arbeiten kann. Das Krankenhaus dient für die Pflegefachkraft (im Gegensatz zur Perspektive jener Patient\_innen, die zuhause sterben wollen) also nicht als negative Kontrastfolie, sondern ist positiv besetzt.

Und auch wenn die Versorgung durch die Angehörigen zu Hause den von der SAPV gesetzten Anforderungen nicht (mehr) genügt, wird eine Palliativstation im Krankenhaus als gute Alternative gesehen: *„[...] als der dann komplett bettlägerig wurde und die Luftnot auch irgendwie zunahm und ja zum Teil auch BTMs verschwunden sind, da haben wir gesagt: ‚Nein, jetzt ist Feierabend.‘ [...] Kam er auf Palliativstation und ja. Ne, und die Familie immer sagte: ‚Nein, der bleibt zuhause, der bleibt zuhause‘, aber irgendwann, da haben wir uns dann doch durchgesetzt, was letztendlich für alle hinterher gut war auch äh als Rückmeldung von der Familie durchaus kam so, ne, die dann auch sehr zufrieden waren ähm, ne?“* (Pflegerleitung PL081: 77).

Hier wird also aus Sicht der Pflegeleitung zunächst im Sinn des Patient\_innen entschieden, aber gewissermaßen in ‚weiser Voraussicht‘ auch im Sinn der Angehörigen. An diesem Interviewausschnitt wird außerdem deutlich, dass dualistische SAPV-Teams typischerweise eine sehr pragmatische Sichtweise in Hinblick auf den Sterbeort haben. Außerdem ist es aus Sicht einer SAPV mit dualistischer Versorgungskultur – gemäß dem eigenen medizinisch-pflegerisch spezialisierten Selbstverständnis für komplexe (körperliche) Symptomlagen – wünschenswert, wenn regional viele andere, für ihre jeweiligen Aufgaben kompetente Versorger\_innen (also u. a. Hausärzt\_innen, Hospize) vorhanden sind.

Nach dem Tod gibt es von Seiten der Krankenkassen keine finanziellen Mittel mehr, um beispielsweise Angehörige zu betreuen oder zu beraten. Dennoch muss die SAPV noch tätig werden. Die dualistische SAPV beschränkt sich auf das Notwendigste, wie z. B. das Einholen von Unterschriften von den Angehörigen und die Abholung von Geräten.

#### **4.2 Sicht der holistischen SAPV: Angehörige als Teil der ‚unit of care‘**

Die holistische Versorgungskultur orientiert sich an einem hospizlichen Verständnis von palliativer Versorgung und Begleitung, so wie es von Cicely Saunders (Saunders 2000) ab etwa Mitte des 20. Jahrhunderts begründet und entwickelt wurde. Die Leiden werden ‚ganzheitlich‘ (holistisch) gesehen, als physische, psychische, spirituelle und soziale Leiden (total pain). Für eine solche Versorgungskultur sind nicht nur die eigentlichen Patient\_innen die Adressat\_innen der SAPV, sondern auch deren Angehörige. Patient\_in und Angehörige bilden eine – je nach Bedarf – zu adressierende Einheit (unit of care), ein Mitarbeiter einer psychosozialen Berufsgruppe bezeichnet die Angehörigen sogar als *„Patienten in Führungsstrichen“* (Dritte Berufsgruppe, DB031: 10). Die Tätigkeit der Angehörigen im alltäglichen Versorgungsgeschehen ist nichts, was automatisch vorausgesetzt wird, und auch eine Edukation reicht nicht, um das Sterben zu Hause möglich zu machen: *„[...] wie überfordert ist auch die Familie? Wie viel Zeit benötigen die? Wie ist die also halt, also wie ist auch die Begleitung, oder, in Führungsstrichen, ‚die Betreuung‘, die wir den Familien auch, also halt zu Gute kommen lassen müssen, damit das Versorgungskonstrukt auch zu Hause funktioniert?“* (Leitung/Pflegefachkraft LE091: 61).

Angehörige bedürfen vielmehr einer umfassenden Sorge durch die SAPV und müssen für ihre Aufgabe gestärkt werden: „[...] *ich würde immer die Angehörigen so gerne dazu ermutigen, dass sie sich das zutrauen*“ (Pflegefachkraft, PC031-1: 28), oder auch: „[...] *einer allein wird es nicht schaffen*“ (Pflegefachkraft, PC031-1: 50). Die Grenzen zwischen der Sichtweise auf die Angehörigen als ‚Versorger\_in‘ und einer Sichtweise, dass diese selbst der Hilfe bedürfen, sind somit fließend.

Die Linderung physischer Leiden, z. B. von Schmerzen oder Atemnot, ist nicht Hauptziel der Tätigkeit, sondern sie gilt für die holistische SAPV als Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit dem Lebensende. Diese soll, so der normative Anspruch, von allen Beteiligten – also Patient\_in und Angehörigen – geleistet werden. Ziel ist es, dem Sterben als letztem Lebensabschnitt einen Sinn zu geben. Im Idealfall bewirkt die intensive Beschäftigung mit dem Sterben und dem Tod eine psychische und spirituelle Weiterentwicklung der Beteiligten: also der Patient\_innen selbst, der Angehörigen, aber auch der Mitarbeiter\_innen der SAPV. Daher gibt es gerade bei der SAPV mit einer holistischen Versorgungskultur sehr hohe Erwartungen an die Angehörigen. Denn gelungen ist eine Versorgung vor allem dann, wenn eine persönliche Weiterentwicklung stattgefunden hat und die Angehörigen für das Weiterleben gestärkt werden: „*es zählt dann dieses, was der Zurückbleibende, dass er noch leben kann in dieser Situation*“ (Pflegefachkraft, PC031-1: 52). Die SAPV sieht sich dabei in einer Funktion als Begleiterin und Unterstützerin: „*Eine schöne Begleitung ist, gelungen ist, wenn man einfach über eine Woche oder Wochen jemand begleitet, [...] wenn man gut begleitet zu Hause, man nimmt ganz viel fürs eigene Leben mit, also die Angehörigen. [...] Es ist auch so, dass ich sie immer dann auch lobe, weil es ist ja nicht selbstverständlich, dass man zu Hause pflegt bis zum Tod. Das kostet die Angehörigen sehr, sehr viel Kraft. Und das sehe ich halt auch als unsere Aufgabe, dass man den Angehörigen diese Kraft vermittelt, dass sie es können und dass sie es gut machen*“ (Pflegefachkraft PC031-2: 109).

Dabei kann sogar die Gefahr bestehen, dass die Belange der Patient\_innen in den Hintergrund geraten. So könnte das Beispiel einer Pflegefachkraft interpretiert werden, die einen Fall schildert, bei dem eine Tochter weniger Schmerzmittel gibt, als dies aus Sicht der SAPV nötig wäre: „*Und dann sind natürlich auch uns die Hände gebunden, wenn die Tochter sagt, sie will das der Mama nicht geben – dann können wir nichts machen*“ (Pflegefachkraft PC031-2: 50).

Die holistische Sichtweise zeigt sich auch nach dem Tod der SAPV-Patient\_innen: „*Und unsere Sozialarbeiter, die rufen vier Wochen nach Versterben nochmal die Angehörigen an, ob die eine Trauerbegleitung brauchen, machen dann noch ein Gespräch [...]*“ (Pflegeleitung PL031: 179)

Die holistische SAPV bietet also auch nach dem Versterben Gespräche mit Angehörigen an. Diese Aufgabe übernehmen typischerweise die Mitarbeiter\_innen aus dem Bereich Sozialarbeit oder Psychologie.

### 4.3 Sicht der prozeduralistischen SAPV: Angehörige als Beteiligte an Verfahren zur Entscheidungsfindung

Für die prozeduralistische Versorgungskultur liegt der Schwerpunkt auf den Entscheidungsprozessen, die mit dem Lebensende und einer Versorgung durch die SAPV verbunden sind. Sowohl Patient\_innen als auch ihre Angehörigen müssen im Verlauf eine Vielzahl an Entscheidungen treffen, insbesondere in Hinblick auf den Patientenwillen und auf rechtliche Fragen (z. B. wer entscheiden darf bzw. wer die Patient\_innen vertreten wird, wenn diese nicht mehr selbst entscheiden können). Es geht also um „Handläufe“, im Sinne von klaren und allgemein akzeptierten Verfahrensanweisungen oder Prozeduren, in denen die Legitimation der jeweiligen Entscheidungen überprüft, hergestellt oder gemeinsam geschaffen wird“ (Klie 2003: 349), und die auch eine Vorausplanung ermöglichen.

Aus Sicht der SAPV mit prozeduralistischer Versorgungskultur sind Angehörige – wie für die holistische SAPV auch – nicht nur Versorger\_innen, ihre Rolle ist allerdings bei weitem nicht so umfassend und vielschichtig wie in der holistischen Versorgungskultur. Angehörige kommen vor allem als Beteiligte in den bei der prozeduralistischen SAPV typischerweise im Fokus stehenden Prozessen der Entscheidungsfindung vor, die wiederum dazu dienen, vorausschauend handeln zu können und ungeordnete Verläufe von vornherein zu vermeiden. Damit wiederum soll die Überforderung der Angehörigen verhindert, aber auch die Versorgung durch die SAPV möglichst konfliktfrei und reibungslos durchgeführt werden können. Im folgenden Interviewausschnitt wird dies deutlich: *„Also, wenn man merkt, da gibt's einfach so in der Familie Probleme, Konflikte, dass man das dann anspricht. [...] Oder wenn man den Eindruck hat, manchmal hat man ja auch Angehörige, die, ja, sich vorgenommen haben, ihren Partner, der da ist, zu betreuen und alles zu machen, und man merkt, die kommen einfach an ihre Grenzen, die merken das selbst ja manchmal nicht [...], dass man dann auch guckt und sagt, Denken Sie an sich, Sie brauchen auch Ihre Pausen. Wie wäre es mal mit einem Pflegedienst? [...] Also einfach gucken. Was braucht der Patient?“, oder auch, Wo brauchen die Angehörigen Unterstützung?“. Und dann entscheiden, wen kann man da empfehlen oder was kann man den Angehörigen raten“ (Pflegefachkraft PC071-3: 26).*

Typischerweise wird bei der Aufnahme neuer Patient\_innen zunächst ein\_e Angehörige\_r bestimmt, die oder der geeignet ist, dauerhaft feste Kontaktperson für die SAPV zu sein, um die Kommunikation zwischen SAPV und Angehörigen zu vereinfachen und zukünftige Entscheidungsprozesse zu erleichtern. Bei allen Maßnahmen steht die Willensfindung der Patient\_innen zwar im Vordergrund, Möglichkeiten und Grenzen der Angehörigen werden dabei jedoch systematisch berücksichtigt. Wie auch bei der dualistischen SAPV ist die Haltung eher pragmatisch, der Sterbeort muss nicht das eigene Zuhause sein. Eine typische Argumentation für diese Versorgungskultur findet sich bei einer Palliativmedizinerin, die bei einer drohenden „Traumatisierung“ (Palliativmedizinerin FA071-2: 60) der Angehörigen für das stationäre Hospiz plädiert. Die SAPV mit prozeduralistischer Versorgungskultur will also eine Balance zwischen den verschiedenen Interessen herstellen.



Nach dem Tod nutzen prozeduralistische SAPV-Teams Gespräche mit Angehörigen auch für die Bewertung der Arbeit. Der folgende Interviewausschnitt, hier ebenfalls ein Palliativmediziner, verdeutlicht dies besonders gut: *„[...] dass wir ein Angehörigengespräch anbieten, [...] um zu schauen, gibt es da Möglichkeiten der Unterstützung?“, oder es ist so, auch eine Reflektion, zu sagen, „Wie war die Versorgung gewesen?“, „Gab es Punkte, wo vielleicht Verbesserungsmöglichkeiten sind?“, oder „Gab es vielleicht Punkte, wo Sie mehr Unterstützung vielleicht gebraucht hätten, die uns nicht aufgefallen sind?“* (Palliativmediziner FA071-1: 56).

Die Rückmeldungen der Angehörigen gehen somit als Teil des Qualitätsmanagements in die Weiterentwicklung der SAPV ein.

## 5. Diskussion

Mit Hilfe der im Projekt rekonstruierten drei Versorgungskulturen wird die Praxis der SAPV beschreibbar und analysierbar in Hinblick auf ihren Umgang mit Angehörigen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass im Blick auf Angehörige bzw. ihre Rolle in der Versorgung es nicht als beliebig erscheint, im Rahmen welcher Versorgungskultur ein SAPV-Team vorrangig arbeitet. In jeder der drei Versorgungskulturen wird die Situation vor Ort bei den Patient\_innen und ihren Angehörigen typischerweise anders wahrgenommen und werden die zu lösenden Probleme unterschiedlich gedeutet. Damit einher gehen spezifische Fokussierungen, aber auch blinde Flecken im Blick auf Angehörige, wenn die Kulturen miteinander verglichen werden. Die dualistische Versorgungskultur achtet besonders darauf, dass körperliche Symptome möglichst gut gelindert werden. Palliative Care Pflegefachkräfte in einer dualistischen SAPV sehen in den Angehörigen daher vor allem Versorger\_innen, die sie bei dieser Aufgabe unterstützen. Aus dem Blickwinkel der anderen Kulturen könnten dabei psychosoziale Aspekte und die Belange der Angehörigen nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die holistische Versorgungskultur berücksichtigt in sehr hohem Maß psychosoziale Aspekte und die Angehörigen sind als ‚unit of care‘ zusammen mit den Patient\_innen fester Bestandteil der Versorgung. Hier könnte aus der Sicht der anderen beiden Kulturen die Gefahr eher darin bestehen, dass zu hohe Erwartungen an Angehörige gerichtet werden, insbesondere in Hinblick auf die Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung. Außerdem könnten Interessenskonflikte zwischen Patient\_in und Angehörigen nicht ausreichend erkannt werden. Die beiden Kulturtypen (Dualismus und Holismus) weisen damit auch Verbindungen zu unterschiedlichen Umgangsweisen mit Sterbenden auf, die in den letzten Jahrzehnten insbesondere von Seiten der Hospizbewegung benannt und diskutiert wurden (z. B. Pfeffer 1998). Der Prozeduralismus als Kulturtyp liegt dagegen quer dazu, denn er steht in Bezug auf die Berücksichtigung von körperlichen und psychosozialen Aspekten sowie der Berücksichtigung der Angehörigen zwischen den beiden anderen Kulturen, mit seinem spezifischen Fokus auf die Prozesse bildet er aber einen eigenen Typus. Angehörige kommen hier vor allem in ihrer Funktion als Beteiligte von Entscheidungsprozessen in den Blick.



In allen drei Versorgungskulturen lassen sich Ansätze für einen Umgang mit Angehörigen finden, die deren Überlastung verhindern sollen. Diese spiegeln die typischen Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der jeweiligen Versorgungskultur wider. So hat insbesondere die dualistische Versorgungskultur einen vergleichsweise pragmatischen Blick auf alle Versorgungsmöglichkeiten. Eine – gegebenenfalls nur kurzfristige – Nutzung stationärer Angebote wird somit eher befürwortet, wenn eine Versorgung zu Hause als mangelhaft bewertet wird, z. B. weil Angehörige nicht entsprechend mitwirken (können). Für die holistischen SAPV-Teams ist die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte der Angehörigen zentraler Bestandteil ihrer Praxis, auch unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen aus der Sozialarbeit und Psychologie, die typischerweise Mitarbeiter\_innen der holistischen SAPV sind. Die vorausschauende Planung unter Einbeziehung der Angehörigen steht vor allem im Fokus prozeduralistischer SAPV-Teams. Damit sollen zukünftige Probleme antizipiert und vermieden werden.

## 6. Fazit

Der Beitrag verdeutlicht, welchen Einfluss die jeweilige vorherrschende Versorgungskultur für die Gestaltung der Praxis vor Ort im Allgemeinen und für die Einschätzung der Situation der Angehörigen durch die Palliative Care Pflegefachkräfte im Besonderen hat. Auswirkungen unterschiedlicher Teamstrukturen auf Angehörige sowie denkbare Zusammenhänge zwischen Strukturen und Kulturen wurden in diesem Beitrag ausgeklammert und müssten in einer eigenen Ausarbeitung diskutiert werden. Dennoch erscheint es vor diesem Hintergrund notwendig, neben den strukturellen Bedingungen der SAPV (z. B. Personalressourcen, Zeit) auch an den Fundamenten der kulturellen Praxis der Teams anzusetzen, um die Situation der Angehörigen als Versorger\_innen, die ihnen unter anderem in der SAPV-RL zugeordnet wird, die sie vielfach aber auch selbst übernehmen wollen, zu verbessern, und dabei ihren Bedürfnissen und Belastungen gerecht zu werden. Denn eine Überlastung der Angehörigen zu verhindern ist schließlich auch im Sinn der Patient\_innen.

Eine mögliche Limitation des Projekts besteht in einer, auch durch die methodisch sorgfältige Auswahl nicht ganz auszuschließenden, Selbstselektion der SAPV-Teams, deren Mitarbeiter\_innen und der weiteren Versorgungsakteur\_innen. Weitere Arbeiten sollten untersuchen, welche Unterschiede in der Versorgungskultur von Angehörigen und mittelbar auch von Patient\_innen wahrgenommen werden, und welche Bedürfnisse von ihrer Seite im Vordergrund stehen.

## Literatur

- Bauer, A. (2020): Rationalitäten und Routinen des ‚Sterben-Machens‘. Normative Orientierungen und professionelle Problemlösungskompetenz in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In: Bauer, A./Greiner, F./Lippok, M./Krauss, S.H./Peuten, S. (Hrsg.): Rationalitäten des Lebensendes – Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer. Sonderband. Baden-Baden: Nomos, 223–249

- Deutsche Krebsgesellschaft/Deutsche Krebshilfe/AWMF (2020): *Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung*. Langversion 2.2. AWMF-Registernummer: 128/001OL, <<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>> [Stand 2021-02-02]
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007, zuletzt geändert am 28. Mai 2020*, <[https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2178/SAPV-RL\\_2020-05-28\\_iK-2020-06-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2178/SAPV-RL_2020-05-28_iK-2020-06-01.pdf)> [Stand 2020-07-14]
- Glaser, B./Strauss, A.L. (2010): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. 3., unver. Aufl. Bern: Hans Huber
- Greer, S./Joseph, M. (2016): *Palliative Care: A Holistic Discipline*. In: *Integrative Cancer Therapies* 15 (1), 5–9
- Grom, I.-U. (2015): *Die stumme Mehrheit rückt ins Blickfeld: Angehörigenedukation als wichtige Komponente in der häuslichen Pflege*. In: *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung* 11 (1), 13–15
- Jansky, M./Lindena, G./Nauck, F. (2011): *Stand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland – Verträge und Erfahrungen*. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12 (4), 164–174
- Klie, T. (2003): *Sterben in Würde – zwischen Autonomie und Fürsorge. Ein Beitrag zur aktuellen juristischen Diskussion*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36 (5), 347–354
- Krauss, S.H. (2020): *Who cares? Rationalitäten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung am Beispiel Zeit*. In: Bauer A./Greiner, F./Lippok, M./Krauss, S.H./Peuten, S. (Hrsg.): *Rationalitäten des Lebendens – Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer*. Sonderband. Baden-Baden: Nomos, 173–206
- Kreyer, C./Pleschberger, S. (2018): *KOMMA – ein nutzerorientierter Ansatz zur Unterstützung von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung*. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 19 (6), 299–304
- Meißner, W./Nauck, F./Wedding, U./Schneider, W./Freytag, A./Gebel, C. für die SAVOIR-Forschungsgruppe (2020): *Ergebnisbericht. SAVOIR. Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktion, Regionale Unterschiede*. <[https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/projekt-dokumente/24/2020-11-12\\_SAVOIR\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/projekt-dokumente/24/2020-11-12_SAVOIR_Ergebnisbericht.pdf)> [Stand 2021-02-02]
- Menzel-Begemann, A./Klunder, B./Schaeffer, D. (2015): *Edukativer Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zur Vorbereitung auf die häusliche (Selbst)Versorgung während der stationären Rehabilitation – Herausforderungen und Erfordernisse*. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (2), 101–115
- Mühlensiepen, F./Thoma, S./Marschke, J./Heinze, M./Harms, D./Neugebauer, E.A.M./Peter, S. von (2019): *„Wenn die mal nicht mehr kommen würden, dann kriege ich eine Krise“*. Netzwerke der ambulanten Palliativversorgung aus Sicht von Patienten und Angehörigen. In: *Der Schmerz* 33 (4), 320–328
- Nauck, F./Jansky, M. (2019): *Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung*. In: *TumorDiagnostik & Therapie* 40 (05), 300–307
- Pfeffer, C. (1998): *Brücken zwischen Leben und Tod. Eine empirische Untersuchung in einem Hospiz*. Köln: Rüdiger Köppe
- Reckwitz, A. (2010): *Auf dem Weg zu einer kultursoziologischen Analytik zwischen Praxeologie und Poststrukturalismus*. In: Wohlrab-Sahr, M. (Hrsg.): *Kultursoziologie. Paradigmen – Methoden – Fragestellungen*. Wiesbaden: VS, 179–205
- Saunders, C. (2000): *The evolution of palliative care*. In: *Patient Education and Counseling* 41 (1), S. 7–13
- Schmacke, N./Stamer, M./Müller, V./Höfling-Engels, N. (2018): *Der integrierte palliative Dienst – Beginn einer neuen Kultur im Krankenhaus*. In: *Pflege & Gesellschaft* 23 (1), 40–54
- Schneider, W./Eichner, E./Thoms, U./Kopitzsch, F./Stadelbacher, S. (2015): *Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern – Evaluation / Qualitätssicherung und (Aus)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums)*. Ergebnisbericht. Universität Augsburg, Philosophisch-sozialwissenschaftliche Fakultät. Augsburg, <<https://assets.uni->

- augzburg.de/media/filer\_public/d1/af/d1af616d-4cb3-4d4b-a46c-df624c193752/sapv-ii\_endbericht.pdf> [Stand 2020-07-07]
- Schneider, W./Eschenbruch, N./Thoms, U./Eichner, E./Stadelbacher, S. (2012): Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis – eine explorative Begleitstudie. Ergebnisbericht 2012 – geringfügig geänderte Version. Universität Augsburg, Philosophisch-sozialwissenschaftliche Fakultät, <[https://assets.uni-augsburg.de/media/filer\\_public/3f/70/3f707276-c283-4a21-a63b-2f8fdbf6fae1/sapv-i\\_endbericht-\\_mit-jahreszahl\\_.pdf](https://assets.uni-augsburg.de/media/filer_public/3f/70/3f707276-c283-4a21-a63b-2f8fdbf6fae1/sapv-i_endbericht-_mit-jahreszahl_.pdf)> [Stand 2020-07-07]
- Schwabe, S./Ates, G./Hasselaar, J./Jaspers, B./Linge-Dahl, L./Radbruch, L. (2017): „Etwas mehr Vertrauen, dass ich es schaffe...“. Pflegende Angehörige in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 18 (2), 90–96
- Seeger, C. (2011): Leitlinien von Palliative Care. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 4., überarb. und erw. Aufl. Berlin: Springer, 9–14
- Stadelbacher, S./Eichner, E./Schneider, W. (2015): Praxis der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung 11 (1), 8–10
- Strauss, A.L.; Corbin, J.M. (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz
- Wasner, M. (2012): Keiner stirbt für sich allein: Bedeutung und Bedürfnisse des sozialen Umfelds bei Sterbenden. In: Bormann, F.-J./Borasio, G.D. (Hrsg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Berlin: de Gruyter, 82–91
- Weber, M. (1922): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie. Tübingen: Mohr
- Witzel, A./Reiter, H. (2012): The Problem-Centred Interview. Principles and Practice. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE

*Sabine H. Krauss, M.A.*

Universität Augsburg, Philosophisch-Sozialwissenschaftliche-Fakultät, Institut für Sozialwissenschaften, Professur für Soziologie mit Berücksichtigung der Sozialkunde, Universitätsstraße 10, 86159 Augsburg, [Soz@sabinehkrauss.de](mailto:Soz@sabinehkrauss.de) (Korrespondenzadresse)

*Anna Bauer, M.A.*

Ludwig-Maximilians-Universität München, Katholisch-Theologische Fakultät, Lehrstuhl für Moraltheologie, Geschwister-Scholl-Platz 1, 80539 München, [An.Bauer@lmu.de](mailto:An.Bauer@lmu.de)

*Dr. rer. pol. Antje Freytag*

Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Bachstraße 18, 07743 Jena, [Antje.Freytag@med.uni-jena.de](mailto:Antje.Freytag@med.uni-jena.de)

*Dipl.-Psych. Cordula Gebel*

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin II, Abteilung für Palliativmedizin, Erlanger Allee 101, 07747 Jena, [Cordula.Gebel@med.uni-jena.de](mailto:Cordula.Gebel@med.uni-jena.de)

*Michaela Hach*

BAG-SAPV, Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, Gibber Straße 7, 65203 Wiesbaden, [m.hach@bag-sapv.de](mailto:m.hach@bag-sapv.de)

*Dipl.-Psych. Maximiliane Jansky*

Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Von-Siebold-Straße 3, 37075 Göttingen, [Maximiliane.Jansky@med.uni-goettingen.de](mailto:Maximiliane.Jansky@med.uni-goettingen.de)

*Prof. Dr. Winfried Meißner*

Jena, Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin II, Abteilung für Palliativmedizin, Erlanger Allee 101, 07747 Jena, Winfried.Meissner@med.uni-jena.de

*PD Dr. Ulrich Wedding*

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin II, Abteilung für Palliativmedizin, Erlanger Allee 101, 07747 Jena, Ulrich.Wedding@med.uni-jena.de

*Prof. Dr. Werner Schneider*

Universität Augsburg, Philosophisch-Sozialwissenschaftliche-Fakultät, Institut für Sozialwissenschaften, Professur für Soziologie mit Berücksichtigung der Sozialkunde, Universitätsstraße 10, 86159 Augsburg, Werner.Schneider@phil.uni-augsburg.de

Carola Maurer, Hanna Mayer, Heidrun Gattinger

## **Kinästhetikkompetenz von Pflegepersonen nachhaltig entwickeln: ein Modell für die stationäre Langzeitpflege**

Developing Nurses' Competence in Kinaesthetics: a theoretical framework for long-term institutions

Kinaesthetics competence is necessary for nurses in order to maintain or promote their own movement competence and to support the movement competence of persons needing care people in need of care. Long-term care institutions take different approaches to promote this competence development. Currently, there is only limited knowledge about how to promote the development of kinaesthetics competence sustainably. The aim of this project is to map the process of developing kinaesthetics competence of nurses in long-term institutions. Using a multiple case study, data (generated from a variety of perspectives) was collected in three institutions in German-speaking Switzerland. The analyses occurred internally and across cases. For the first time, the results show, that the development of kinaesthetics competence requires changes at all levels of an organization. In addition to an organizational culture conducive to learning and learning-friendly framework conditions, it is necessary to create a shared vision with regard to about kinaesthetics competence. Nursing institutions must prepare for a continuing process of competence development.

*Keywords*

kinaesthetics competence; long-term care; multiple case study; practice development; model

---

eingereicht 01.03.2021

akzeptiert 12.07.2021

Pflegende benötigen Kinästhetikkompetenz, um ihre eigene Bewegungskompetenz und diejenige der pflegebedürftigen Personen zu erhalten bzw. zu fördern. Langzeitpflegeeinrichtungen gehen sehr unterschiedlich vor, um die Kinästhetikkompetenzentwicklung zu fördern. Aktuell gibt es nur begrenztes Wissen darüber, wie Pflegende Kinästhetikkompetenz nachhaltig entwickeln und wie diese gefördert werden kann. Ziel dieses Projekts ist daher, den Entwicklungsprozess der Kinästhetikkompetenz von Pflegenden in der Langzeitpflege abzubilden. Eine Multiple Case Study in drei Institutionen der deutschsprachigen Schweiz diente dazu, mehrperspektivisch generierte Daten zu erheben. Die Analysen fanden fallintern und fallübergreifend statt. Die Ergebnisse zeigen erstmals, dass die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz Veränderungen auf allen Ebenen einer Organisation erfordert. Neben einer lernförderlichen Organisationskultur und lernförderlichen Rahmenbedingungen bedarf es einer gemeinsamen Vision in Bezug auf Kinästhetikkompetenz. Pflegeeinrichtungen müssen sich bei der Kompetenzentwicklung auf einen dauerhaften Prozess einstellen.

#### Schlüsselwörter

Kinästhetikkompetenz; Langzeitpflege; Multiple Case Study; Praxisentwicklung; Modell

## 1. Hintergrund

Körperliche Bewegung ist ein essenzieller Bestandteil jeglichen Lebens. Jeder Atemzug, jeder Herzschlag bewegt und ist Bewegung. Die Fähigkeit, die eigene Bewegung situationsangemessen zu nutzen, wird Bewegungskompetenz genannt. Diese Kompetenz lässt sich in jeder Lebensphase fördern. In der Pflege spielt Bewegungskompetenz in Interaktionssituationen mit pflegebedürftigen Menschen in doppelter Hinsicht eine Rolle. Zum einen benötigen Pflegende hohe Bewegungskompetenz, um bezüglich ihres eigenen Gesundheitszustands in bewegungsgeprägten Interaktionssituationen gesunderhaltungsbzw. gesundheitsfördernd agieren zu können. Zum anderen sind sie häufig gefordert, pflegebedürftige Personen individuell in ihrer Bewegungskompetenz zu unterstützen. Dadurch können diese ihre Selbständigkeit wiedererlangen bzw. erhalten (Hatch, Maietta 2003). Neben der eigenen Bewegungskompetenz benötigen Pflegende auch die Fähigkeit ihr Gegenüber bei der Entwicklung der Bewegungskompetenz zu unterstützen. In der Pflege hat sich dafür der Ansatz der Kinästhetik etabliert. Kinästhetik gilt als Lehre der Bewegungswahrnehmung (Hatch, Maietta 2003). Die Kinästhetikkompetenz befähigt Pflegepersonen, pflegebedürftige Menschen in ihren Aktivitäten individuell und gemäß ihrer Ressourcen zu unterstützen. Dieser Kompetenz inhärent sind das Wissen, die Fertigkeiten, die Haltung und die Bereitschaft, Bewegungsförderung und Bewegungswahrnehmung weiterzuentwickeln (Gattinger et al. 2016). Kinästhetikkompetenz ist dabei untrennbar mit Situationswahrnehmung verbunden. Pflegende benötigen die Fähigkeit, im jeweiligen Moment die Situation umfassend wahrzunehmen. Basierend auf dieser Wahrnehmung können sie die Bewegung der Pflegebedürftigen so unterstützen, dass z. B. die Person die Möglichkeit hat sich im Führen-Folgen Prozess zu beteiligen, weil sie ihre eigene Bewegung differenziert wahrnehmen kann. Dies kann unter anderem durch ein angepasstes Tempo, aber auch indem verschiedenen Bewegungsrichtungen erfahrbar gemacht werden, erfolgen.

Dabei ist der Prozess der Wahrnehmung und Handlung ein zirkulär stattfindender und somit fortlaufender Prozess.

Institutionen der stationären Langzeitpflege (sLZP) haben vor allem in deutschsprachigen Ländern die Relevanz von Kinästhetik erkannt. Jedoch weist die Literatur (Fringer, Huth, Hantikainen 2014) und da insbesondere anekdotische Evidenzquellen (Erfahrungen von Expert\_innen) darauf hin, dass die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen (sLZPE) unterschiedlich erfolgreich verläuft. Gründe hierfür zeichnen sich auf allen Ebenen einer Organisation ab, beispielsweise, wenn sich Leitungspersonen ihrer Entwicklungsverantwortung nicht ausreichend bewusst sind oder eine lernhemmende Kultur in den Pflgeteams herrscht (Maurer, Gattinger, Mayer 2021).

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2016) hat in sLZPE Wissenslücken hinsichtlich einer erfolgreichen Translation und Integration bewegungsfördernder Maßnahmen in die Praxis festgestellt. Zudem ist nicht ausreichend bekannt, wie sich der Prozess eines nachhaltigen Erwerbs der Kinästhetikkompetenz erfolgreich gestalten lässt (Maurer, Mayer, Gattinger 2019a).

## 2. Ziel

Das vorliegende Projekt zielt darauf ab, den Prozess der Entwicklung der Kinästhetikkompetenz von Pflegenden in der sLZP und dessen Dynamiken zu untersuchen. Abgeleitet aus diesen Erkenntnissen wird aufgezeigt, wie der Erwerb der Kinästhetikkompetenz im sLZP-Setting nachhaltig gefördert werden kann. Diese Erkenntnisse werden in einem theoretischen Modell der Praxis und Forschung zur Verfügung gestellt.

Folgende Fragestellungen leiteten das Projekt: (1) Wie wird die Kinästhetikkompetenz von Pflegepersonen in sLZPE der deutschsprachigen Schweiz gefördert? (2) Welche Dynamiken zeigen sich bei diesem Prozess? (3) Welche Prozesse können die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz bei Pflegepersonen in sLZPE nachhaltig verbessern?

## 3. Methodik

Die Fragestellungen erfordern eine umfassende Betrachtung des Phänomens „Entwicklung der Kinästhetikkompetenz“. Daher wurde in vorliegender Studie in einer ersten Phase eine Multiple Case Study durchgeführt. Die Case Study ermöglicht eine umfangreiche Beleuchtung des Phänomens in seiner realen Umgebung und unter Einbezug des jeweiligen Kontextes. Komplexe Strukturzusammenhänge und Prozessverläufe lassen sich dadurch umfassend darstellen (Pflüger, Pongratz, Trinczek 2017). Eine Multiple Case Study bietet zudem die Möglichkeit, verschiedene Fälle miteinander zu vergleichen und erfolgreiche Vorgehensweisen aus den Erkenntnissen abzuleiten (Stake 2006). In einer zweiten Phase fand basierend auf den empirischen Erkenntnissen eine Modellentwicklung statt.

### 3.1 Fälle

Für die Multiple Case Study wurden drei sLZPE aus der deutschsprachigen Schweiz ausgewählt. Um eine möglichst große Heterogenität herzustellen, wurden zur Auswahl verschiedene kontextuelle Kriterien definiert. Diese bezogen sich auf die Größe und Trägerschaft sowie die Anzahl der angestellten Kinästhetiktrainer\_innen. Zur Rekrutierung der Fälle wurde auf das Netzwerk mit Kinaesthetics Schweiz zurückgegriffen. Da das Forschungsinteresse ausschließlich dem Pflegebereich der einzelnen Institutionen galt, wurde der Fall diesbezüglich spezifiziert. Demnach umfasst in diesem Projekt ein Fall alle Personen und Bereiche einer sLZPE, die entweder direkt mit pflegerischen Aufgaben betraut sind oder als Leitungspersonen im pflegerischen Bereich agieren (fallinterner Kontext). Zudem wird unterschieden zwischen dem fallinternen Kontext innerhalb der Organisation z. B. die pflegebedürftigen Personen und dem fallexternen Kontext außerhalb der Organisation, beispielsweise das Bildungssystem oder auch das Gesundheitswesen.

### 3.2 Datenerhebung

Um den Prozess und die Dynamiken in den einzelnen Fällen umfassend beleuchten zu können, mussten vorherrschende Denkmuster, Einstellungen und Erfahrungen derjenigen Akteure ermittelt werden, die in den Kompetenzentwicklungsprozess involviert sind. Dabei galt es situationsspezifische kontextuelle Bedingungen zu berücksichtigen. Die durchgeführte Daten- und Methodentriangulation ermöglichte, der Komplexität des Forschungsgegenstands gerecht zu werden (Lamnek, Krell 2010): Einerseits fanden zu diesem Zweck 39 leitfadengestützte Interviews mit Personen statt, die in den Entwicklungsprozess involviert waren (Leitungspersonen:  $n = 4$ ; Pflegende:  $n = 32$ ; Pflege-/Kinästhetik-Experten/-expertinnen:  $n = 3$ ). Andererseits erfolgte eine Analyse von Dokumenten, die bezüglich des fallinternen und fallexternen Kontextes relevant waren. Für den fallinternen Kontext waren das beispielsweise das hauseigene Kinästhetikkonzept oder eigens entwickelte, lernunterstützende Arbeitsmaterialien. Der fallexterne Kontext umfasste unter anderem Leitbilder oder Bildungspläne, deren Einsicht mittels Desktop-Research erfolgte. Die Perspektive der pflegebedürftigen Personen wird in der vorliegenden Arbeit in Form einer Synthese bestehender qualitativer Forschungsarbeiten abgebildet (Maurer, Draganescu, Mayer, Gattinger 2019b).

Die Entwicklung der Interviewleitfäden basierte auf dem Consolidated Framework for Implementation Research (Damschroder et al. 2009) und vorhergehenden Experteninterviews (Maurer, Mayer, Gattinger 2019a). Die Interviews der Case Study fanden in der jeweiligen Institution statt und dauerten zwischen 19 und 69 Minuten (durchschnittlich 42 Minuten). Es erfolgte eine wörtliche Transkription ins Schriftdeutsche.



### 3.3 Datenanalyse

Der Analyseprozess umfasste drei Schritte: (1) Within-Case Analysen unter Einbezug aller erhobenen Daten, jeweils bezogen auf den einzelnen Fall, (2) Cross-Case Analyse durch den Vergleich der Ergebnisse aus Within-Case Analysen und (3) Abduktion zur Entwicklung des theoretischen Modells. Das gesamte analytische Vorgehen orientierte sich am Paradigma der konstant komparativen Methode (Boeije 2002). Dabei galt es, Unterschiede und Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Die Logik institutioneller Abläufe und Strukturen kristallisierte sich auf diese Weise sichtbar und nachvollziehbar heraus.

Die Within-Case Analysen erfolgten anhand des First- und Second-Cycle Codings (Saldaña 2016). Dazu wurde in einem ersten Schritt (First-Cycle Coding) das gesamte Datenmaterial mittels induktivem Vorgehens codiert. Im anschließenden Second-Cycle Coding wurde in den Codes nach Gemeinsamkeiten gesucht und diese dadurch zu Kategorien gebündelt. Die daraus entstandenen Kategorien wurden wiederum thematisch miteinander verbunden. Der gesamte Analyseprozess gestaltete sich iterativ. Zur Verdeutlichung des kontextuellen Sachverhaltes flossen bei unklaren Textpassagen relevante Dokumente in die Analyse ein, beispielsweise Aussagen bezüglich curricularer Inhalte oder Ausbildungsgesetze. Die so gewonnenen Erkenntnisse wurden in drei einzelnen Fallbeschreibungen narrativ dargestellt.

In der Cross-Case Analyse galt es, bei den drei erstellten Fallbeschreibungen unter Beachtung des kontextuellen Bezugs Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten. Hierzu erfolgte ein Vergleich der in Within-Case Analysen gewonnenen Fallbeschreibungen durch die Coding-Methode nach Saldaña (2016). Dies hat zu einer weiteren Verdichtung beigetragen (Stake 2006). Die ersten Analyseschritte erfolgten unter Verwendung des Programms MAXQDA 2018. Losgelöst von der Software verlief die weitere Analyse nach dem Schritt der Klassifizierung mittels händisch erstellter Karten, um sich herauskristallisierende Verbindungen sichtbarer zu machen und dadurch eine weitere Konkretisierung und Abstrahierung der Ergebnisse zu erreichen.

In einem abschließenden Vorgehen erfolgte mittels der Logik der Abduktion die Entwicklung eines theoretischen Modells. Bewusstes Sich-Einlassen auf das Neue (Reichertz 2011), das durch die Cross-Case Analyse entstanden ist, ermöglichte, innovative Ideen zu generieren (Peirce 1934). Der Übergang von der Cross-Case Analyse zur Abduktion geschah fließend. Der Prozess gestaltete sich iterativ: Eine theoretische Auseinandersetzung mit existierenden Theorien beeinflusste bereits die Entwicklung der Themen in der Cross-Case Analyse.

Während der gesamten Analysen und der Abduktion fanden regelmäßige Interpretationssitzungen im Forscherteam, in Dissertationskolloquien und mit mehreren Kinästhetik-Expertinnen statt. Zudem entstanden kontinuierlich theoretische und inhaltliche Memos und Logbücher, die ebenfalls in den Analyseprozess einfließen.

### 3.4 Ethische Überlegungen

Die vorliegende Studie erfolgte unter Berücksichtigung der forschungsethischen Prinzipien des Belmont-Report (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research 1979). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die beteiligten Personen konnten jederzeit ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme absehen. Alle interviewten Personen hatten ihre Zustimmung abgegeben. Die erhobenen Daten wurden pseudonymisiert und stets sensibel behandelt. Die zuständige Ethikkommission erteilte für das Projekt eine Unbedenklichkeitserklärung (Req-2017-00962). Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

## 4. Ergebnisse

Für die Multiple Case Study wurden drei Fälle aus der deutschsprachigen Schweiz untersucht. Die wesentlichen Charakteristika der Fälle sind in Tabelle 1 dargestellt.

<i>Charakteristika</i>	<i>Heim A</i>	<i>Heim B</i>	<i>Heim C</i>
Größe der Institution	mittel	groß	mittel
Trägerschaft	Öffentlich-rechtlich	Genossenschaft, privatrechtlich organisiert	Private Stiftung
Angestellte Kinästhetiktrainerinnen in Stellenprozent (%)	0	40	300
Angestellte Peer-Tutoren/Tutorinnen in Stellenprozent (%)	80	530	480

Betriebsgröße: Klein = 20-49 Betten, Mittel = 50-99 Betten und Gross = 100 und mehr Betten (Zúñiga et al., 2013)

Tab. 1: Charakteristika der Fälle

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurde das Thema der Kinästhetikkompetenzentwicklung im Pflegebereich der Einrichtungen zwischen 10 und 18 Jahren verfolgt. Basierend auf den Erkenntnisse der Cross-Case Analyse wurde mittels Abduktion ein Modell zur nachhaltigen Entwicklung der Kinästhetikkompetenz entworfen (Abbildung 1). Das Modell verdeutlicht, welche Voraussetzungen und zentralen Strategien notwendig sind, damit die Kinästhetikkompetenz langfristig Wirkung zeigen kann. Sichtbar wird zudem, welche Faktoren diesen Entwicklungsprozess beeinflussen bzw. von diesem Prozess beeinflusst werden. Außerdem wird ersichtlich, welche direkten und indirekten Auswirkungen sich durch die Entwicklung von Kinästhetikkompetenz zeigen können. Als wesentliche Elemente eines erfolgreichen Prozessstarts kristallisierten sich zudem Voraussetzungen heraus, die die Personen mitbringen sollten, die die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz fördern möchten.

Die einzelnen Komponenten der Abbildung sind im Folgenden detailliert beschrieben. Dabei sind die Themen zur besseren Nachvollziehbarkeit fett hervorgehoben und die Kategorien, die sich hinter den einzelnen Themen verbergen, in kursiver Schrift dargestellt.

- Einflüsse fallexterner Kontext ausserhalb der Organisation
- Ausgestaltung formaler und non-formaler Bildung
  - Verankerung in den Berufsgesetzen
  - Relevanz der Kinästhetikkompetenzentwicklung in der Finanzierungslogik
  - Forschungsaktivitäten in Bezug auf die Forschungsevidenz

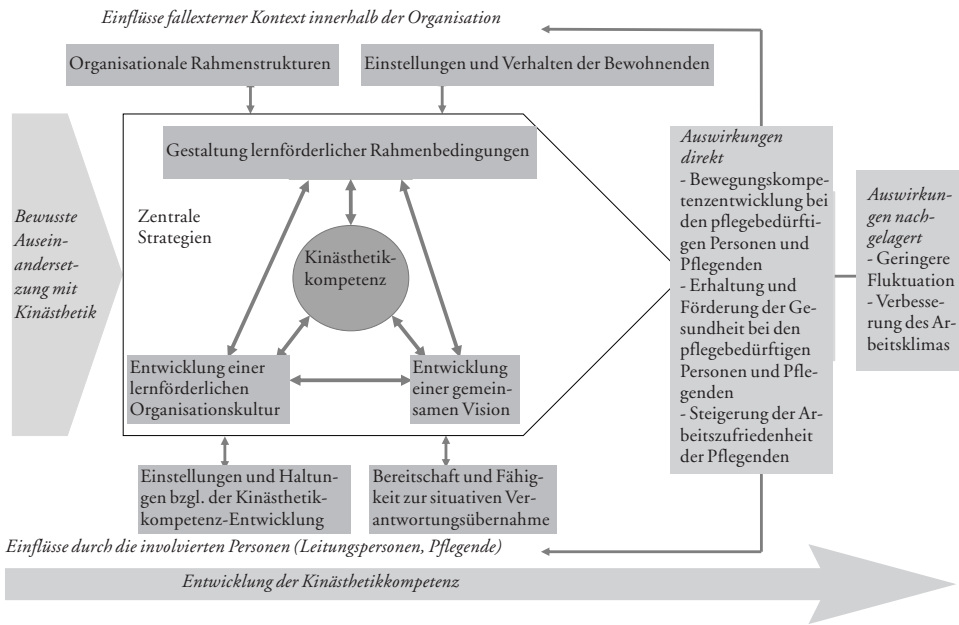


Abb. 1: Modell zur Entwicklung der Kinästhetikkompetenz in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen

### 4.1 Voraussetzungen

Wie die Ergebnisse zeigen, bedarf es einer bewussten Auseinandersetzung mit Kinästhetik von Seiten der initiierenden Personen vor Beginn des Prozesses. Dies stellt die Voraussetzung dar, um den Prozess der Entwicklung der Kinästhetikkompetenz in die richtige Richtung anzustoßen. Dieses Thema umfasst vier Kategorien, die dem eigentlichen Kompetenzentwicklungsprozess vorausgehen. Die initiierenden Personen sind vorrangig auf der oberen Führungsebene tätig. Als Entscheidungsträger\_innen benötigen sie entsprechende Entscheidungsbefugnisse. So müssen sie Ziele definieren und selbstbestimmt budgetäre Mittel verwalten können. Sie benötigen zwingend ein erstes Verständnis davon, was Kinästhetik beinhaltet und worauf Kinästhetikkompetenz abzielt. Denn das Verständnis der initiierenden Person(en) bzw. deren Zielvorstellung in Bezug auf das, was mit Kinästhetik erreicht werden soll, lenken die Planung des weiteren Vorgehens und können somit entscheidend zu einem gelingenden Prozess beitragen. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die bewusste Entscheidung, die in der Institution angestrebten Ziele mittels Förderung der Kinästhetikkompetenz zu erreichen. Beispielsweise geht es darum, die Haltung und das Verhalten der Pflegenden nachhaltig zu verändern, um dadurch die Qualität der pflegerischen Interaktion zu verbessern. Außerdem muss den initiierenden Personen bewusst sein, dass die Förderung der Ki-

nästhetikkompetenz kein Praxisprojekt ist, das „nebenherlaufen“ kann und in absehbarer Zeit abgeschlossen ist. Im Gegenteil: die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz ist ein immerwährender Praxisentwicklungsprozess. Eine aktive, kontinuierliche Gestaltung sorgt dafür, dass sich die Kinästhetikkompetenz weiterentwickelt. Ist ein hohes Kompetenzlevel erreicht benötigt es zur Erhalten des Status quo ebenfalls eine aktive Förderung. An der Entwicklung der Kinästhetikkompetenz gilt es stetig zu arbeiten.

#### 4.2 Zentrale Strategien

Der Entwicklungsprozess der Kinästhetikkompetenz gleicht einer gemeinsamen Reise, auf die sich die Organisation mit den beteiligten Personen begibt. Aus der Analyse kristallisierten sich drei Strategien heraus, die für eine nachhaltige Entwicklung der Kinästhetikkompetenz unabdingbar sind. Es gilt, die drei Strategien in der Praxis durch das Integrieren unterschiedlicher Interventionen zu verfolgen. Die Planung der Interventionen erfolgt vorrangig durch Personen mit entsprechender Entscheidungsmacht. Jedoch sollten alle Personen in Leitungspositionen, einschließlich der Personen mit Tagesverantwortung<sup>1</sup> das Umsetzen der Strategien verfolgen. Dabei lassen sich die Strategien nicht einzeln betrachten. Sie müssen im Prozess ineinandergreifen, da sie zeitgleich erfolgen.

Wie in Abbildung 1 verdeutlicht, haben diese zentralen Strategien einen Einfluss auf die Kinästhetikkompetenz. Jedoch beeinflussen sie sich auch gegenseitig. Wesentlich ist zudem, dass die Kinästhetikkompetenz selbst auf die zentralen Strategien Einfluss nehmen kann. Je ausgeprägter die Kinästhetikkompetenz in einem Team ist, desto stärker entwickelt sich beispielsweise eine lernförderliche Kultur.

Eine der drei Strategien fokussiert die Gestaltung lernförderlicher Rahmenbedingungen. Dazu gehört, interne und externe Expertise bereitzustellen, zu entwickeln und zu nutzen. Dies kann beispielsweise bedeuten, Schlüsselpersonen auszubilden oder externe Unterstützung beizuziehen. Zusätzlich erfordert diese Strategie die Bereitstellung notwendiger Ressourcen innerhalb der jeweiligen Institution. Hierbei geht es darum, Hilfsmittel (z. B. Rutschbretter) zur Verfügung zu stellen, ebenso die notwendigen zeitlichen und personellen Ressourcen, damit die Pflegenden im Alltag lernförderliche Erfahrungen machen können.

Die Entwicklung einer lernförderlichen Organisationskultur und -struktur stellt eine weitere zentrale Strategie dar. Sie zielt ab auf die Relevanz des Lernens im direkten Arbeitsumfeld (informelles Lernangebot) sowie auf Schulungen (formelles Lernangebot). Pflegende benötigen eine viable und kontinuierlich gestaltete Lernumgebung, um ihre Kinästhetikkompetenz zu entwickeln. Erforderlich ist zum Beispiel eine motivierende und interessante Gestaltung formeller und informeller Lernangebote, abgestimmt auf die jeweilige Zielgruppe. Dabei ist es wichtig, die Kompetenzentwicklung der internen Expert\_innen (z. B. Kinästhetiktrainer\_innen) nicht zu vernachlässigen.

<sup>1</sup> Im Folgenden sind unter dem Begriff Leitungspersonen alle Personen subsumiert, die eine leitungsverantwortliche Rolle übernehmen, einschließlich der tagesverantwortlichen Pflegepersonen.

Kontinuität lässt sich beispielsweise durch die Verwendung der Kinästhetik-Fachsprache im Berufsalltag fördern. Zudem ist ein partizipativer Führungsstil von Bedeutung. Es ist wichtig, die Entwicklungsverantwortung auf mehrere Schultern zu verteilen, um Diskontinuität im Entwicklungsprozess zu vermeiden. Diese könnte eventuell entstehen, wenn entscheidungstragende Personen aus der Institution ausscheiden. Ein partizipativer Führungsstil impliziert, alle beteiligten Personen in den Praxisentwicklungsprozess miteinzubinden. Relevant ist zudem ein vertrauensbasierter, gemeinsamer Entwicklungsprozess. Dieser erfordert einen konstruktiven Austausch zwischen den involvierten Personen<sup>2</sup>. Pflegende sollten fähig sein, selbstverantwortlich zu arbeiten. Somit ist es zentral, dass die Organisation reflexives Lernen ermöglicht und zugesteht. Dies beinhaltet auch, hierarchieübergreifend zu lernen. Nur so kann eine lernförderliche Kultur und darin inbegriffen ein lernförderliches Klima entstehen.

Die Entwicklung einer gemeinsamen Vision stellt die dritte zentrale Strategie dar. Diese lautet: *„Alle Pflegenden führen mit hoher Kinästhetikkompetenz die Unterstützung von Alltagsaktivitäten durch.“* Es ist wichtig, dass alle involvierten Personen diese Vision mittragen. Damit dies möglich ist, muss sie explizit formuliert sein. Es gilt, auf eine gemeinsame Unterstützung des Entwicklungsprozesses hinzuwirken, damit alle diese Vision verinnerlichen. Wesentlich bei diesem Prozess ist unter anderem, persönliches Lernen und Weiterentwicklung als erklärte Ziele in der Institution zu kommunizieren. Zu dieser Strategie gehört, dass auch Personen in Leitungspositionen ohne unmittelbaren Kontakt zu den pflegebedürftigen Menschen ein Kinästhetikverständnis bzw. eine Kinästhetikkompetenz aufbauen. Sie benötigen dieses Verständnis, um den Prozess effektiv und nachhaltig planen, anpassen und auch evaluieren zu können. Somit sollten sie in der Lage sein, wahrzunehmen, ob die Pflegenden im Alltag ihre Kinästhetikkompetenz verbessern und wo es noch Entwicklungsbedarf gibt. Für alle involvierten Personen besteht eine zeitnahe Verbindlichkeit. Dies erleichtert den Prozess, ebenso das Aufgreifen der Thematik bei Vorstellungs- oder Mitarbeitergesprächen sowie zeitnahe Schulungen und Kinästhetik-Einarbeitungstage für neue Mitarbeitende.

Um eine gemeinsame Vision zu entwickeln, ist auch die Integration von Kinästhetik in die Organisationsstruktur wichtig. Hier ist in erster Linie eine umfassende Planung des Entwicklungsprozesses anzudenken. Dies beinhaltet zum Beispiel, Kinästhetik nicht nur in einzelne Besprechungen zu integrieren. Kinästhetik gilt es bei allen relevanten Besprechungen und Aktionen mitzudenken. Auf diese Weise kann sich ein Selbstverständnis bei den beteiligten Personen einstellen. Eine klare Definition der Erwartungen und Ziele in Bezug auf die Kinästhetikkompetenz und deren Kommunikation an alle involvierten Personen ist ebenfalls notwendig. Dabei sollten die Erwartungen konkret in Bezug auf die jeweiligen Pflegeabschlüsse der Mitarbeitenden formu-

2 Mit involvierten Personen sind in diesem Zusammenhang sowohl die Pflegenden gemeint als auch alle Leitungspersonen (einschließlich der tagesverantwortlichen Personen). Auch die oberste Führungsebene gehört dazu, da deren Entscheidungsbefugnisse im Prozess einen wesentlichen Stellenwert haben. Die pflegebedürftigen Personen wurden in dieser Studie dem internen Kontext zugeordnet, da die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz auf die Pflegenden abzielt. Die pflegebedürftigen Personen profitieren zwar eindeutig von einer positiven Entwicklung, sie stehen jedoch nicht im Fokus des Forschungsprojektes.

liert sein. Die Organisationsstruktur gilt es dabei so auszurichten, dass eine kontinuierliche Evaluation und Adaption des Prozesses gewährleistet ist.

### 4.3 Einflüsse durch die involvierten Personen

Wie Abbildung 1 verdeutlicht, können die in den Entwicklungsprozess eingebundenen Personen die nachhaltige Entwicklung der Kinästhetikkompetenz maßgeblich positiv oder negativ beeinflussen. In der Analyse kristallisierten sich diesbezüglich zwei Themen heraus: Einstellungen und Haltungen bezüglich der Kinästhetikkompetenz-Entwicklung sowie Bereitschaft und Fähigkeit zur situativen Verantwortungsübernahme.

Das erste Thema bezieht sich einerseits auf die Motivation und die Einstellung gegenüber der Kompetenzentwicklung im Allgemeinen und auf die Kinästhetikkompetenz im Speziellen. Dazu zählen beispielsweise die Bereitschaft und Motivation zur Veränderung und Weiterentwicklung seitens der involvierten Personen, die Unterstützung der institutionsinternen Geldgeber und die Motivation der verantwortlichen Personen, sich mit Kinästhetik auseinanderzusetzen. Andererseits fällt in diese Kategorie die Haltung gegenüber der Entwicklung einer lernförderlichen Kultur. Dazu gehört unter anderem das Verständnis der Pflegenden bezüglich der Lernunterstützung in Bewegungssituationen. Auch die Einstellungen der involvierten Personen gegenüber Kinästhetik und die entsprechende Haltung in Bezug auf ein Lernparadigma der kontinuierlichen Weiterentwicklung beruflicher Kompetenzen im Alltag sind Bestandteil dieser Kategorie. Einstellungen und Haltungen sind nicht zuletzt geprägt durch Erfahrungen der involvierten Personen bei der Entwicklung der Kinästhetikkompetenz und deren Umsetzung im Alltag: Können sie auf Erfolge zurückblicken? Nehmen sie bei sich selbst eine erhöhte Selbstwirksamkeit wahr?

Das Thema Bereitschaft und Fähigkeit zur situativen Verantwortungsübernahme beinhaltet die Bereitschaft, Aufgaben und Verpflichtungen im Rahmen der Pflegerolle auszuführen. Diese Kategorie bezieht sich beispielsweise auf das Verständnis des Sorgebegriffs oder auf das Wahrnehmen und Übernehmen von Zuständigkeiten bei der Entwicklung der Kinästhetikkompetenz. Eine zentrale Frage besteht darin, ob Pflegende unter fürsorglicher Pflege verstehen, dass sie etwas für die pflegebedürftigen Personen tun. Trennen sie dies von einer bewegungsfördernden Pflege, bei der sie die Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen einbeziehen?

Andererseits gehört zu diesem Thema auch die Fähigkeit, situationsorientiert zu agieren. Diese Fähigkeit kann als Beispiel für den wechselseitigen Einfluss dienen: Sie lässt sich durch die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz fördern, kann aber auch dazu beitragen, die Kinästhetikkompetenz zu entwickeln. Je nachdem, ob Pflegende ihr eigenes Handeln reflektieren, vorhandene (zeitliche) Ressourcen adäquat einschätzen und eigenverantwortlich arbeiten, fördert oder hemmt dies den Entwicklungsprozess.

#### 4.4 Fallexterner Kontext

Neben Einflüssen durch involvierte Personen gibt es auch beeinflussende externe Faktoren die sowohl innerhalb als auch außerhalb der Organisation ihren Ursprung haben. Diese können sich fördernd oder hemmend auf die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz auswirken.

##### 4.4.1 Fallexterner Kontext innerhalb der Organisation

Fallexterne beeinflussende Faktoren innerhalb der Organisation zeigen sich aufgrund des organisationalen Rahmens der jeweiligen Institution. Dieser umfasst Einflüsse in Bezug auf die Nutzung bzw. Umsetzung vorhandener organisationaler Ressourcen, beispielsweise hauswirtschaftliche oder therapeutische Unterstützung. Relevant ist aber auch das vorliegende Werteverständnis der Einrichtung oder das Auftreten von organisationalen Veränderungen, zum Beispiel ein Wechsel auf der Heimleitungsebene. Zudem beeinflussen die Einstellungen und das Verhalten der pflegebedürftigen Personen die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz. Sind pflegebedürftige Personen beispielsweise wenig motiviert, ihre Ressourcen zu nutzen oder bevorzugen sie stattdessen die passive Durchführung pflegerischer Aktivitäten, kann sich das auf die Motivation der Pflegenden auswirken – und somit auf die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz.

##### 4.4.2 Fallexterner Kontext außerhalb der Organisation

Der fallexterne Kontext außerhalb der Organisation kann den Entwicklungsprozess vielseitig beeinflussen. Hier sind vier relevante Komponenten zu nennen. Einerseits betrifft dies die Ausgestaltung formaler und non-formaler Bildung, beispielsweise die Vermittlung der Kinästhetikkompetenz in der pflegerischen Grundausbildung oder eine zielgruppenangepasste didaktische Gestaltung formeller Bildungsangebote. Andererseits ist die Verankerung einer gesundheitsfördernden Pflege in den Berufsgesetzen notwendig. Auch die Relevanz der Kinästhetikkompetenzentwicklung in der Finanzierungslogik spielt eine wesentliche Rolle, ebenso sollten Forschungsaktivitäten in Bezug auf die Evidenz zu Kinästhetik angestrebt werden. Teilweise sind die aufgeführten Einflüsse bereits positiv umgesetzt. Zum Beispiel werden im Ausbildungshandbuch zur Fachfrau/zum Fachmann Gesundheit (FaGe) der OdASanté (2016) als handlungsleitende Normen und Regeln die Grundlagen von Kinästhetik aufgeführt. Teilweise besteht auch noch Verbesserungsbedarf, z. B. in Bezug auf Forschungsaktivitäten.

#### 4.5 Auswirkungen

Das übergeordnete Ziel besteht darin, die Kinästhetikkompetenz und somit eine qualitativ hochwertige Handlungskompetenz in Interaktionssituationen zwischen pflegebedürftigen Personen und Pflegepersonen zu entwickeln. Dies erfordert eine Verhaltensänderung der beteiligten Personen, eine umfassende Situationswahrnehmung, eine kreativ-kritische Gestaltung der Umwelt (einschließlich der Nutzung von Hilfsmitteln) sowie situationsabhängiges Agieren. Die Analyse ergab, dass die Befragten Kinästhetikkompetenz in der Praxis als grundlegende Fähigkeit des pflegerischen



Handelns betrachten, um situations- und somit personenzentriert agieren zu können. Diese Kompetenz zeigt Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen – auf derjenigen der Pflegenden, der pflegebedürftigen Personen und der Organisation. Diese Auswirkungen wiederum können den fallexternen Kontext innerhalb der Organisation oder die Einflüsse durch die involvierte Personen verändern. Beispielsweise können erlebte Erfolge bei der Mobilisation zu einer gesteigerten Motivation bei der Entwicklung der eigenen Kinästhetikkompetenz führen. Die Auswirkungen auf die Organisation sind nachgelagert, da sie längerfristige Veränderungen erfordern. Die direkten und die nachgelagerten Auswirkungen können sich wechselseitig tangieren.

Direkte Auswirkungen auf die Pflegenden beziehen sich auf die Entwicklung der Bewegungskompetenz, die Steigerung der Zufriedenheit, die Selbstwirksamkeit beim Arbeiten sowie auf die Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit. Direkte Auswirkungen auf die pflegebedürftigen Personen zeigen sich ebenfalls durch erhöhte Bewegungskompetenz sowie durch die Erhaltung und Entwicklung ihrer Gesundheit. Nachgelagerte Auswirkungen auf die Organisation können durch geringere Fluktuation und ein verbessertes Lern- und Arbeitsklima deutlich werden.

## 5. Diskussion

Erstmals beleuchtete ein Forschungsprojekt umfassend den Entwicklungsprozess der Kinästhetikkompetenz bei Pflegepersonen in sLZPE. Als eine wesentliche Voraussetzung bei der Unterstützung der Kinästhetikkompetenzentwicklung kristallisierte sich die grundlegende Beschäftigung mit Kinästhetik durch die initiiierenden Personen schon vor Beginn des Prozesses heraus. Es gibt eine Art „Präprocedere“, bei dem sich die initiiierenden Personen mit ihren eigenen Annahmen zu Kinästhetik und zur Entwicklung der Kinästhetikkompetenz auseinandersetzen sollten. Es ist davon auszugehen, dass diese neue Erkenntnis bisher in den meisten sLZPE bei der Entwicklung der Kinästhetikkompetenz nicht oder zu wenig Beachtung fand. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das häufig implizit vorhandene (Kinästhetik-)Verständnis der initiiierenden Personen den Prozess der Kompetenzentwicklung maßgeblich einleitet und die Weichen für einen gelingenden oder weniger effektiven Prozess stellt. Initiiierende Personen sollten sich bewusst sein, dass es sich bei der Umsetzung von Kinästhetik um einen Entwicklungsprozess handelt, der die gesamte Praxiseinrichtung betrifft. Die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz bedeutet somit immer auch, einen Praxisentwicklungsprozess in Gang zu setzen.

Dieser Praxisentwicklungsprozess umfasst zentrale Strategien, welche sowohl von den involvierten Personen als auch von dem fallexternen Kontext innerhalb der Organisation beeinflusst werden. Das theoretische Modell kann aufzeigen, dass die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz deutlich mehr Aktivitäten erfordert, als Pflege-mitarbeitende in Kinästhetik-Grund- und Aufbaukurse zu schicken – wie dies bisher häufig Usus war. Zwar korreliert die selbsteingeschätzte und beobachtete Kinästhetikkompetenz positiv mit den besuchten Kinästhetikkursen (Gattinger et al. 2018).

Nachhaltigkeit und eine zusätzliche „Kompetenzvermehrung“ im Team lassen sich auf diese Weise jedoch nicht erreichen. Notwendig sind Veränderungen auf allen Organisationsebenen (Aarons, Moullin, Ehrhart 2018; Harvey, Kitson 2016) und bezüglich des externen Kontextes. Wichtig ist, dass die Institutionen ihre Maßnahmen in Bezug auf die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz so ausrichten, dass diese auf die drei im Modell dargestellten zentralen Strategien abzielen. Die zu entwickelnden Maßnahmen müssen dabei nicht trennscharf auf einzelne Strategien ausgerichtet sein. Da sich die Strategien gegenseitig beeinflussen, können die Maßnahmen auch auf mehrere Strategien abzielen. Wichtig bei der Maßnahmenplanung ist, mögliche beeinflussende Faktoren zu bedenken. Diese Wechselwirkung wird in den nachfolgenden Absätzen sichtbar.

Institutionen müssen Pflegenden eine Arbeitsumgebung bieten, die Kompetenzentwicklung ermöglicht. Dies verlangt umfassende Aufmerksamkeit auf die Komplexität der Kompetenzentwicklung und auf die Umsetzung entsprechender Maßnahmen (Olbrich 2018). Dabei darf die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz nicht als ein einmaliger, abgrenzbarer Prozess gedacht werden. Vielmehr benötigt es eine gedankliche Verortung im Bereich der Praxisentwicklung. Kompetenzentwicklung zu fördern, bedeutet, fortwährend eine lernfördernde Arbeitsumgebung zu gestalten. Kompetenzen entwickeln sich aus Erfahrungen heraus. Dieses „Erfahrung sammeln“ benötigt Zeit und durchläuft mehrere Stufen (Benner 1982). Pflegende müssen in Praxissituationen verschiedene Möglichkeiten ausprobieren können, um Erfahrungen zu sammeln. Durch gemeinsames Lernen im Alltag entwickeln sie Ideen, wie sie ihre eigene Bewegungskompetenz und diejenige der pflegebedürftigen Personen fördern können. Die so erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten befähigen die Pflegenden, ihre Erfahrungen auf andere, ähnliche Situationen zu übertragen und situationsangepasst zu agieren.

Leitungspersonen sind gefordert, den Kompetenzentwicklungsprozess aktiv zu unterstützen (Harvey, Kitson 2016). Dabei dürfen sie die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Strategien und zwischen den Strategien und der Kinästhetikkompetenz nicht aus den Augen verlieren. Eine höher ausgeprägte Kinästhetikkompetenz sorgt dafür, dass sich die Kultur, das Klima und die internen Abläufe einer Organisation verändern (vgl. Aarons et al. 2018). Die Analysen haben beispielsweise gezeigt, dass Pflegende mit einer ausgeprägteren Kinästhetikkompetenz in den Interviews ihr Pflegehandeln stärker reflektierten und das gemeinsame Lernen und Weiterentwickeln einen höheren Stellenwert einnahmen. Es ist relevant, dass Leitungspersonen diese Wechselwirkungen wahrnehmen und ihre Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung entsprechend gestalten, z. B. die Motivation der Pflegenden zur Weiterentwicklung aufgreifen und im Alltag verstärkt das gemeinsame Lernen fördern.

Die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz erfordert unter anderem, dass alle involvierten Personen, abhängig von ihrer Rolle, einen Part im Entwicklungsprozess einnehmen und für diesen verantwortlich sind. Insbesondere das gemeinsame Lernen muss im Alltag Raum bekommen (Olbrich 2018). Dies sollte unabhängig vom jeweili-

gen Ausbildungslevel erfolgen. Dabei ist es unumgänglich, dass alle in den Prozess involvierten Personen dieselbe Vision verfolgen. Denn nur dann ist es möglich, eine nachhaltige Kompetenzentwicklung und somit eine Veränderung in der jeweiligen Institution zu erreichen (Senge 2017).

Damit Praxisentwicklung in Bezug auf Kinästhetik gelingen kann, benötigt es kompetente Personen, die diesen Prozess unterstützen (Harvey, Kitson 2016). In der Praxis sind dies oftmals institutsinterne Leitungspersonen. Sie sind dafür verantwortlich, Maßnahmen zu planen und deren Umsetzung in die Wege zu leiten, aber auch zu evaluieren und zu adaptieren. Ihr Führungsverständnis prägt dabei entscheidend, wie die Pflegenden in einer Einrichtung arbeiten und lernen (Olbrich 2018). Um den Prozess von Beginn an in eine erfolgreiche Richtung zu lenken, könnte es hilfreich sein, externe Personen mit ausgewiesener Expertise, beispielsweise Coaches oder Kinästhetiktrainer\_innen, hinzuzuziehen.

Berücksichtigen müssen sie dabei insbesondere die kontextuellen Begebenheiten, da eine Organisation einschließlich ihrer Subsysteme immer mit ihrer Umwelt interagiert (Küppers 2019). Zu bedenken ist auch, dass die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz in jeder sLZPE individuell verlaufen wird. Organisationen sollten das vorliegende Modell zur Entwicklung der Kinästhetikkompetenz daher stets an ihre jeweilige Situation adaptieren. Zudem verlaufen organisationale Veränderungsprozesse nicht linear. Sie sind daher nur begrenzt vorhersehbar (Hoben 2016; Kitson 2009). Daher erfordert der Entwicklungsprozess stets Adaptionen an die jeweiligen Gegebenheiten. Umgesetzte Maßnahmen gilt es bezüglich ihrer Wirksamkeit zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen oder gänzlich zu ändern. Denn erfolgreiche Maßnahmen können im Laufe der Zeit uninteressant und somit ineffektiv werden.

Die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz beansprucht Veränderungen in der gesamten Organisation. Dennoch scheint sich diese Investition zu lohnen. Die dem Modell zugrundeliegenden Erhebungen zeigen, dass die Pflege- und Leitungspersonen positive Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen (Pflegerperson, pflegebedürftige Person und Organisation) wahrnehmen. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ausführungen in der Literatur, obwohl es meistens noch nicht möglich war, Outcome-Effekte gesichert nachzuweisen (Freiberg et al. 2016; Gattinger et al. 2016; Hantikainen, Riesen-Uru, Raemy-Röthl, Hirsbrunner 2006; Stenman et al. 2020). Die Schwierigkeit signifikante Veränderungen festzustellen, könnten darauf zurückzuführen sein, dass in bisherigen Studien der Schwerpunkt auf der Schulung des Pflegepersonals lag und wenn überhaupt nur die mittlere Führungsebene einbezogen war. Der Ansatz einer multi-dimensionalen Herangehensweise im Sinne eines Praxisentwicklungsprojekts (bspw. Stenman et al. 2020) wurde selten gewählt. Möglicherweise kann das hier vorliegende Modell einen Beitrag leisten zur Klärung der Frage, welche Interventionen in zukünftigen Forschungsprojekten bezüglich der Entwicklung der Kinästhetikkompetenz noch mehr in den Fokus rücken sollten.

Kinästhetikkompetenz bedeutet fähig zu sein, pflegerische Unterstützung so zu gestalten, dass die pflegebedürftige Person ihre Bewegung differenziert wahrnehmen und

mitgestalten kann (Gattinger et al. 2016; Marty-Teuber, Knobel 2018). Dies aufgreifend stellen die Autorinnen zur Diskussion, ob Kinästhetik nicht eigentlich dem Wesen der Pflege inhärent ist und das Interagieren über Berührung und Bewegung sich somit im Pflegeverständnis und in einer grundlegenden Kompetenz jeder qualifizierten Pflegeperson ausdrücken sollte. Ausgehend von dieser These würde die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz auch in die Verantwortung aller pflegerischer Ausbildungsstätten einschließlich der Hochschulen/Universitäten gehören. Dementsprechend dürfte dort Kinästhetik nicht ausschließlich in Form eines separat durchgeführten Grundkurses vermittelt werden. Um Kinästhetikkompetenz von Beginn an zu fördern, bräuchte es eine umfassende Integrierung in bestehende Curricula. Möglicherweise könnte dies im Sinne eines Querschnittthemas geschehen, das sich über die gesamte Ausbildung erstreckt.

### 5.1 Kritische Reflexion

In vorliegender Arbeit wurde das methodische Vorgehen fortlaufend in unterschiedlichen Kolloquien diskutiert und wenn nötig angepasst. Dies trug dazu bei, dem Forschungsgegenstand mit angemessenen Methoden zu begegnen. Kritisch kann angemerkt werden, dass das implizite Wissen der Pflegenden im Rahmen der Interviews nicht ausreichend erfasst werden konnte. Möglicherweise könnten hier reflexive Beobachtungen, z. B. mittels Videobetrachtungen weitere Erkenntnisse liefern.

Durch eine heterogene Fallauswahl und dem Einsatz multipler Datenerhebungsmethoden konnte eine empirische Sättigung erzielt werden. Die Auswahl der Interviewteilnehmenden erfolgte mittels vorgegebener Kriterien (z. B. Einbezug unterschiedlicher Bildungsabschlüsse) durch eine dafür betrauten Person mit ausgewiesener Pflege- bzw. Kinästhetikexpertise. Es bleibt jedoch unklar, ob diese Auswahl einer expliziten oder auch impliziten Selektion seitens der auswählenden Person unterlag.

Des Weiteren fand ein bewusstes Reflektieren mit dem eigenen Vorwissen durch die Erstautorin statt. Insbesondere erfolgte eine Auseinandersetzung mit den eigenen subjektiven Theorien in Bezug auf das Setting der sLZP und den bestehenden beruflichen Erfahrungen mit Kinästhetik.

Die Erkenntnisse, auf denen das Modell basiert, ließen sich insbesondere durch die gezielt gewählte Heterogenität der Fälle und durch das konstante Vergleichen gewinnen. Es war ursprünglich geplant, die Erkenntnisse aus den einzelnen Within-Case Analysen den interviewten Personen und anderen Interessierten in den jeweiligen Einrichtungen vorzustellen und zu diskutieren. Auf diese Weise sollte eine kommunikative Validierung erfolgen. Aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen ließ sich dieses Vorgehen jedoch nur in einem Heim umsetzen. Die Ergebnisse hielten dort der Validierung stand. Zudem erfolgte eine Diskussion des Modells mit Kinästhetik-Expertinnen in mehreren Sitzungen. Die daraus resultierenden Überarbeitungen bezogen sich hauptsächlich auf sprachliche Anpassungen, wodurch sich auch eine Schärfung einzelner Kategorien ergab.

Um die Anonymität der drei Fälle und der darin eingeschlossenen interviewten Personen zu gewährleisten, war es erforderlich, auf die narrative Beschreibung der Ergebnisse anhand von Zitaten zu verzichten. Die vorliegenden Ergebnisse sind auf der Ebene der Cross-Case Analyse dargestellt. Aufgrund der geringen Fallzahl gilt es, bei der Übertragung der Ergebnisse in die Praxis oder in Forschungsprojekte immer den kontextuellen Rahmen zu betrachten, in welchem die Erkenntnisse generiert wurden.

## 6. Fazit

Das vorgestellte Modell zeigt auf, wie Pflegende in sLZPE nachhaltig die Kinästhetikkompetenz erwerben können. Das Modell dient als Rahmen für weitere Forschungsprojekte und für die Anwendung in der Praxis. Institutionen können entlang des Modells den Entwicklungsprozess planen und gestalten. Die dargestellten Einflussfaktoren geben Hinweise, welche Faktoren im Entwicklungsprozess auftauchen können. In der Praxis ist es jedoch notwendig, die Komponenten des Modells unter Beachtung der jeweiligen Situation in konkrete Handlungsstrategien umzusetzen. Die wichtigste Bedingung für eine nachhaltige Entwicklung der Kinästhetikkompetenz ist dabei die Bereitschaft aller Beteiligten, sich weiterzuentwickeln und diesen Entwicklungsprozess aktiv mitzugestalten.

Zudem sollte eine zeitnahe Evaluation des Modells erfolgen. Hierfür würde sich eine Cluster-Evaluation eignen. Dabei könnten auf der Ebene einzelner Institutionen (Cluster) die Strategien des Modells in der Praxis umgesetzt werden. Die Evaluation würde dabei übergreifend über alle integrierten Institutionen hinweg stattfinden (Sanders 2013). Vor der Durchführung einer Evaluation wäre es jedoch ratsam, sich mit den Wirkzusammenhängen auseinanderzusetzen, beispielsweise durch die Entwicklung einer Programmtheorie.

## Literatur

- Aarons, G. A./Moullin, J. C./Ehrhart, M. G. (2018): The Role of Organizational Processes in Dissemination and Implementation Research. In: Brownson, R. C./Colditz, G. A./Proctor, E. K. (Hrsg.), *Dissemination and implementation research in health. Translating science to practice*. Oxford: Oxford University Press, 121–142
- Benner, P. (1982): From Novice to Expert. *American Journal of Nursing*, 82 (3), 402–407
- Boeije, H. (2002): A Purposeful Approach to the Constant Comparative Method in the Analysis of Qualitative Interviews. *Quality and Quantity*, 36 (4), 391–409
- Damschroder, L. J./Aron, D. C./Keith, R. E./Kirsh, S. R./Alexander, J. A./Lowery, J. C. (2009): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50
- Freiberg, A./Girbig, M./Euler, U./Scharfe, J./Nienhaus, A./Freitag, S. et al. (2016): Influence of the Kinæsthetics care conception during patient handling on the development of musculoskeletal complaints and diseases - A scoping review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 11, 24
- Fringer, A./Huth, M./Hantikainen, V. (2014): Nurses' experiences with the implementation of the Kinæsthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28 (4), 757–766

- Gattinger, H./Leino-Kilpi, H./Kopke, S./Marty-Teuber, S./Senn, B./Hantikainen, V. (2016): Nurses' competence in kinaesthetics. A concept development. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50, 506-515
- Gattinger, H./Senn, B./Hantikainen, V./Köpke, S./Ott, S./Leino-Kilpi, H. (2018): The self-reported and observed competence of nursing staff in mobility care based on Kinaesthetics in nursing homes - A cross-sectional study. *Pflege*, 31 (6), 319-329
- Hantikainen, V./Riesen-Uru, S./Raemy-Röthl, B./Hirsbrunner, T. (2006): Die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik® und die Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeiten und funktioneller Unabhängigkeit bei alten Menschen. *Pflege*, 19 (1), 11-22
- Harvey, G./Kitson, A. (2016): PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, 11, 33
- Hatch, F./Maietta, L. (2003): Kinästhetik. Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten. 2. Aufl. München: Urban und Fischer
- Hoben, M. (2016): Implementierungswissenschaftliche Theorien im Kontext der Pflege und Gerontologie. In: Hoben, M./Bär, M./Wahl, H.-W. (Hrsg.), *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - ein Handbuch*. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer, 81-111
- Kitson, A. L. (2009): The need for systems change: reflections on knowledge translation and organizational change. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (1), 217-228
- Küppers, U. (2019): Eine transdisziplinäre Einführung in die Welt der Kybernetik. Grundlagen, Modelle, Theorien und Praxisbeispiele. 1. Auflage 2019. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <http://www.springer.com/>
- Lamnek, S./Krell, C. (2010): *Qualitative Sozialforschung*. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz
- Marty-Teuber, S./Knobel, S. (2018): *Kybernetik und Kinästhetik*. Sieben: Verlag lebensqualität
- Maurer, C./Mayer, H./Gattinger, H. (2019a): Faktoren, die die Implementierung von Kinästhetik in die stationäre Langzeitpflege beeinflussen: eine Konkretisierung des Consolidated Framework for Implementation Research durch Expertenaussagen. In: *HBScience* 10 (3-4), 56-65
- Maurer, C./Draganescu, S./Mayer, H./Gattinger, H. (2019b): Attitudes and needs of residents in long-term care facilities regarding physical activity - A systematic review and synthesis of qualitative studies. In: *Journal of clinical nursing*, 28, 2386-2400
- Maurer, C./Gattinger, H./Mayer, H. (2021): Die Problematik der Implementierung von Kinästhetik in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege - Eine Multiple Case-Study. *Pflege*, 34 (1), 13-21
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979): *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. <http://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
- OdASanté. (2016): *Bildungsplan Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ. Ausbildungshandbuch FaGe. OdASanté*. [https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Berufliche\\_Grundbildung/FaGe\\_BiPla\\_2016\\_d.pdf](https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Berufliche_Grundbildung/FaGe_BiPla_2016_d.pdf) [01.12.2020]
- Olbrich, C. (2018): *Pflegekompetenz*. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe
- Peirce, C. S. (1934): *Pragmatism and Pragmaticism*. Collected papers, Vol V. Cambridge: The Belknap of Harvard University Press
- Pflüger, J./Pongratz, H. J./Trinczek, R. (2017): Fallstudien in der Organisationsforschung. In: Liebig, S./Matiaske, W./Rosenbohm, S. (Hrsg.), *Handbuch Empirische Organisationsforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 389-413
- Reichertz, J. (2011): *Abduktion: Die Logik der Entdeckung der Grounded Theory*. In: Mey, G./Muck, K. (Hrsg.), *Grounded Theory Reader*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 279-297
- Saldaña, J. (2016): *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. 3. edition. Los Angeles, Calif.: Sage
- Sanders, J. R. (2013): *Cluster Evaluation*. In: Chelimsky, E./Shadish, W. (Hrsg.), *Evaluation for the 21st Century: A Handbook*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.



- Senge, P. M. (2017): Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. 11., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage 2011, Sonderausgabe/Unveränderter Nachdruck. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag. <https://www.schaeffer-poeschel.de/shop>
- Stake, R. E. (2006): Multicase research methods. Step by step cross-case analysis. New York: Guilford Press
- Stenman, P./Elo, S./Vahakangas, P./Hantikainen, V./Salo, P./Suhonen, M. (2020): Psychosocial Factors at Work after the Implementation of Kinaesthetics in Elderly Care. *International Journal of Caring Sciences*, 13 (1), 4–14
- Zentrum für Qualität in der Pflege. (2016): Interventionen zur Mobilisierung von hochaltrigen Bewohner/-innen in stationären Einrichtungen: Entwicklung einer Handreichung zum Theorie-Praxis-Transfer. Abschlussbericht. Zentrum für Qualität in der Pflege
- Zúñiga, F./Ausserhofer, D./Serdaly, C./Bassal, C./Geest, S. de/Schwendimann, R. (2013): Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz. Basel: Universität Basel/Institut für Pflegewissenschaft. [https://nursing.unibas.ch/fileadmin/pflege/redaktion/Forschung/SHURP\\_Schlussbericht\\_\\_rev\\_geschuetzt.pdf](https://nursing.unibas.ch/fileadmin/pflege/redaktion/Forschung/SHURP_Schlussbericht__rev_geschuetzt.pdf)[01.12.2017]

## Danksagung

Wir danken Daniela Plank für ihre Unterstützung bei der Analyse eines Falles. Des Weiteren bedanken wir uns bei Dr. Diana Staudacher für ihr Lektorat.

*Dr. Carola Maurer M.A.*

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien, Alser Straße 23/12, 1080 Wien, Österreich  
Institut für Angewandte Pflegewissenschaft (IPW-OST), OST – Ostschweizer Fachhochschule, Rosenbergstrasse 59, Postfach 9001 St. Gallen, Schweiz

*Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer*

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien, Alser Straße 23/12, 1080 Wien, Österreich

*Prof. Mag. Dr. Heidrun Gattinger*

Institut für Angewandte Pflegewissenschaft (IPW-OST), OST – Ostschweizer Fachhochschule, Rosenbergstrasse 59, Postfach 9001 St. Gallen, Schweiz

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Carola Maurer, M.A.

Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-OST, OST – Ostschweizer Fachhochschule Rosenbergstrasse 59, 9001 St. Gallen/Schweiz, [carola.maurer@ost.ch](mailto:carola.maurer@ost.ch)



Christoph Imhof, Sibylle Nideröst, Patrick Weber

## Älterwerden mit HIV – Vorstellungen und Bedürfnisse HIV-positiver Menschen ab 50 Jahren zum Leben im Alter

Getting older with HIV – Perceptions and needs of HIV-positive people aged 50 and over about life in old age

The research project investigated the needs and perceptions of HIV-positive people aged 50 and over regarding their life in old age, and how far these needs and perceptions are shaped by the HIV infection and by their biographies. Based on 15 guided interviews with HIV-positive persons between the ages of 51 and 83, ideas on life in old age were reconstructed around the topics of housing, health/medical care and social relationships. The social treatment of HIV-positive people, which they experience as stigmatizing, leads in many cases to a reluctance to disclose the HIV infection. These factors, together with the life crises experienced, intensify the uneasy feelings with regard to aging. Furthermore, their mostly negative attitudes towards old people's homes and nursing homes can also be traced back to discrimination and stigmatization experienced in the course of life. The experienced and anticipated discrimination in different settings requires targeted information and sensitization.

### Keywords

HIV, aging, stigmatization, life situation, life plans

Das Forschungsprojekt untersuchte, welche Bedürfnisse und Vorstellungen hinsichtlich des künftigen Lebens im Alter bei HIV-positiven Menschen ab 50 Jahren vorhanden sind und inwiefern diese durch die HIV-Infektion und ihre biographischen Erfahrungen geprägt werden. Anhand von 15 problemzentrierten Interviews mit HIV-positiven Personen zwischen 51 und 83 Jahren wurden Vorstellungen zum Leben im Alter um die Themen Wohnen, Gesundheit/medizinische Versorgung und soziale Beziehungen herausgearbeitet. Der als stigmatisierend erlebte gesellschaftliche Umgang mit HIV-positiven Menschen und die damit verbundene Zurückhaltung in der Offenlegung der HIV-Infektion sowie durchlebte Krisen verstärken die Befürchtungen mit Blick aufs Älterwerden. Auch die mehrheitliche Ablehnung von Alten- und Pflegeheimen lassen sich auf im Verlauf des Lebens erforderte Diskriminierungen und Stigmatisierungen zurückführen. Die erlebten und antizipierten Diskriminierungen in unterschiedlichen Settings erfordern eine gezielte Information und Sensibilisierung.

### Schlüsselwörter

HIV, Älterwerden, Stigmatisierung, Lebenslage, Lebensentwürfe

## 1. Einleitung

Durch die Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapie (ART) vor 20 Jahren hat sich das Bild von HIV gewandelt: Waren die 1980er und die erste Hälfte der 1990er Jahre in der westlichen Welt geprägt durch Bilder junger aidskranker sterbender Menschen, so wird HIV heute als eine weitgehend unsichtbare chronische Krankheit verstanden (Brennan et al. 2009). HIV-positive Menschen unter Behandlung haben eine nahezu ähnlich hohe Lebenserwartung wie HIV-negative Personen (Brennan et al. 2019).

HIV wird häufig als eine Krankheit jüngerer Menschen betrachtet, so dass ältere Menschen mit HIV eine „hidden population“ darstellen (Emlet et al. 2003). Genke nannte sie im Jahr 2000 noch die „invisible ten percents“ (Genke 2000). Der Anteil HIV-positiver Menschen, die 50 Jahre und älter sind, ist jedoch in den letzten Jahren stark gestiegen. In den Hocheinkommensländern sind etwa 30% der HIV-positiven Menschen 50-jährig und älter (UNAIDS 2013). Für die Schweiz liegt gemäß der schweizerischen HIV-Kohortenstudie das mittlere Alter bei 51 Jahren (The Swiss HIV Cohort Study 2018). Die Gründe dafür liegen einerseits in der Verbesserung der medizinischen Behandlung von HIV und der damit verbundenen erhöhten Lebenserwartung. Andererseits praktizieren auch ältere Personen sexuelles Risikoverhalten und setzen sich somit dem Risiko einer HIV-Infektion aus (UNAIDS 2013). Trotz medizinischer Erfolge zeigen zahlreiche Studien, dass ältere HIV-positive Personen häufiger und früher von altersbedingten Beschwerden betroffen sind als HIV-negative Personen und oft auch Einschränkungen hinsichtlich physischer, psychischer und sozialer Lebensqualität erfahren (Nideröst et al. 2016; Patel et al. 2011; Vance et al. 2014). Zudem haben ältere Personen ein erhöhtes Risiko einer Spätdiagnose (Costagliola 2014). Es ist also davon auszugehen, dass ältere HIV-positive Menschen früher und intensiver auf Unterstützungsangebote angewiesen sind als die ältere Allgemeinbevölkerung. Hinzu kommt eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, Mehrfachdiskriminierungen ausgesetzt zu sein. Auf stigmatisierende und diskriminierende Haltungen und Reaktionen zu stoßen, ergibt sich für ältere HIV-positive Menschen nicht nur aufgrund ihres HIV-Status'. Die HIV-bezogene Diskriminierung wird durch die Altersstigmatisierung und oftmals durch weitere stigmatisierende Zuschreibungen aufgrund der Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen, wie beispielsweise zu Männern, die Sex mit Männern haben, Drogen injizierende Personen oder Migrant\_innen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz verstärkt (Emlet 2006). Für ältere HIV-positive Menschen wird dies besonders dort problematisch, wo sie aufgrund von Krankheit und Pflegebedürftigkeit die Selbständigkeit und die Autonomie in der Alltagsführung verlieren, und auf Betreuungsdienste und Versorgungseinrichtungen angewiesen sind. In einer Untersuchung zur Lebenslage und Lebensqualität von älteren HIV-positiven Personen in der Schweiz hat sich gezeigt, dass 53% der Befragten ausgrenzende Erfahrungen gemacht haben, wobei die häufigsten Diskriminierungen im Rahmen der medizinischen Versorgung erfolgten (Nideröst et al. 2016).

Mit der wachsenden Anzahl älterer HIV-positiver Menschen ist davon auszugehen, dass sich Dienste und Institutionen der Altenhilfe und -pflege zukünftig vermehrt mit älteren HIV-positiven Menschen „konfrontiert“ sehen, wobei Hinweise darauf bestehen, dass derzeit nicht davon ausgegangen werden kann, dass die erforderliche Sensibilität und das notwendige Wissen seitens Professioneller der Altenhilfe überall ausreichend vorhanden ist (Guex et al. 2014).

Es stellt sich somit die Frage nach der bedarfsgerechten Versorgung. Dabei ist es unerlässlich, von den Bedürfnissen und Vorstellungen zum Leben im Alter von HIV-positiven Menschen auszugehen. Dies kann jedoch nicht losgelöst von der aktuellen Lebenslage und den im Lebensverlauf erfahrenen Ereignissen betrachtet werden. Dabei gilt es insbesondere den Blick auf diejenigen biographischen Erfahrungen zu richten, die im Zusammenhang mit Mehrfachdiskriminierung stehen. Neben biographischen Erfahrungen gilt es die aktuelle Lebenslage mit zu berücksichtigen. Im Fokus sollen hier weniger die objektiven Lebensbedingungen stehen, sondern vielmehr die einer Person zur Verfügung stehenden Handlungsspielräume bzw. Verwirklichungschancen.

In diesem Forschungsprojekt gingen wir daher der Frage nach, welche Bedürfnisse und Vorstellungen hinsichtlich des künftigen Lebens im Alter bei HIV-positiven Menschen ab 50 Jahren vorhanden sind und inwiefern diese von ihren Verwirklichungschancen und den biographischen Erfahrungen geprägt werden. Im Sinne von sensibilisierenden Konzepten werden die Life Course Perspective (Elder 1994; Elder et al. 2003) und der Capability Approach (Sen 1985; Sen 1993) beigezogen. Dies erlaubt es, die Vorstellungen und Bedürfnisse fürs Alter in Bezugnahme auf die jeweiligen biographischen, sozialen und historischen Kontexte herauszuarbeiten.

## 2. Methode

### 2.1 Design der Studie, Instrument und Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellung wählten wir eine qualitative Herangehensweise. Dies erlaubte, die Wahrnehmungen, Erfahrungen, Meinungen, Gefühle und Interpretationen der Befragten in ihrem Kontext zu berücksichtigen. Insgesamt führten wir zwischen Dezember 2016 und August 2017 mit 15 HIV-positiven Personen über 50 Jahren problemzentrierte Interviews (Witzel 2000). Im Interviewleitfaden fokussierten wir auf drei Themenbereiche, die wir aus der Fragestellung sowie den sensibilisierenden Konzepten abgeleitet hatten: (1) die momentane Lebenssituation, (2) prägende biographische Erfahrungen sowie (3) die Zukunftsperspektive. Ein Kurzfragebogen zu den soziodemographischen Merkmalen wie u. a. Alter, Geschlecht, Wohnverhältnisse rundete den Leitfaden ab. Im Nachgang zu jedem Interview wurde durch die interviewende Person ein Postskriptum erstellt, in welchem die Gesprächsatmosphäre, der Kontext und eventuelle Herausforderungen während des Interviews sowie die soziodemographischen Angaben der Befragten festgehalten wurden (Witzel 2000).

Das Auswahlverfahren der Interviewpartner\_innen basierte auf dem theoretischen Sampling (Strauss, Corbin 1996), wobei die ersten Fälle noch möglichst breit ausgewählt wurden (Böhm 2000). Die weiteren Auswahlkriterien ergaben sich aus den in der Analyse identifizierten Konzepten, Zusammenhangshypothesen und Lücken (Strübing 2004), beispielsweise bezüglich des Geschlechts oder des Alters. Zur Rekrutierung der Fälle wurden einerseits bereits bestehende Kontakte aus anderen Studien genutzt (z. B. Nideröst et al. 2016), andererseits wurde auf Organisationen im HIV-Bereich zurückgegriffen sowie die Informationen zum Forschungsprojekt breit gestreut. Die Interviews fanden bei den Befragten zu Hause, an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW in Olten, in Räumlichkeiten der HIV-Aidsseelsorge Zürich, im Sitzungsraum eines Pfarreizentrums und im Garten einer regionalen Aids-Hilfe statt. Die Interviews dauerten ca. 1,5 Stunden und wurden mit CHF 50.- vergütet. Sie wurden digital aufgezeichnet, vollständig transkribiert und im Programm ATLAS.ti 8.0 erfasst. Die forschungsethischen Grundsätze wurden eingehalten. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Alle Befragten wurden schriftlich über den Zweck und die Zielsetzungen des Projekts informiert und gaben ihre schriftliche Einverständniserklärung für das Interview. Personenbezogene Daten (u. a. Namen, Orte, Kontexte) wurden in den Transkripten pseudonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf die Interviewteilnehmenden möglich sind. Die Adressdaten und die aufgezeichneten Interviews wurden auf einem sicheren Server abgelegt und sind über ein Passwort nur für die beteiligten Forschenden zugänglich. Die Dokumente mit Namen und Adresse der interviewten Personen wurden nach Abschluss des Projekts gelöscht. Die Schweizerischen Datenschutzrichtlinien wurden jederzeit eingehalten.

## 2.2 Auswertung der Interviews

Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory (Strauss et al. 1996). In einem ersten Analyseschritt wurde zunächst mittels Offenem Kodieren das Datenmaterial aufgebrochen, um mögliche Bedeutungen der darin beschriebenen Vorstellungen, Ereignisse und Erfahrungen zu ergründen. Die identifizierten Konzepte wurden hinsichtlich Ähnlichkeiten und Unterschiede verglichen und entsprechend zu Kategorien gruppiert. In einem nächsten Schritt wurde eine Fallbeschreibung erstellt, in welcher die Einzelaussagen oder Textsequenzen in einen Gesamtzusammenhang mit der Fragestellung gebracht wurden (Witzel 2000). In der horizontalen Analyse wurden unter Einbezug des gesamten Forschungsteams die einzelnen Fälle miteinander kontrastiert. Dabei wurden die Einzelfälle in ihren inhaltlichen Ausprägungen und Merkmalen wie Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, HIV-Übertragungsweg, Migrationshintergrund miteinander verglichen und Ähnlichkeiten und Gegenevidenzen gesucht. Interessante Problembereiche, Querverbindungen etc. wurden herausgearbeitet und in Memos festgehalten. Ziel dabei war, Kernkategorien zu entwickeln, die dann in der nächsten Auswertungsstufe des Selektiven Kodierens (Strauss et al. 1996) als Deutungshypothese genutzt, und theoriegeleitet oder deduktiv mit weiterem empirischen Material aufgefüllt wurden (Witzel 2000).

### 3. Die Studienteilnehmenden und ihre Lebenslage

Die Studienteilnehmenden lebten seit 20-35 Jahren mit dem HI-Virus. Acht der 15 teilnehmenden Personen infizierten sich in den 1980er Jahren, als noch sehr wenig über die Erkrankung bekannt war und die HIV/Aids-Forschung erst in den Anfängen stand. Sieben infizierten sich in der ersten Hälfte bis Mitte der 1990er Jahre mit HIV. Zum Zeitpunkt der Diagnose waren sechs Personen im Alter von 20 bis 27 Jahren, sechs Personen waren zwischen 30 und 37 Jahre alt und weitere drei Personen waren im Alter zwischen 57 und 58 Jahren. Zum Zeitpunkt der Interviews standen alle Befragten unter antiretroviraler Therapie (ART). Die Virenlast war bei 13 Befragten unter der Nachweisgrenze und stabil. Zwei berichteten von Schwankungen in der Virenlast.

Soziodemographische Merkmale		Anzahl (n)	Spannweite
Alter in Jahren			51-83
Geschlecht	Frauen	6	
	Männer	9	
Sexuelle Orientierung	homosexuell	6	
	bisexuell	1	
	heterosexuell	8	
Beziehungsstatus	alleinstehend	12	
	in fester Beziehung	3	
Bildungsniveau	obligatorischer Schulabschluss	3	
	Sekundarstufe II (Berufslehre)	7	
	Tertiär (Universität, Fachhochschule)	5	
Ansteckungsweg	sexuelle Übertragung	12	
	intravenöser Drogenkonsum	2	
	sexuelle Übertragung oder Bluttransfusion	1	
Dauer HIV-Infektion in Jahren			20-35
Nationalität	Schweiz	12	
	Deutschland	2	
	Italien/Schweiz	1	

Tab. 1: Soziodemographische Merkmale der Studienteilnehmenden (N=15)

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Merkmale der Teilnehmer\_innen (Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung etc.).

Die Befragten lebten zum Zeitpunkt der Interviews vorwiegend selbständig. Eine Teilnehmerin wohnte im Altersheim, ein Teilnehmer in einer Alterssiedlung. Mit einzelnen Ausnahmen ist die Lebenslage der Befragten geprägt von geringen finanziellen Ressourcen und hoher Abhängigkeit von Rentenleistungen der Invalidenversicherung (IV) oder der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV). Einzelne beziehen zusätzlich eine Rente aus der beruflichen Vorsorge. Die HIV-Infektion und ihre Folgen

zwang viele zu einer Reduktion ihres Arbeitspensums bis zum vollständigen Austritt aus der Erwerbstätigkeit und führte teilweise zum Verzicht auf berufliche Pläne. Auch wenn sich unter der ART die gesundheitliche Situation verbessert hat und bei einigen der Befragten der Wunsch nach einer Eingliederung in die Erwerbsarbeit wieder stärker geworden ist, war dies für viele nicht mehr möglich. Obwohl sie unter der heutigen ART mit ihren Blutwerten (CD4-Lymphozyten, Virenlast) zufrieden sind und die unmittelbare Angst vor einer aidsdefinierenden Erkrankung zurückgegangen ist, leiden einige an den Folgen der HIV-Infektion und den entsprechenden Therapien.

Die HIV-Infektion und deren Folgen wirkte sich unterschiedlich auf die sozialen Beziehungen der Befragten aus. Einzelne fühlen sich relativ gut in einem sozialen Netzwerk eingebettet, andere äußerten Gefühle von Einsamkeit. Kritische Lebensereignisse wie Erkrankungen, Todesfälle, Stellenverlust und Zerbrechen von Partnerschaften, aber auch sozialer Rückzug aufgrund von Stigmatisierungsängsten führten zum Verlust sozialer Kontakte.

#### **4. Stigmatisierung und ihr Einfluss auf die Offenlegung des HIV-Status**

Alle Befragten sahen sich in unterschiedlicher Tragweite und Häufigkeit mit diskriminierenden Haltungen und Reaktionen konfrontiert. Dabei richteten sich diskriminierende Äußerungen und Handlungen nicht ausschliesslich auf den HIV-Status, sondern auch auf die zugeschriebene Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe. Konkret zu nennen sind hier (ehemals) intravenös Drogen konsumierende Personen sowie Männer, die Sex mit Männern haben. Auch wurde vereinzelt von abwertenden Reaktionen aufgrund der Alterszugehörigkeit und aufgrund einer psychiatrischen Diagnose erzählt. Einige Befragte erlebten auch physische und sexuelle Gewalt. Teilnehmende, die weniger von direkten, also persönlichen Erfahrungen betroffen waren, haben jedoch erlebt, wie andere HIV-positive Menschen diskriminiert wurden.

Die erlebten Diskriminierungen erfolgten im Rahmen der medizinischen Versorgung, aber auch im Freundes- und Bekanntenkreis, in Partnerschaften, bei der Partnersuche oder innerhalb der Familie. Ebenso kam es im Rahmen der Arbeitswelt zu unterschiedlichen Diskriminierungen. Auch die Einreisebeschränkungen gewisser Länder für HIV-positive Personen oder die Praxis der Versicherungen, mit HIV keine Krankenzusatzversicherungen oder Lebensversicherungen abschließen zu können sowie gewisse Einschränkungen bei der Altersvorsorge (Pensionskasse) wurden als Diskriminierung erlebt.

Diskriminierungserfahrungen, die aufgrund eines intravenösen Drogenkonsums und entsprechenden Zuschreibungen erfolgten, liegen meist Jahre zurück und fanden im Kontext der 1980er Jahre statt. So wurden zum Beispiel betroffene Interviewteilnehmende ohne ihr Wissen und somit auch ohne ihr Einverständnis auf HIV getestet. Des Weiteren wurden folgenreiche Testresultate, wie zum Beispiel ein HIV-positiver Status völlig beiläufig und ohne die eigentlich höchst erforderliche Sensibilität und

Professionalität mitgeteilt. Ein Studienteilnehmer berichtet: „*Der Doktor hat die Türe aufgemacht, hat den Kopfreingesteckt und hat gesagt, sie leben noch drei Monate und den Kopf wieder zurückgezogen, Türe wieder zu. Das war's.*“ (Herr Honegger, 52-jährig)<sup>1</sup>. Im Falle von Frau Gross, die zum Zeitpunkt der Diagnose im Jahr 1986 zwanzigjährig und intravenös drogenkonsumierend war, wurde auf eine medizinische Verordnung hin die dreimonatige Schwangerschaft abgebrochen, mit der Begründung, sie hätte nur noch ein Jahr zu leben: „*(...) ich bin schwanger gewesen und mir hat man gesagt, ich lebe nur noch ein Jahr und das Kind muss sofort aus dem Bauch rausgeholt werden. Ich bin im dritten Monat gewesen. Und zwei Tage später bin ich im Spital gewesen und man hat das Kind rausgeholt, fertig und Pustekuchen. Ich habe gemacht, was die weißen Götter gemeint haben, oder.*“

Diskriminierungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung erleben HIV-positive Menschen jedoch auch heutzutage noch, wie am Beispiel einer 60-jährigen Befragten sichtbar wurde. Frau Nauer suchte vor nicht allzu langer Zeit aufgrund akuter Rückenschmerzen – später stellte sich heraus, dass es sich um einen Bandscheibenvorfall handelte – notfallmäßig ein Krankenhaus auf. Man weigerte sich, sie adäquat zu untersuchen und zu behandeln. Eigentlich wäre eine Operation nötig gewesen, der für sie zuständige Chirurg verschrieb ihr jedoch lediglich Schmerzmittel und begründete dies damit, dass sie ja bereits eine so schwerwiegende „*Grunderkrankung*“ (Aids) hätte. Es ist zu vermuten, dass er der Meinung war, ein größerer Eingriff würde sich im Falle von Frau Nauer nicht rentieren. Sie wechselte daraufhin mit einigem Aufwand das Krankenhaus und wurde schließlich operiert.

Frau Langenbach (79-jährig) erzählte, dass ein Facharzt davon absah, eine Operation an der Herzklappe vorzunehmen. Als Begründung verwies er auf ihr fortgeschrittenes Alter und ihre „*Diagnosen*“.

Um sich vor Diskriminierung zu schützen, verhalten sich einige Studienteilnehmende sehr vorsichtig und zurückhaltend in der Offenlegung ihres HIV-Status. Ein Befragter erzählte, dass er bisher kaum Diskriminierungserfahrungen erlebte, da er seinen Status „*nicht an die große Glocke hängt*“. Etliche der Studienteilnehmenden stellten fest, dass in weiten Kreisen der Bevölkerung ein großes Unwissen zu HIV herrscht, bzw. ein veraltetes Wissen besteht. Die Bilder der 1980er und 1990er Jahre von HIV und AIDS als ansteckende, gefährliche und tödliche Krankheit, assoziiert mit bestimmten Personengruppen, besteht in vielen Köpfen fort. Ein Studienteilnehmer hält gerade den Umstand, dass HIV heutzutage zu wenig thematisiert wird selbst für eine Form von Stigmatisierung, da dies die notwendige Aufklärungsarbeit verhindere.

Neben diskriminierenden Reaktionen und Zuschreibungen durch andere, lässt sich bei einigen auch eine Tendenz zur Selbststigmatisierung feststellen, respektive eine antizipierte Angst vor Diskriminierung aufgrund von HIV, was bei manchen dazu führt, dass sie sich quasi ‚präventiv‘ zurückziehen. Frau Otth (58-jährig) beschrieb die dahinterliegende Dynamik mit folgenden Worten: „*Also ich habe mich einfach selbst diskriminiert, habe gar nicht gewartet, bis es jemand anderes macht, habe mir einfach selber*

1 Alle Namen sind geändert.



*gesagt, du bist nicht so viel Wert wie die anderen wegen dem. Also ich habe eigentlich das, was ich angenommen habe, was die anderen über mich denken, verinnerlicht und mich selbst mit dem heruntergetan und klein gemacht.“*

## 5. Vorstellungen, Wünsche und Befürchtungen hinsichtlich des künftigen Lebens im Alter

Die Studienteilnehmer\_innen setzten sich unterschiedlich mit dem Älterwerden auseinander, nicht zuletzt aufgrund des Altersunterschiedes der interviewten Personen. Die Wahrscheinlichkeit, mit HIV alt zu werden, war für viele anfänglich gar keine Option und trat bei manchen erst in den letzten Jahren ins Bewusstsein. Zum Zeitpunkt der Interviews waren die einen zuversichtlich, mittels der ART noch möglichst lange leben zu können, andere wiederum sahen sich eher am Ende ihres Lebens.

Hinsichtlich des künftigen Lebens im Alter kristallisierten sich drei zentrale Themenkreise heraus: (1) Wohnen, (2) Gesundheit und medizinische Versorgung sowie (3) soziale Beziehungen.

### 5.1 Wohnen

Die Vorstellung, in der Zukunft in ein „normales“ Altersheim eintreten zu müssen, war für viele der Befragten mit Vorbehalten und Unbehagen verbunden. Homosexuelle Interviewpartner äußerten die Befürchtung, aufgrund von HIV und ihrer sexuellen Orientierung stigmatisiert zu werden. Einige Interviewten befürchteten, in einem „normalen“ Altersheim als „Exot“ behandelt zu werden und einen unerwünschten Sonderstatus zugeschrieben zu bekommen. Ebenfalls bestehen Befürchtungen vor Zwang und Bevormundung, vor mangelndem Gestaltungsspielraum aufgrund der vorgegebenen institutionellen Strukturen sowie vor mangelnder Privatsphäre und mangelhaften Hygienestandards. Des Weiteren besteht die Befürchtung vor unzureichendem Wissen zu HIV – sowohl des Personals als auch der Mitbewohnenden – sowie vor Vorurteilen und einem herrschenden Unverständnis hinsichtlich der Lebenssituation HIV-positiver Menschen. All diese Befürchtungen kontrastieren mit dem mehrfach geäußerten Wunsch nach einem wertfreien und respektvollen Umfeld. *„Es macht vielen von uns Angst, in irgendeinem Altersheim verschwinden zu müssen, in dem wenig Verständnis für HIV da ist und für unsere speziellen Anliegen.“* (Frau Otth). Im Extremfall, wie bei Frau Gross (51-jährig), sind die Befürchtungen derart stark, dass sie im Falle eines unausweichlichen Altersheimeintrittes Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchte.

Eine Studienteilnehmerin, Frau Cramer (77-jährig), wohnt seit knapp einem Jahr in einem Altersheim. Trotz einer gewissen Eintönigkeit und wenig Austausch mit den Mitbewohner\_innen empfindet sie das Leben dort als einigermaßen angenehm. Mit Ausnahme einer Pflegerin, die ihr etwas reserviert erscheint und *„schaut, dass sie mich nicht anfassen muss“*, erwähnt sie keine Probleme hinsichtlich ihres HIV-Status. Erwäh-

nenswert ist jedoch, dass Frau Cramer nicht über ihren HIV-Status spricht, schon gar nicht gegenüber den Mitbewohnenden.

Bevorzugt werden von vielen der Interviewteilnehmenden Wohnmodelle, die eine möglichst lange Selbständigkeit in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Dazu zählen beispielsweise ein barrierefreier Wohnraum, die Nutzung nachbarschaftlicher Hilfe- und Unterstützungssysteme, die Inanspruchnahme ambulanter Pflege- und Assistenzleistungen (Spitex, Wohnen mit Service) oder die Anstellung einer privaten Pflegeperson aus dem Ausland. Auch die Option Auswandern, um sich eine zahlbare selbstbestimmte Pflegesituation leisten zu können, kam zur Sprache. Des Weiteren wurde der Bezug einer Alterswohnung (d. h. eine eigene Wohnung mit unterstützenden Dienstleistungen nach Bedarf) genannt. Als homosexueller Mann legt Herr Fankhauser (71-jährig) großen Wert auf schwulen-freundliche Institutionen, die ihm einen offenen Umgang mit seiner sexuellen Orientierung ermöglichen. So beansprucht er auch die Dienstleistungen einer Schwulen-Spitex (Gay Nurses), wo er sich nebst den pflegerischen Leistungen auch zwischenmenschlich verstanden fühlt: *„Also ich habe ... Betreuung von der Schwulen-Spitex. ... Wir können auch über vieles andere reden, was uns Schwule bewegt. Und so Sachen finde ich eben gut. Das ist in einem gewöhnlichen Altersheim nicht möglich.“*

Gemeinschaftliche Wohnmodelle im Alter sind für mehrere der Befragten ein Thema. Vom Mehrgenerationenhaus über Alterswohngemeinschaften mit Gleichgesinnten (z. B. Schwulen-WG) oder Schicksalsgenossen (z. B. mit anderen HIV-positiven Personen) bis hin zu einem Alterswohnkomplex für HIV-Positive, der zu einem Kompetenzzentrum für Fragen und Themen zu HIV und Alter(n) ausbaubar wäre, kommen verschiedene Ideen zur Sprache. Gemeinsam ist der Wunsch nach einem wertfreien und respektvollen Umfeld.

Ein Studienteilnehmer, Herr Dufour (56-jährig), äußert jedoch auch Bedenken bezüglich einer Alterswohninstitution ausschließlich für homosexuelle oder HIV-positive Menschen. Zwar anerkennt er die Möglichkeit und Vorteile einer milieusensiblen Pflege, befürchtet jedoch gleichzeitig auch eine Art Separierung. Aufgrund der bisher in der Schweiz fehlenden Erfahrungen mit alternativen Wohnformen für ältere HIV-positive Menschen, hofft er mit Blick auf die Zukunft grundsätzlich auf eine Verbesserung und Diversifizierung von Möglichkeiten und Optionen. Sei dies innerhalb bestehender Altersheime oder auch neuartige Ansätze, wie beispielsweise queere Wohnprojekte: *„Von da her habe ich jetzt nicht einen Wunsch [bezüglich bevorzugter Wohnform im Alter], sondern einfach, dass man ... dass man die Augen offen hat, dass man die Leute, die mit dem nächstens konfrontiert werden könnten, also vor allem Pflegepersonen, dass man die gut informiert, gut darauf vorbereitet und dass man halt mit der Erfahrung irgendwann eine Form oder Formen, mehrere Formen, findet, die angenehm sind, ja normal sind.“*

## 5.2 Gesundheit und medizinische Versorgung

Alle der befragten Personen waren zum Zeitpunkt der Interviews unter ART und gingen regelmässig in die ärztliche Kontrolle. Dabei wurde der Wunsch nach Kontinuität im Ärzt\_innen-Patientenverhältnis sowie die Sicherstellung der medizinischen Versorgung thematisiert. Einige der Befragten erzählten, dass sie erst über Umwege zu ihrem/ihrer heutigen HIV-Spezialist\_in fanden. Haben sie endlich eine zufriedenstellende medizinische Behandlungs- und Betreuungssituation gefunden, wird diese so lange wie möglich beibehalten. Viele sind ihrem/ihrer HIV-Ärzt\_in über Jahre hinweg treu geblieben. Ein möglicher Wegfall des/der Vertrauensärzt\_in und die damit verbundene Suche nach einer neuen Behandlungsperson löst Unsicherheiten aus, resp. evoziert auch negative Gefühle aufgrund vergangener Erfahrungen.

Frau Cramer, die im Altersheim wohnt, äusserte ihre Unsicherheit bezüglich der Kontinuität der derzeitigen Behandlungssituation durch ihren HIV-Spezialisten. Sie ist auf einen Rollator angewiesen, weshalb es für sie zunehmend beschwerlicher wird, alle drei Monate den weiten Weg zum HIV-Arzt ihres Vertrauens, der in einer Stadt in einem anderen Kanton praktiziert, auf sich zu nehmen. Sie überlegt, ob nicht zukünftig ihr Hausarzt die HIV-Versorgung übernehmen könnte. Zudem ist auch ihr HIV-Spezialist älter geworden und es ist offen, wer sie im Falle seiner Pensionierung weiter behandeln könnte: *„Ich meine, er ist ... kompetent und ... (leise) aber er ist halt auch ... alt geworden. In dieser Zeit, in der ich jetzt hingeh, ist er wirklich ... alt geworden.“*

Im Hinblick auf gesundheitliche Probleme besteht bei vielen eine Unsicherheit bezüglich der Langzeitnebenwirkungen der ART. Zwar kommt eine Dankbarkeit zum Ausdruck darüber, dass mit der ART überhaupt eine medikamentöse Behandlungsmöglichkeit existiert und in den letzten Jahren die Nebenwirkungen im Vergleich zu früheren Medikamenten stark zurückgegangen sind. Herr Mürner (83-jährig) erkrankte fünf Jahre nach der HIV-Diagnose (1991) am Kaposi-Syndrom. Sein Gesundheitszustand verschlimmerte sich massiv und er begann 1999 mit einer Kombination von HIV-Medikamenten, die damals in der Schweiz noch nicht zugelassen, jedoch mit einer schriftlichen Einwilligung erhältlich waren. Zusammen mit einer Chemotherapie konnte das Kaposi-Syndrom therapiert werden. Zurückgeblieben sind beschädigte Hautstellen. Herr Mürner äussert sich dahingehend, dass die ART ihm das Leben gerettet hat. Andere berichten aber auch von Beschwerden, die sie auf die HIV-Therapie zurückführen, so beispielsweise Frau Eberhard (52-jährig), die stark unter den Folgen einer Lipodystrophie leidet oder Herr Dufour, bei dem vor einem Jahr eine Osteoporose festgestellt wurde, was eine Folge seiner HIV-Therapie sein kann. Für ihn ist diese Diagnose wie der Anfang eines *„Rattenschwanzes“*, bei dem das eine zum anderen führt: *„Und das ist, das ist eigentlich das, das mich – das mich schon – ja, das halt ein wenig immer mitschwingt ... wenn ich – wenn ich an das Alter denke. Was kommt da noch auf mich zu?“* Dabei – und das wird verschiedentlich erwähnt – besteht auch die Schwierigkeit, abzuschätzen, welche Beschwerden Langzeitfolgen der HIV-Medikamente oder altersbedingt sind, oder inwiefern beides zusammenwirkt.

Manche äußern auch die Hoffnung, dass sich die ART zukünftig noch verbessern wird, sei es bezüglich Langzeitnebenwirkungen, aber auch bezüglich eines noch vereinfachteren Therapieregimes.

### 5.3 Soziale Beziehungen

Einige der befragten Personen erleben es als schwierig, mit zunehmendem Alter neue Kontakte zu knüpfen. Umso wichtiger ist es ihnen, einen Ort zum Leben im Alter zu finden, der die Pflege sozialer Kontakte (z. B. durch regelmäßig angebotene Veranstaltungen) und einen offenen Umgang bezüglich HIV, sexueller Orientierung etc. ermöglicht. Diese Voraussetzungen sehen die meisten in einem „normalen“ Altersheim als nicht gegeben. So auch Herr Mürner, der sich nicht zuletzt aufgrund seiner sexuellen Orientierung nicht vorstellen kann, in einem Altersheim zu wohnen: *„Man ist einfach isoliert, nicht dass man ausgegrenzt wird, aber man hat völlig andere Interessen. Normale Leute, die älter werden, da erzählen sie (...) ihre Probleme oder Freuden, die Kinder und die Enkel und tati und tata (...). Ich habe keine Kinder und vermisse auch keine Kinder.“*

Auch wird von einigen der Verlust des vertrauten Umfeldes befürchtet: *„Dort [am jetzigen Wohnort] habe ich mittlerweile, ich sag jetzt nicht einen Freundeskreis, aber einen Bekanntenkreis. Oder, man geht einkaufen, kennt Leute und man redet und man kennt die und die mit dem Hund und so. Man hat Leute um sich herum. Wenn ich jetzt wieder umziehe, dann bin ich wieder fremd.“* (Frau Nauer)

Herr Kyburz (66-jährig), der in einer Vorortsgemeinde lebt, spielt seit längerem mit dem Gedanken, wieder in die Stadt zu ziehen. Einerseits erhofft er sich dabei, aus seinem solitären Leben etwas ausbrechen zu können, da seine sozialen Netzwerke (u. a. Aids-Hilfe, HIV-Aidsseelsorge) in der Stadt sind. Aber auch für den Fall, dass er auf eine Alters- und Pflegeinstitution angewiesen wäre, rechnet er damit, in der Stadt auf eine größere Offenheit bezüglich vielfältiger Lebensweisen zu treffen. Er hat diese Erfahrung am Beispiel eines Kollegen gemacht, der ebenfalls in einer Vorortsgemeinde wohnte, in das dortige Pflegeheim eingewiesen und „furchtbar“ behandelt wurde. Sein Kollege wurde darauf in ein städtisches Pflegeheim verlegt, wo es gut gegangen sei.

Auch die Idee eines Alterswohnturms für HIV-Positive, die Frau Otth äußert, hängt stark mit dem Wunsch zusammen, sich mit Menschen austauschen zu können, die aufgrund ihrer HIV-Infektion und Krankheitsgeschichte auf ähnliche Lebenserfahrungen zurückblicken und die ähnliche Fragen hinsichtlich der Zukunft und des Älterwerdens mit HIV beschäftigen. Da sie davon ausgeht, dass die Pflege sozialer Beziehungen im Alter zunehmend schwieriger wird – und auch in jüngeren Jahren diesbezüglich schon Schwierigkeiten bestünden (z. B. aufgrund schneller Ermüdung, Energielosigkeit) – böte ein solches Wohnmodell den Vorteil, andere Mitbetroffene im unmittelbaren Wohnumfeld zu haben.

## 6. Schlussfolgerungen

### 6.1 Zusammenfassung und Diskussion

Die Konfrontation mit der HIV-Diagnose, der als stigmatisierend erlebte gesellschaftliche Umgang mit HIV-positiven Menschen sowie durchlebte schwerwiegende physische und psychische Krisen hatten teilweise existenzielle Folgen und beeinflussten in vielen Fällen die Lebenslage der Befragten. Dies betrifft vor allem das gesundheitliche Empfinden (Krankheiten und vergleichsweise früh im Lebensverlauf auftretende gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden), die finanziellen Verhältnisse (Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und Abhängigkeit vom Wohlfahrtssystem) sowie die sozialen Beziehungen (Rückgang). Diese biographischen Erfahrungen wirken sich auf die Vorstellungen vom Leben im Alter aus. Der Wunsch, möglichst lange selbständig wohnen zu können (wenn nötig mit externer Hilfe) oder eine Wohnform zu finden, in der Menschen aufeinandertreffen, die auf gemeinsame Erfahrungen zurückgreifen können oder zumindest eine Offenheit gegenüber anderen Lebensverläufen besteht, ist ausgeprägt. Lottmann weist darauf hin, dass zielgruppen-freundliche Angebote der Altenhilfe (in seinem Fall bezüglich der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt) einen Schutzraum darstellen und dadurch von den betroffenen Menschen als attraktiv wahrgenommen werden (Lottmann 2021). Dies ist übertragbar auf die Situation mehrerer unserer Studienteilnehmenden, umso mehr, als dass es hier aus intersektionaler Perspektive große Überschneidungen gibt. Zudem steckt auch bei unseren Befragten hinter dem Bedürfnis nach einer Wohnform mit Gleichgesinnten der Wunsch, sich nicht (erneut) verstecken zu müssen oder sich negativen Reaktionen auszusetzen. Dies erklärt ebenfalls die bei vielen vorhandene Abneigung gegenüber den heute bestehenden „klassischen“ Altersheimen. Unter anderem werden Ängste vor Vorurteilen und Unwissenheit über HIV erwähnt. Hier zeigen sich Parallelen mit der in Deutschland durchgeführten Befragung von älteren HIV-positiven Personen, in der viele Bedenken äußerten, eine Alters- oder Pflegeinstitution zu finden, in der sie sich akzeptiert fühlen (Drewes et al. 2015). Auch zeigte eine kürzlich veröffentlichte US-Studie, die die Wünsche und Pläne bezüglich Pflege und Betreuung im Alter bei HIV-positiven älteren Menschen untersuchte, auf, dass rund 66% der Befragten informelle Hilfe bei Pflegebedürftigkeit bevorzugen, obwohl sie nur über kleine soziale Netzwerke verfügen (Nguyen et al. 2019).

Zudem machen viele die Erfahrung, dass in der Gesellschaft immer noch die ‚alten‘ Bilder von HIV und Aids vorherrschen, die auf sie diskriminierend zurückwirken. Ein Großteil der Befragten praktiziert daher einen vorsichtigen Umgang mit der Offenlegung des HIV-Status. Bei einigen ist dies auch mit ein Grund, dass sich ihr soziales Netzwerk seit der HIV-Infektion verkleinert hat (Rückzugsstrategie).

Mit Blick auf die Gesundheit betonen die Befragten die Wichtigkeit der Gewährleistung der Kontinuität in der ärztlichen Betreuung sowie die Gewährleistung des Zugangs zur ART als auch deren Optimierung. Sie äußerten ihre Sorgen hinsichtlich der Langzeitnebenwirkungen der ART, einer allfälligen mit zunehmendem Alter einhergehenden Verschlechterung der physischen Gesundheit und dem Verlust kognitiver Fä-

higkeiten. Diese Ergebnisse sind teils mit der durch Drewes et al. (2015) in Deutschland durchgeführten Untersuchung vergleichbar, die zeigte, dass bei den Befragten u.a. Sorgen vor einer massiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Alter am stärksten ausgeprägt waren.

Hinsichtlich sozialer Beziehungen legen die Befragten Wert auf die Pflege und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und den Austausch mit anderen HIV-Betroffenen. Geäußert wird die Angst vor dem Alleinsein, dem Verlust des vertrauten Umfelds oder bei Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht mehr die Energie und Kraft zu haben, soziale Kontakte zu pflegen. Studien zeigen, dass HIV-positive ältere Personen häufiger sozial isoliert sind und über weniger soziale Unterstützung verfügen als jüngere HIV-positive Personen. Unter anderem kann HIV-bezogenes Stigma zu vermehrtem sozialem Rückzug führen. Allerdings bleibt offen, welche Rolle dabei das Alter als solches spielt. Mögliche Erklärungen für die soziale Isolation könnte die Abnahme sozialer Netzwerke mit steigendem Alter, Verluste von Freund\_innen durch HIV/AIDS oder die Tendenz zur Einschränkung emotionaler Investitionen in neue soziale Kontakte im späteren Leben sein (Brennan-Ing 2019).

In der vorliegenden Studie sahen sich die Befragten im Verlauf ihres Lebens in unterschiedlicher Tragweite und Häufigkeit mit diskriminierenden Haltungen und Reaktionen konfrontiert. Einzelne erlebten im Laufe ihres Lebens wenig bis kaum direkte Erfahrungen dieser Art, bei anderen hingegen kam es zu häufigen und zum Teil auch zu Mehrfachdiskriminierung. Letztere betreffen in erster Linie ehemalige Drogenkonsumierende und Schwule, aber auch Frauen. Diese Ergebnisse bestätigen damit einige frühere Studien (Emlet 2006; Shen et al. 2019; Wallach et al. 2018), unterscheiden sich aber dahingehend, dass Diskriminierung auf Grund des Alters bei unseren Befragten weniger präsent war. Sowohl erfahrenes als auch antizipiertes Stigma war eher mit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe, wie Männer, die Sex mit Männern haben, Frauen oder intravenös Drogenkonsumierende verbunden als mit dem Älterwerden. Hingegen ist davon auszugehen, dass sich die verschiedenen Stigmata je nach Gruppe unterschiedlich überlagern und wahrgenommen werden. Es ist somit möglich, dass Stigmatisierungen, die mit dem Älterwerden verbunden sind, in den Hintergrund treten, weil Diskriminierungen auf Grund von HIV, der sexuellen Orientierung oder der Identifikation als Drogenabhängige als einschneidender erlebt werden (vgl. Shen et al. 2019). Auffallend in unserer Studie war auch die antizipierte Angst vor Diskriminierung auf Grund von HIV. Daraus resultierte ein eher zurückhaltender Umgang mit der Offenlegung sowie ein vermehrter sozialer Rückzug. Dies zeigte sich insbesondere bei den Frauen. Hierin unterscheiden sich unsere Ergebnisse zu denjenigen von Shen et al. (2019), in der gerade die Frauen die Angst vor HIV-bezogener Diskriminierung oder die Vermeidung der Offenlegung ausdrücklich verneinten.

## 6.2 Limitationen

Eine Limitation der vorliegenden Studie betrifft den Punkt, dass sich keine Teilnehmenden finden ließen, die aus einem der afrikanischen Länder südlich der Subsahara



stammen. Da diese Zielgruppe in der Schweiz überproportional von HIV betroffen ist, wäre es angezeigt gewesen, eine entsprechende Sichtweise in die Studie zu integrieren. Ebenso bleibt damit die Frage nach der Diskriminierung auf Grund ethnischer Zugehörigkeit offen. Entsprechende Rekrutierungsversuche blieben leider erfolglos. Als weitere Beschränkung ist festzuhalten, dass die Studie einen erhöhten Anteil an um die 50-jährige Personen berücksichtigt und weniger solche zwischen 60 und 70 Jahren. Dennoch wurde hinsichtlich der Altersspanne, des Geschlechterverhältnisses, des Ansteckungsweges, des Beziehungsstatus' sowie des formalen Bildungsabschlusses eine breite Streuung des Samples erreicht.

Ebenso lassen die Ergebnisse keinen direkten Vergleich mit anderen Populationen, wie der Allgemeinbevölkerung oder anderen chronisch erkrankten Personen zu. Kritische Leser\_innen mögen anmerken, dass die hier skizzierten Vorstellungen zum Älterwerden sich kaum von den Vorstellungen älterer Menschen in der Allgemeinbevölkerung unterscheiden würden. Bei unseren Befragten sind jedoch die verschiedenen HIV-spezifischen Erfahrungen hervorzuheben. Es sind dies zum einen die Konfrontation mit der HIV-Diagnose sowie damit einhergehende biographische Brüche, wozu auch verschiedene – mitunter existentielle – Krankheitserfahrungen (Aids, aber auch Komorbiditäten) und vergleichsweise früh im Lebensverlauf auftretende gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden zählen. Zum anderen ist dies die Konfrontation mit dem von Unwissenheit geprägten und/oder als stigmatisierend erlebten gesellschaftlichen Umgang mit HIV-positiven Menschen. Diese Verschränkung von HIV-Diagnose, kritischen Lebensereignissen und HIV-Stigma und deren Prägung für die Vorstellungen zum Leben im Alter scheinen ein typisches Unterscheidungsmerkmal im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zu sein. Um dies aber noch weiter zu festigen, wären in künftigen Forschungen diese Differenzen noch weiter herauszuarbeiten, indem etwa Personen mit anderen chronischen Erkrankungen oder HIV-negative Personen in die Studie inkludiert würden. Auch zur Klärung, welche Rolle das Älterwerden selbst für die künftigen Vorstellungen zum Leben im Alter hat, macht Untersuchungen zu den Veränderungen dieser Vorstellungen im zeitlichen Verlauf oder die Spiegelung der geäußerten Haltung aus einer späteren Perspektive notwendig.

### 6.3 Hinweise für die Praxis

Die geäußerten Befürchtungen hinsichtlich Alters- und Pflegeeinrichtungen, die erlebten Diskriminierungen im Gesundheitswesen sowie die Bedenken hinsichtlich mangelnden Wissens und Vorurteilen seitens des Personals in den Alters- und Pflegeinstitutionen machen deutlich, dass eine gezielte Information und Sensibilisierung in diesem Bereich erforderlich ist. Die Praxis der Altenhilfe ist in diesem Sinne gefordert, die Bedürfnisse und Befürchtungen HIV-positiver Menschen hinsichtlich Wohnen und Pflege im Alter ernst zu nehmen und entsprechende biographie- und diversitätssensible Modelle zu entwickeln. Die mit dem Verlust von Selbständigkeit und Selbstbestimmung einhergehenden Befürchtungen und Ängste, sollen in der (Planung der) Altenhilfe adäquat berücksichtigt werden. Diese Hinweise richten sich auch an die me-



dizininische Versorgung, die hinsichtlich der Ängste und Befürchtungen bezüglich ART, der Sicherstellung, Gewährleistung und Kontinuität der medizinischen Betreuungssituation sensibilisiert werden sollte.

## Literatur

- Böhm, A. (2000): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, U./Von Kardorff, E./Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch
- Brennan-Ing, M. (2019): Diversity, stigma, and social integration among older adults with HIV. In: *European Geriatric Medicine* 10 (2), 239-246
- Brennan, M./Karpiaik, S.E. (2009): HIV stigma and disclosure of serostatus. In: Brennan, M./Karpiaik, S.E./Shippy, R.A./Cantor, M.H. (Hrsg.): *Older adults with HIV: An in-depth examination of an emerging population*. New York: Nova Science Publishers, Inc., 51-60
- Costagliola, D. (2014): Demographics of HIV and aging. In: *Current Opinion in HIV and AIDS* 9 (4), 294-301
- Drewes, J./Langer, P.C./Ahmad, A.N./Weber, K.J. (2015): 50plusHIV. Psychosoziale Aspekte des Älterwerdens mit HIV und Aids in Deutschland. (Unveröffentlichter Bericht). Goethe Universität, Frankfurt a. M.
- Elder, G.H. (1994): Time, Human Agency, and Social Change: Perspectives on the Life Course. In: *Social Psychology Quarterly* 57 (1), 4-15
- Elder, G.H./Kirkpatrick Johnson, M./Crosnoe, R. (2003): The Emergence and Development of Life Course Theory. In: Mortimer, J.T./Shanahan, M.J. (Hrsg.): *Handbook of the life course*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 3-19
- Emler, C.A. (2006): „You're awfully old to have this disease“: Experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/AIDS. In: *Gerontologist* 46 (6), 781-790
- Emler, C.A./Scott Gusz, S./Dumont, J. (2003): Older Adults with HIV Disease. In: *Journal of gerontological social work* 40 (1-2), 41-62
- Genke, J. (2000): HIV/AIDS and older adults: The invisible ten percents. In: *Care Managements Journals* 2 (3), 196-205
- Guex, S./Hunger, C./Koch, S./Lutz, J./Nellestein, R. (2014): Menschen mit HIV in Alters- und Pflegeheimen: Eine Bestandesaufnahme im Kanton Bern. Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Olten
- Lottmann, R. (2021): Altern und Diversität. Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. In: Schröter, K.R./Vogel, C./Künemund, H. (Hrsg.): *Handbuch Soziologie des Alter(n)s*. Wiesbaden: Springer VS. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-658-09630-4\\_40-1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-09630-4_40-1)
- Nguyen, A.L./Seal, D./Bruce, O./Dalton, M./Palmer, A./Pardini, M./Quiroga, B./Ryu, J./Soliman, S./Welty, J.C./Younus, I. (2019): Caregiving preferences and advance care planning among older adults living with HIV. In: *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv* 31 (2), 243-249
- Nideröst, S./Imhof, C. (2016): Aging with HIV in the era of antiretroviral treatment: Living conditions and quality of life of people living with HIV/AIDS aged over 50 in Switzerland. In: *Gerontology and Geriatric Medicine* 2, 1-9
- Patel, D./Crane, L. (2011): Growing Old with HIV. In: *Current Infectious Disease Reports* 13 (1), 75-82
- Sen, A. (1985): Well-Being and Freedom. In: *Journal of Philosophy* 82 (4), 185-203
- Sen, A. (1993): Capability and well-being. In: Nussbaum, M./Sen, A. (Hrsg.): *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon, 30-53
- Shen, M.J./Freeman, R./Karpiaik, S./Brennan-Ing, M./Seidel, L./Siegler, E.L. (2019): The Intersectionality of Stigmas among Key Populations of Older Adults Affected by HIV: a Thematic Analysis. In: *Clinical Gerontologist* 42 (2), 137-149

- Strauss, A.L./Corbin, J.M. (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz
- Strübing, J. (2004): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden: VS Verlag
- The Swiss HIV Cohort Study (2018): Demographical characteristics. Participants under follow-up by age, sex, ethnicity, transmission category. URL: <http://www.shcs.ch/226-1-demographical-characteristics> [Zugriffsdatum: 18.03.2021]
- UNAIDS (2013): HIV and Aging. Geneva: UNAIDS. URL: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20131101\\_JC2563\\_hiv-and-aging\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20131101_JC2563_hiv-and-aging_en.pdf)
- Vance, D.E./Fazeli, P.L./Dodson, J.E./Ackerman, M./Talley, M./Appel, S.J. (2014): The Synergistic Effects of HIV, Diabetes, and Aging on Cognition: Implications for Practice and Research. In: Journal of Neuroscience Nursing 46 (5), 292-305
- Wallach, I./Brotman, S. (2018): The intimate lives of older adults living with HIV: a qualitative study of the challenges associated with the intersection of HIV and ageing. In: Ageing & Society 38 (12), 2490-2518
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung. 1 (1). URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/%201132/2519#g2>

## Danksagung

Wir danken allen Studienteilnehmenden sowie den Organisationen und Fachpersonen, die uns bei der Rekrutierung unterstützt haben. Ein spezieller Dank geht an die HIV-Aidsseelsorge Zürich. Ebenfalls danken wir Franziska Uggowitzer für ihre wertvolle Mitarbeit im Projekt sowie Fabian Kempfer von der Hochschule für Gestaltung und Kunst FHNW und seinen Studierenden für die Zusammenarbeit bei der Gestaltung des Flyers und der Aufzeichnung der Interviews. Das Projekt wurde im Rahmen der Strategischen Initiative FHNW „Alternde Gesellschaft (2015-2017)“ finanziert.<sup>2</sup>

*Dr. des. Christoph Imhof*

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit, Riggenbachstrasse 16, CH-4600 Olten, christoph.imhof@fhnw.ch (Korrespondenzadresse)

*Prof. Dr. Sibylle Nideröst*

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit, Riggenbachstrasse 16, CH-4600 Olten, sibylle.nideroest@fhnw.ch

*Patrick Weber, MA*

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit, Riggenbachstrasse 16, CH-4600 Olten, patrick.weber@fhnw.ch

---

<sup>2</sup> Es besteht kein Interessenskonflikt.

Anne-Kathrin Cassier-Woidasky, Jörg Woidasky, Imke Woidasky,  
Jutta Niederste-Hollenberg

## Herausforderungen umweltgerechter Entsorgung von Arzneistoffen im Krankenhaus.

Handlungsmöglichkeiten an der Quelle aus pflegerischer Sicht

Challenges of environmentally sound disposal of pharmaceuticals in hospital. Possibilities for action at the source from a nursing perspective

Based on the environmental relevance of X-ray contrast agents (XCA) and technical limits of wastewater treatment, this article deals with possibilities to reduce the input of pharmaceuticals already at the source. A simple way is the correct disposal by the user. For this purpose, a student project empirically investigated disposal routes for medicine to be discarded among hospital users in a survey of 167 nurses. It was shown that out of those asked on XCA disposal 64% disposed of XCA residues via the wastewater route, while 26% out of those asked on medicine in general disposed of liquid medications requiring disposal via wastewater. By raising awareness of an ecologically relevant topic, the work provides indications of the need for qualification on the user side in nursing.

### Keywords

Ecology, water protection, nursing organization, research based learning, multi-disciplinarity, drug, disposal

Im Beitrag werden ausgehend von der Umweltrelevanz von Arzneimitteln allgemein und von Röntgenkontrastmitteln (RKM) speziell Möglichkeiten untersucht, den Eintrag von Arzneimittelstoffen in die Umwelt bereits an der Quelle zu reduzieren. Ein wirkungsvoller Weg ist die korrekte Entsorgung der Substanzen durch die Anwender. Hierzu wurden im Rahmen eines studentischen Projekts bei den Anwendern im Krankenhaus Entsorgungswege für zu verwerfende Medikamente durch eine Befragung von insgesamt 167 Pflegefachpersonen empirisch untersucht. Dabei konnte gezeigt werden, dass von den zur RKM-Entsorgung Befragten 64% für RKM-Reste den Abwasserweg wählen und andere flüssige Medikamente von 26% der zu Arzneimitteln allgemein Befragten über das Abwasser entsorgt werden. Die Arbeit gibt Hinweise auf Qualifizierungsbedarf auf der Anwenderseite zur Sensibilisierung für ein ökologisch relevantes Thema in der Pflege.

### Schlüsselwörter

Ökologie, Gewässerschutz, Pflegeorganisation, Forschendes Lernen, Multidisziplinarität, Arzneimittel, Entsorgung

## Einführung

Der Eintrag von Arzneistoffen aus der Humanmedizin in den Wasserpfad steht im Kontext steigender anthropogener Gewässerbelastung, z. B. durch Landwirtschaft, Haushaltschemikalien oder Industrieabwässer. Krankenhäuser sind relevante Indirekteinleiter für problematische Noxen wie Arzneistoffe allgemein und speziell großen Mengen von Röntgenkontrastmitteln (RKM)<sup>1</sup>, die oft über das Abwasser entsorgt werden. Da diese Schadstoffe in Kläranlagen nur teilweise und mit hohem Aufwand eliminierbar sind, muss ihr Eintrag in das Abwasser vermieden werden. Das entspricht dem Vorsorgeprinzip als grundsätzlichem Prinzip der Umweltpolitik und erfordert Strukturen zur Emissionsminderung und Bewusstsein auf der Anwenderseite beim Umgang mit Arzneimitteln bezüglich der Umweltrelevanz.

Maßnahmen zur Vermeidung und Verminderung sind erfolgreich umsetzbar, wenn sie von Nutzerinnen und Nutzern<sup>2</sup> akzeptiert und unterstützende Strukturen vorhanden sind. Im Sinne des Vorsorgeprinzips sollte dabei die Emissionsminderung von Medikamenten über den Wasserpfad primär an der Nutzerseite ansetzen. Hierzu findet sich jedoch kaum wissenschaftliche (meist graue) Literatur vorrangig zur Abwasserproblematik im Krankenhaus aus technischer oder ökologischer Sicht (z. B. Schulte-Oehlmann et al. 2007; Ahting et al., 2017). Die Rolle der Pflegenden als wesentliche Akteure im Umgang mit Medikamenten und potenzielle Experten für Prävention und Gesundheitsförderung blieb hier bisher unberücksichtigt. Auch finden sich wenig Hinweise auf ärztliches Problembewusstsein, ebensowenig ausgeprägt ist dies in der Pflegepraxis. Sehr plastisch zeigt das der Praxisbericht einer Studentin unabhängig von diesem Projekt: Sie hatte eine Antibiotika-Infusion zu entsorgen und ihre Praxisanleiterin nach dem „wie“ gefragt. Zur Antwort bekam sie, die könne sie ganz einfach ins Waschbecken entleeren. Ihren Einwand, diesen Wirkstoff in das Abwasser zu entsorgen, sei unter Umweltaspekten vielleicht keine gute Idee, beantwortete die anleitende Pflegekraft mit dem Hinweis, dann solle sie das in die Toilette entsorgen.

Basis des vorliegenden Beitrages ist ein studentisches Pflegeforschungsprojekt zum Umgang mit Arzneistoffen im Krankenhaus generell sowie speziell zur Entsorgung von RKM. Den Anlass dazu lieferte eine Kooperation im Rahmen des MindER-Projektes (Niederste-Hollenberg et al. 2020). In diesem Projekt zur Minderung des Eintrags von RKM in die aquatische Umwelt bearbeitete das Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI im Auftrag des baden-württembergischen Umweltministeriums die Frage, wie sich der Eintrag von RKM an der Quelle reduzieren lässt. Ausgangspunkt der studentischen Forschungsaktivitäten war die Frage, wie sich RKM-belasteter Patientenerin aus Sicht der Pflegepraxis am besten getrennt erfassen lässt. Im Laufe der Kooperation zeigte sich jedoch, dass neben den Ausscheidungen auch die Entsorgung nicht vollständig restentleerter RKM-Gebinde problematisch sein kann (Niederste-Hollenberg et al. 2018).

1 Laut §2 Arzneimittelgesetz sind Arzneimittel Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten oder Erstellung einer medizinischen Diagnose. Dazu zählen RKM ebenso wie therapeutisch eingesetzte Medikamente.

2 Im Folgenden verwenden wir eine Form und schließen damit alle Geschlechter ein.

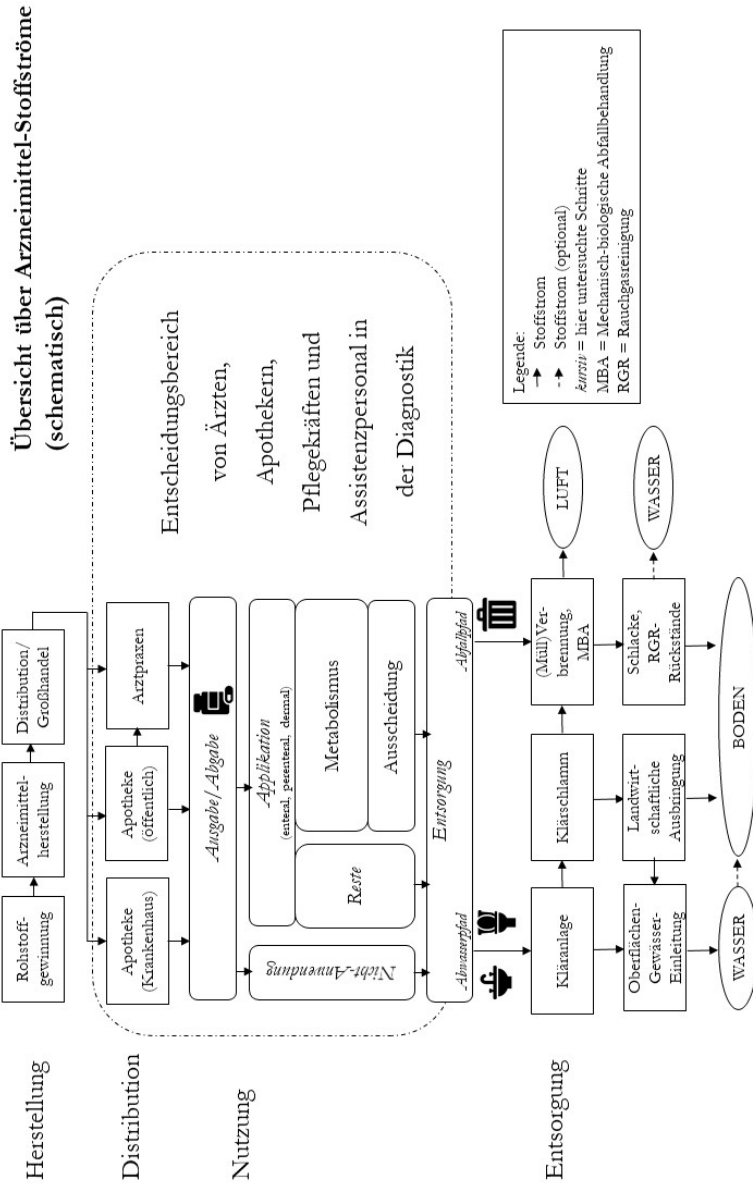


Abb. 1: Arzneimittel-Stoffströme. Eigene Darstellung unter Nutzung von Emara et al. (2018), Siebert et al. (2020), Ebert et al. (2014)

Daher lautet die Forschungsfrage des hier vorgestellten Pflegeforschungsprojekts, wie in der Krankenhauspraxis mit flüssigen Arzneimittelresten im Entscheidungsbereich von Pflegefachkräften umgegangen wird. Pflegefachkräfte sind im Krankenhaus diejenigen, die nach der ärztlichen Verordnung von Medikamenten und Lieferung durch die Apotheke die Handhabung auf der Station übernehmen. Sie haben damit eine Schlüsselstellung beim Medikamentenhandling im Krankenhaus (Abbildung 1), die mit dem vorliegenden Beitrag herausgearbeitet wird.

## Arzneimittel in der Umwelt

Nach Klauer et al. (2019) sind derzeit ca. 2.300 Wirkstoffe auf dem deutschen Arzneimittelmarkt, von denen die Hälfte als umweltrelevant eingestuft wird. 2012 lag die absolute Arzneimittel-Menge in Deutschland bei 8.120 t (Ebert et al. 2014). Diese Substanzen werden unverändert oder metabolisiert ausgeschieden bzw. über die (unsachgemäße) Entsorgung in das Abwasser eingetragen. Da sie zum großen Teil weder zurückgehalten noch eliminiert werden, sind Medikamentenrückstände nahezu flächendeckend und ganzjährig im Bereich von Kläranlagenabläufen und in Bächen, Flüssen, Seen sowie im Grund- und vereinzelt im Trinkwasser nachweisbar. Daneben können sie über Klärschlamm auf landwirtschaftliche Böden gelangen (UBA 2020), wenn dieser unbehandelt genutzt wird. In Kläranlagen wird ein Teil der Substanzen durch die Abwasserbehandlung abgebaut, ein Teil adsorbiert an den Klärschlamm, der in Deutschland stofflich bzw. thermisch verwertet wird. Der verbleibende Rest gelangt ebenfalls in die Gewässer und über das Grundwasser bis in das Trinkwasser. Hier werden sowohl die Wirkstoffe als auch ihre Metabolite gefunden (Abbildung 2).

Daneben besteht ein Emissionsrisiko durch Deponie-Sickerwasser aus Mülldeponien mit nicht vorbehandelten Siedlungsabfällen (Schulte-Oehlmann et al. 2007). Deren Ablagerung ist seit 2005 in Deutschland laut Deponieverordnung nicht mehr zulässig. Sie werden i.d.R. in Müllverbrennungsanlagen mit dem Ziel der Inertisierung behandelt.<sup>3</sup> Von den Verbrennungsrückständen geht bei regelkonformer Entsorgung kein Risiko mehr aus.

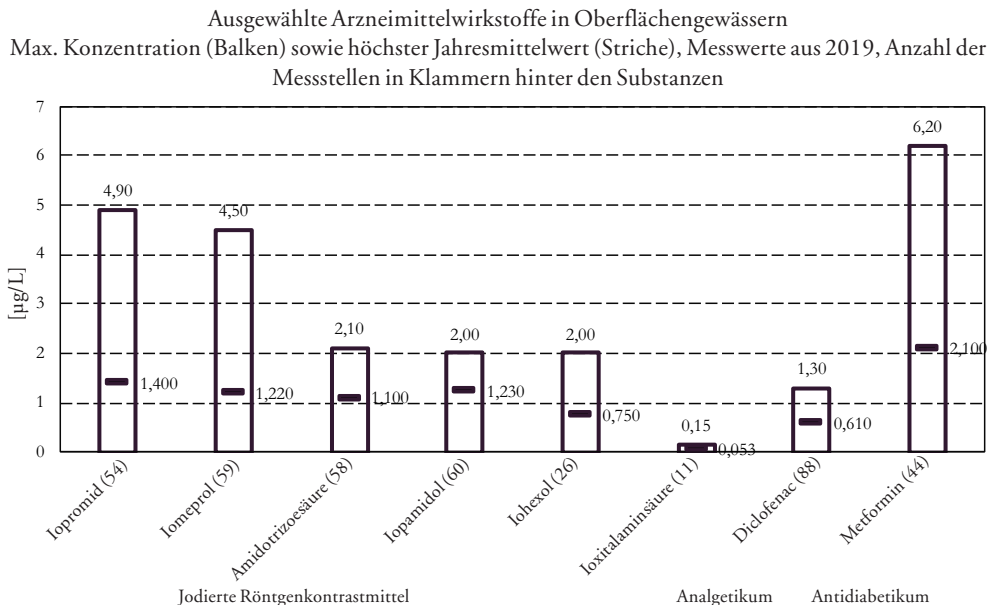


Abb. 2: Arzneistoffkonzentrationen im Oberflächenwasser (UBA 2020).

<sup>3</sup> Verordnung über die Verbrennung und die Mitverbrennung von Abfällen (17. BImSchV).

Arzneimittelwirkstoffe mit Umweltrelevanz sind z. B. Antibiotika, Antiepileptika, Lipidsenker, Zytostatika, Analgetika (Schulte-Oehlmann et al. 2007). Von zahlreichen Wirkstoffen sind Auswirkungen auf das Ökosystem nachgewiesen, die bekannteste dürfte die Entwicklung multiresistenter Keime durch Antibiotika sein (Adler et al. 2018). Andere sind weniger bekannt: Barsche verändern durch Benzodiazepine ihr Sozialverhalten und werden eher Opfer von Fressfeinden (Klaminder et al. 2014), Diclofenac aus der Tierhaltung führte über die Aufnahme kontaminierter Kadaver zum Aussterben indischer Geierpopulationen durch Nierenversagen (Swan et al. 2006), Östrogene beeinflussen die Geschlechtsentwicklung von Fischen (Nash et al. 2004). Metformin als eines der am häufigsten verwendeten Antidiabetika wurde bereits im Trinkwasser nachgewiesen (Trautwein et al. 2014) und hat ebenfalls endokrine Wirkungen. Nachdem sich in Wassereinzugsgebieten weltweit intersexuelle Fische finden, konnte gezeigt werden, dass männliche Elritzen, die über ein Jahr lang einer Dosis Metformin ausgesetzt waren, deren Höhe der in Abwässern vorkommenden Dosis entspricht, genetische Veränderungen in den Gonaden entwickelten, die mit dem Grad an Intersexualität korrelierten (Niemuth et al. 2018). In der Pharmazie als für die Medikamentenversorgung primär zuständige Profession führen diese Erkenntnisse mittlerweile zu Überlegungen zu einer nachhaltigeren Medikamentenversorgung (Müller et al. 2019).

## Arzneimittel im Krankenhaus

Die Durchführung und Überwachung der ärztlich verordneten Arzneimitteltherapie ebenso wie das Verwerfen von Medikamenten bei Anordnungsänderungen oder Einnahmeverweigerung ist als fester Bestandteil des Alltags in Gesundheitseinrichtungen Aufgabe von Pflegefachkräften. Vor diesem Hintergrund stellte sich die Frage, inwieweit bei Pflegenden ein Umweltbewusstsein in Bezug auf Entsorgungsfragen dieser Substanzen besteht.

Arzneimittelkunde und Ökologie sind lt. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zu lehren (z. B. Rahmenlehrplan Brandenburg, MASGF Brandenburg 2008). Ob Entsorgungsfragen und ökologische Aspekte von Arzneimitteln in der notwendigen Konkretion bisher berücksichtigt wurden, ist fraglich und wäre Gegenstand einer separaten Untersuchung. Eine kursorische Sichtprüfung von im Internet zugänglichem Lehrmaterial zur Krankenpflegeausbildung im Vorfeld des Projekts zeigte, dass Entsorgungsfragen kaum thematisiert werden. Einschlägige Publikationen des Umweltbundesamtes und des Bundesumweltministeriums adressieren als Fachpersonal lediglich Ärzte und Apotheker und vernachlässigen systematisch die Rolle der Pflegefachkräfte (z. B. Ebert et al. 2014; Hillenbrand et al. 2014).

Auch die Verfügbarkeit von Daten zur Medikamentenentsorgung in Krankenhäusern ist schlecht. Einen ersten Anhaltspunkt zur Quantifizierung der Problematik geben Lauterbach et al., die Stellfehler in Pflegeheimen untersucht haben und eine Quote



von 1,3% Stellfehlern bei 48.512 überprüften Medikamenten bzw. 7,3% der überprüften Tagesdosen fanden (Lauterbach et al. 2007). Allerdings sind Medikationsbedingungen im Pflegeheim nur eingeschränkt mit denen im Krankenhaus vergleichbar. Insgesamt kann also Handlungsbedarf vermutet und die Frage gestellt werden, wie die Entsorgung von Medikamenten in der Pflegepraxis gehandhabt wird.

## RKM in der Umwelt

RKM als spezielle Gruppe von Arzneimitteln werden ausschließlich in medizinischen Einrichtungen zur Gefäß- und Organdarstellung verwendet. Ihre Wirkung beruht auf der Absorption von Röntgenstrahlung. In Deutschland werden ca. 500 t/a RKM eingesetzt (Ahting et al. 2017), etwa die Hälfte davon in Krankenhäusern (Stieber 2011). RKM werden nicht verstoffwechselt und innerhalb von bis zu 24 Stunden nach Anwendung über Darm oder Niere unverändert ausgeschieden. Ihre Stabilität als medizinisch erwünschte Eigenschaft wird in der Abwasseraufbereitung zum Problem, da in Kläranlagen viele RKM nur schwer eliminiert werden können und so in größeren Mengen fast unverändert in die Gewässer gelangen.

RKM (Tabelle 1) sollten grundsätzlich nicht in das Abwasser gelangen, da selbst mit der vierten Reinigungsstufe in Kläranlagen nur wenige Verbindungen eliminiert werden können (Ahting et al. 2017). Die hohe Polarität und Persistenz der RKM führt zur Gewässerbelastung durch Krankenhäuser und Arztpraxen (Jekel 2006; Schuster 2006). In die Umwelt gelangen sie durch Lecks im Kanalnetz und durch Einleitung in Gewässer nach Kläranlagenbehandlung (Schulte-Oehlmann et al. 2007).

Einzelne RKM werden im Zulauf von Kläranlagen nur unter der Woche gefunden. Zulaufkonzentrationen der RKM liegen im Mittel über 10 µg/L (Vogel 2014). Experimentell wurde eine RKM-Eliminationsleistung von Kläranlagen von 8% bezogen auf adsorbierbares organisches Iod (AOI) bestimmt, während andere Quellen von 75% bis zu 90% Elimination von RKM angeben (Püttmann et al. 2008). Insbesondere Amido-trizoesäure ist in Kläranlagen schlecht adsorbierbar (Vogel 2014). Die Entfernraten einiger RKM durch biologische Abwasserreinigung liegen zwischen 10% für Iopamidol mit biologischer Reinigung und bis zu 95% für Iopromid durch biologische Reinigung mit Pulveraktivkohle (Rößler 2019). Aktivkohlefiltration und Ozonierung kommen nicht nur bei der weitergehenden Abwasserreinigung (Schulte-Oehlmann et al. 2007), sondern auch zur Trinkwasseraufbereitung zum Einsatz. Wegen der geringen Adsorptionsneigung von RKM stellt deren vollständige Entfernung auch hier eine Herausforderung dar (Püttmann et al. 2008).

Im Rahmen eines Messprogramms einer kommunalen Kläranlage in Halle/Westfalen wurden RKM im Kläranlagenablauf analysiert. Verglichen mit den Ablaufwerten anderer dreistufiger Kläranlagen waren die Konzentrationen von Iomeprol und Amido-trizoesäure auffällig hoch. Der Wert für Iomeprol sei „12mal höher als der Referenzwert der Vergleichskläranlagen“. Untersuchungen an einem Trockenwettertag und einem Regentag ergaben weitere starke Überschreitungen des Orientierungswertes

(Ökologisches Qualitätskriterium) um das acht- bis 74-fache (Dahlem 2016; Püttmann et al. 2008). Im Gegensatz dazu stellt ein Monitoringbericht für Spurenstoffe aus Kläranlagen in Baden-Württemberg bei „Kläranlagen mit starker Prägung des Abwassers durch Gesundheitseinrichtungen [...] keine besonderen Belastungen durch [...] Röntgenkontrastmittel“ fest (Rau et al. 2017). Untersuchungen in deutschen Fließgewässern zeigen, dass Rückstände von Iopamidol, Iopromid und Iomeprol als ubiquitär verbreitet gelten können. Zu den in Baden-Württemberg am häufigsten im Grund- und Oberflächenwasser nachgewiesenen RKM zählen Iopamidol, Iomeprol und Amidotrizoesäure (Schulte-Oehlmann et al. 2007). Diese in höchsten Konzentrationen auftretenden iodhaltigen RKM werden oft als Indikatorsubstanzen für den Nachweis der Gewässerbelastung verwendet. Im Rhein steigen die Konzentrationen entlang des Fließweges bis maximal 1,3 µg/L an (IKSR 2010).

Die Ökotoxizität von RKM ist umstritten (Schuster 2006). RKM werden oft als „harmlos“ bezeichnet (Stieber 2011)<sup>4</sup>. Sie sind persistent, hydrophil und mobil, jedoch für aquatische Organismen bis zu Konzentrationen im Bereich von g/L nicht toxisch. Allerdings können toxische Chlorungsprodukte entstehen, was insbesondere für die Trinkwassergewinnung problematisch ist (Ahting et al. 2017). Organische Spurenstoffe gelten bei der Trinkwasseraufbereitung als Gefährdung für die Rohwasserqualität (Koester et al. 2012) und können zu einem deutlich erhöhten Aufwand bei der Trinkwassergewinnung führen. Bei Iopamidol erfolgt eine Minderung lediglich um etwa 50% durch die Bodenpassage (Brauch et al. 2007); Iopamidol und auch Diatrizoat sind daher bereits in Trinkwasserproben nachweisbar (Schulte-Oehlmann et al. 2007). Zwar liegen noch keine verbindlichen Umweltqualitätsnormen für RKM vor, die Leitwerte für Oberflächengewässer der europäischen Trinkwasserversorger werden jedoch von Substanzen wie Iopamidol und Iomeprol bereits überschritten (Ahting et al. 2017). Weitergehende rechtlich bindende Anforderungen sind auf Basis der EU-Anforderungen für die Wiederverwendung von Abwässern zu erwarten (Europäische Union 2020).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass RKM nur unter hohem Aufwand mit bestenfalls mäßigem Erfolg aus dem Abwasser entfernbar sind, während gleichzeitig ihr Eintrag zeitlich und örtlich gut eingegrenzt werden kann. Daher werden gerade für RKM „Maßnahmen im Bereich des Gebrauchs- und Entsorgungsverhaltens“ empfohlen (Pinnekamp et al. 2009, S. vi).

## Einsatz von RKM

RKM werden intravaskulär, oral oder rektal appliziert. Bevorzugt werden nicht-ioni-sche RKM wegen des geringeren Gehaltes an freiem Iod und damit einer geringeren Schilddrüsenbelastung eingesetzt (Metzger et al. 2012). Etwa 30 Präparate mit gleicher

<sup>4</sup> Für im MRT verwendete RKM auf Gadolinium (Gd)-Basis wird das deutlich kritischer gesehen, da Gd in der Abwasserbehandlung kaum entfernbar ist, ins Trinkwasser gelangt, sich im Gewebe anreichert und im Verdacht steht, an der nephrogenen systemischen Fibrose beteiligt zu sein (Niederste-Hollenberg et al. 2018).

Wirkstoff	Handelsname	Anwendungsgebiete (Auswahl)	Entsorgungshinweise des Herstellers lt. Fachinformation, Stand
Amidotrizoesäure, Amidotrizoat	Gastrolux, Gastrografin	Bildgebung in Bauchraum, Gallenwegen und Gelenken	keine Jan. 2019, April 2019
Iomeprol	Imeron	i.v. Urographie, Phlebographie, Computertomographie (CT), Angiographie, endoskopische retrograde Cholangio-Pankreatikographie (ERCP), retrograde Urethrographie	Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu entsorgen. Aug 20
ethiodiertes Öl	Lipiodol-Ultra-Fluid	Darstellung des Lymphsystems, Darstellung und Lokalisierung des hepatozellulären Karzinoms	Entsprechend den nationalen Anforderungen zu entsorgen. Dez 17
Iodixanol	Visipaque	Angiographie, Urographie, Venographie, Kontrastverstärkung bei CT, Myelographie, ERCP	Die in einem Untersuchungsgang nicht verbrauchte Kontrastmittellösung ist zu verwerfen. Dez 17
Iohexol	Accupaque	Angiographie, CT, i.v. Urographie, intrathekale Anwendungen	Alle nicht verwendeten Reste sind zu verwerfen. Apr 15

Tab. 1: Häufig verwendete RKM auf Iodbasis (Fachinformation der Hersteller)

Grundstruktur (iodsubstituierter Benzolring) kommen in der Bildgebung zum Einsatz, meist in Radiologie und Kardiologie. Handelsnamen sind Gastrolux, Imeron, Lipiodol-Ultra-Fluid, Visipaque, Accupaque (Tabelle 1) mit Iod-Konzentrationen zwischen 180 und 400 mg/mL.

Die Menge iodorganischer RKM beträgt durchschnittlich 27g Iod/Anwendung und kann bis zu 300g Iod/Anwendung erreichen. Im Urin liegt die Konzentration bei etwa 20 bis 70g Iod/L, wovon in den ersten vier Stunden nach der Untersuchung ca. 60% ins Abwasser gelangen (Schuster 2006). Die Bestimmung täglicher RKM-Verbrauchsmengen im Krankenhaus stößt auf organisatorische Schwierigkeiten, weshalb in der Regel mit Jahreswerten gearbeitet wird (Hoffmann 2019). Eine Erhebung in der Charité ergab 883kg Iod bei ca. 8.000 Patienten jährlich, in einem kleineren Krankenhaus 41 kg/a bei 780 Patienten (Heinzmann 2006).

Iodhaltige RKM sind eine relevante Ursache adsorbierbarer organischer Halogenverbindungen (AOX) im Krankenhausabwasser (Schuster 2006). Messungen und Berechnungen erbrachten Werte von bis zu 0,94mg/L AOX im Abwasser, womit die Einleitwerte von Krankenhäusern für AOX überschritten werden können (Erbe et al. 1998). Messungen in einer Universitätsklinik im Jahr 2011 ergaben einen Anteil von 78Gew.-% durch iodorganische RKM an der Gesamt-AOX-Konzentration im Ablauf des Krankenhauses. Halogeneinträge erfolgen daneben auch durch halogenhaltige Reinigungs- und Desinfektionsmittel wie Natriumhypochlorit, Laborchemikalien oder andere Arzneimittel (Hoffmann 2019). Grundsätzlich sind diese Abwässer stark

von Krankenhausstrukturen wie Leistungsspektrum, Bettenzahl und Versorgungsprozessen abhängig, so dass z. B. klare Tages- und Wochengänge bei der Emission von RKM gefunden werden können, die auch im Zulauf der Kläranlagen sichtbar sind. Man nimmt an, dass ca. 2/3 der insgesamt applizierten Iodmenge im Krankenhaus in den Abwasserpfad gelangt, dies entspricht grob dem Verhältnis der stationären zu ambulanten Untersuchungen (Hoffmann 2019).

Neben den durch Ausscheidung anfallenden RKM, die hier nicht weiter betrachtet werden sollen, fallen Restmengen aus angebrochenen Infusionsflaschen an, die sofort oder spätestens am Ende des Arbeitstages zu verwerfen sind. Dabei sind Entsorgungshinweise der Hersteller meist sehr unspezifisch (Tabelle 1). Fraglich ist daher, ob für flüssige RKM-Reste gesonderte Entsorgungswege existieren oder ob die Entsorgung im Zuge der Glas-Getrennterfassung erfolgt, die die vollständige Restentleerung der Gebinde erfordert. Eine Befragung radiologischer Praxen im Vorfeld des Projektes ergab hierzu ein durchschnittlich verworfenes RKM-Volumen von 40ml/Tag und Einrichtung (Niederste-Hollenberg et al. 2018). Erfolgt dies über das Waschbecken, was naheliegend ist, liegt hier eine weitere eliminierbare Quelle für den Eintrag von RKM in das Abwasser vor.

## Ziel und Fragestellung

In dem studentischen Projekt sollte von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege als Schnittstelle zur Anwenderseite die Entsorgungssituation von Arzneimitteln im Krankenhaus näher untersucht werden. Ziel war eine Exploration der Lage, um aus Sicht der Pflegefachkräfte Ansätze für ökologisch korrekte und praktikable Handlungsempfehlungen zu gewinnen bzw. Fortbildungsbedarf zu identifizieren. Dazu wurden die folgenden Themen von jeweils einer Studierendengruppe unter der Forschungsfrage, wie in der Krankenhauspraxis mit flüssigen Arzneimittelresten im Entscheidungsbereich von Pflegefachkräften umgegangen wird, bearbeitet.

### Thema 1: Umgang mit Medikamenten

In Krankenhäusern fallen Stoffe mit spezifischen Entsorgungserfordernissen an. Zentrale Fragen sind: Wo bzw. warum werden Arzneistoffe über das Abwasser (Toilette, Handwaschbecken) entsorgt? Die Aufgabenstellung umfasste die Konzeption und Durchführung einer Befragung von Pflegekräften im Krankenhaus zum Umgang mit zu entsorgenden flüssigen und festen Medikamenten.

### Thema 2: Umgang mit RKM

Die Aufgabenstellung zu RKM umfasste die Konzeption und Durchführung einer Befragung von Pflegekräften im Krankenhaus zum Umgang mit entsorgungspflichtigen RKM-Resten: Wie oft fallen diese an und wie werden diese entsorgt?

## Methoden und Durchführung

Im Juli 2018 wurden die Studierenden im Sinne des „Forschenden Lernens“ (Huber 2009) in das Projekt eingeführt und unter Verwendung von Standardwerken der (Pflege-)forschung (z. B. Mayer 2007; Atteslander 2010) und Projektinformationen (Niederste-Hollenberg et al. 2018) ein Untersuchungsplan erarbeitet. Aspekte von Forschungsethik, Datenschutz, Anonymität und Freiwilligkeit wurden berücksichtigt, der verantwortliche Umgang mit Forschungsdaten vermittelt. Von der Dozentin wurden die Pflegedirektoren der Projektkrankenhäuser in Bezug auf Teilnahmebereitschaft und notwendige Genehmigungen kontaktiert. Projektkrankenhäuser waren drei Häuser unterschiedlicher Versorgungsstufen in Süddeutschland mit insgesamt ca. 2300 Betten, die ausgewählt wurden, da die Studierenden hier den fachschulischen und praktischen Teil des Studiums absolvieren. Auf Basis weiterer Literaturliteraturarbeit wurden von Studierendengruppen unter Anleitung mittels einfacher deskriptiver Statistik auswertbare Fragebögen erstellt und einem Prätest unterzogen. Der Fragebogen bestand aus geschlossenen Fragen zum Ankreuzen und Freitextfeldern zur Spezifizierung für „sonstiges“. Die Studierenden leisteten die Koordination und Information der Beteiligten weitgehend selbstständig und führten die Befragung auf den in Abstimmung mit den Pflegedienstleitungen ausgewählten Stationen der Inneren Medizin und der Psychiatrie durch. Im August 2018 lag die Ergebnisdokumentation der Studierenden vor.

## Ergebnisse

### Thema 1: Umgang mit Medikamenten

Von 230 verteilten Fragebögen wurden 127 von Pflegekräften der Examensjahre 1978 bis 2017 (Mittelwert Berufserfahrung 15,4 Jahre (SD±11,2) Median 11,5) ausgefüllt (Rücklauf 55,2%).

Die Kenntnis zur Umweltproblematik wurde mit der Frage „Ist Ihnen eine Umweltproblematik in Bezug auf die Entsorgung von Arzneistoffen bekannt?“ von 74% (n=94) bejaht. Zur ergänzenden offenen Frage, welche Umweltproblematiken bekannt seien, wurden 102 Angaben gemacht, davon 68 zur Gewässerbelastung (Grund-/Trink-/Abwasser), 14 zu Antibiotikaresistenzen sowie Gefährdungen durch Hormone oder Zytostatika und zehn zu Umweltgefährdungen allgemein durch Rückstände/Abbauprodukte. 26% der Befragten gaben an, eine Schulung zum Thema bekommen zu haben.

Die Gründe für die Entsorgung („Aus welchem Grund werden diese Medikamente Ihrer Einschätzung nach am häufigsten verworfen?“) zeigt Tabelle 2. Mit 26% der häufigste Grund für die Entsorgung von Medikamenten war die Einnahmeverweigerung, gefolgt von „abgesetzt“ mit 23% und mit 18% „Patient entlassen“.

Von besonderem Interesse waren die Entsorgungswege. („Wenn sich beim Richten oder Kontrollieren von Medikamenten Änderungen oder Verunreinigungen ergeben,

Entsorgungsgründe (n=234)	n	%
Einnahmeverweigerung	60	25,6
abgesetzt	54	23,1
Patient entlassen	42	17,9
Kontamination	33	14,1
falsche Dosierung	18	7,7
falsches Medikament gerichtet	18	7,7
doppelt gerichtet/sonstiges	9	3,8

Tab. 2: Entsorgungsgründe für Medikamente (Mehrfachangaben, Abweichung zu 100% durch Rundungsungenauigkeit)

wie entsorgen Sie in der Regel folgende Medikamente?“ Hier wurde zwischen Applikationsarten bzw. nach pharmakologischen Eigenschaften (mit/ohne Wirkstoff) unterschieden (Tabelle 3), da angenommen wurde, dass flüssige und feste Medikamente unterschiedlich entsorgt werden. Interessant ist daher vor allem der Umgang mit Flüssigkeiten sowie dem Betäubungsmittelgesetz unterliegende Medikamente (BTM), die speziell kontrollbedürftig sind. Da die Ansicht, dass Apotheken Medikamente zurücknehmen, immer noch recht weit verbreitet ist, wurde diese Option als weitere Antwortmöglichkeit angeboten.

	Restmüll		Waschb/WC		Kanülenabwurf		Rücks. an Apotheke		sonst./k.A		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tabletten	106	57,5	61	0	0	15,1	16	23,6	25	3,8	4
Tropfen	118	41,5	49	43,2	51	1,7	2	11,9	14	1,7	2
Infusion mit Wirkstoff	122	41	50	30,3	37	3,3	4	22,1	27	3,3	4
Infusion ohne Wirkstoff	122	31,1	38	50,8	62	3,3	4	13,1	16	1,6	2
Injektionslösung	119	33,6	40	16,8	20	29,4	35	18,5	22	1,7	2
BTM Tabletten	117	17,9	21	12	14	23,1	27	41,9	49	5,1	6
BTM Tropfen/Injektionslösung	119	13,4	16	25,2	30	22,7	27	36,1	43	2,5	3
Summe	823	33,4	275	26	214	14	115	23,8	196	2,8	23

Tab. 3: Entsorgungswege bezogen auf Applikationsart (Zeilensumme=100%)

Die Verteilung der Entsorgungswege nach Applikationsart zeigt ebenfalls Tabelle 3. Die Mehrfachnennungen mit insgesamt 823 Angaben ergeben ein differenziertes Bild der Entsorgungswege: Medikamente werden in einem Drittel (33,4%) über den Restmüll entsorgt, in 26 % wird der Abwasserweg und in 14% der Kanülenabwurf gewählt, in 23,8% wird Rücksendung an die Apotheke angegeben.

Feststoffe (Tabletten) werden mit 57,5% der Fälle überwiegend über den Restmüll entsorgt (Tabelle 3), während Infusionslösungen ohne Wirkstoff zu 50,8% in das Abwasser gelangen. Die Mehrheit der Infusionslösungen mit Wirkstoff kommt in den Rest-

müll, mit 30,3% wird zu einem Drittel der Fälle über das Abwasser entsorgt. BTM werden vermehrt an die Apotheke zurückgeschickt. Aus den Antworten geht hervor, dass hier auch das WC zur Entsorgung gewählt wird (handschriftlich ergänzt „unter Aufsicht“). Die Abwasserwege werden also vor allem für flüssige Medikamente (Tropfen/Infusionen) genutzt, und bei BTM entsorgt man aus Sicherheitsgründen zur Vermeidung von Missbrauch über das Waschbecken bzw. WC (handschriftlich ergänzt „BTM-Tabletten gemörsert ins Klo“).

Neben den Wegen hat vor allem die Entsorgungshäufigkeit Einfluss auf potenzielle Umweltschäden. („Wie oft werden diese Medikamente Ihrer Einschätzung nach durchschnittlich verworfen?“) Üblicherweise wird nach der Visite die Medikamentenanordnung vom Pflegedienst bearbeitet und ggf. umgestellt. Dort, wo Medikamente vom Spät- oder Nachtdienst für den folgenden Tag gestellt und morgens verteilt werden, bedeutet das, dass bei jeder am Vormittag erfolgten Verordnungsänderung die gestellten Medikamente entfernt, ergänzt, ausgetauscht und ggf. entsorgt werden müssen. Für Infusionen gilt dasselbe, hier kommt als weiterer Entsorgungsgrund die begrenzte Haltbarkeit von gerichteten Infusionen hinzu, die u. U. zu verwerfen sind, wenn sie nicht sofort verabreicht werden konnten.

In 43,1% der Fälle werden Medikamente mehrmals täglich bis 1 mal wöchentlich verworfen (Tabelle 4). Bei Vernachlässigung der nur unter strenger Indikationsstellung verabreichten BTM läge der Wert bei 55,6%. Das Verwerfen von Tabletten ist mit 84,6% (mehrmals täglich bis 2-3x/Wo) an der Tagesordnung, gefolgt von Tropfen (58,9%) und Infusionen (mit Wirkstoff 26%, ohne Wirkstoff 24,6%) und Injektionslösungen (20,3%). Auch hier fallen die BTM nicht besonders ins Gewicht.

Thema 2: Umgang mit RKM

Diese Studierendengruppe hatte auf die Erhebung demografischer Daten verzichtet und die Fragen nach Entsorgungswegen und -gründen sowie Kenntnissen zur Umwelt-

Entsorgungshäufigkeit	mehrmals tägl.		tägl.		2-3x/Wo.		1x/Wo.		2x/ Monat		seltener/ k.A.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tabletten	124	17,7	22	28,2	35	38,7	48	8,1	10	3,2	4	4	5
Tropfen	124	7,3	9	25	31	26,6	33	13,7	17	5,6	7	21,8	27
Infusion mit Wirkst	123	2,4	3	7,3	9	16,3	20	11,4	14	7,3	9	55,3	68
Infusion ohne Wirkst	126	3,2	4	7,9	10	13,5	17	14,3	18	6,3	8	54,8	69
Injektionslösung	123	0,8	1	6,5	8	13	16	16,3	20	5,7	7	57,7	71
BTM Tabl.	124	0	0	1,6	2	0,8	1	8,1	10	7,3	9	82,3	102
BTM Tropfen/ Injektionslg.	124	0	0	1,6	2	4,8	6	6,5	8	4	5	83,1	103
Summe	868	4,5	39	11,2	97	16,2	141	11,2	97	5,6	49	51,3	445

Tab. 4: Entsorgungshäufigkeit, bezogen auf Applikationsarten (Prozentang. bez. auf Applikationsart, Zeilensumme=100%)



belastung relativ knapp gehalten. Durch die direkte Ansprache von Pflegefachkräften in radiologischen Abteilungen bzw. Stationen der Nuklearmedizin zweier Krankenhäuser wurden 40 ausgefüllte Fragebögen gewonnen, wobei durch die direkte Ansprache Stichprobe und Rücklauf identisch waren.

Häufigkeit von Untersuchungen mit RKM (n=26)	n	%
mind. 1x/Schicht	5	19,2
mind. 1x/Tag	4	15,4
mind. 1x/Woche	1 3	50
seltener	4	15,4

Tab. 5: Häufigkeit der RKM-Verwendung

26 der 40 Befragten gaben an, auf ihrer Station mit RKM zu arbeiten. („Werden auf Ihrer Station/Abteilung Röntgenkontrastmittel (RKM) verabreicht?“) Die Häufigkeit, mit der Untersuchungen unter Verwendung von RKM auf der Station stattfinden, wurde angegeben mit mindestens einmal pro Schicht bis hin zu mindestens einmal wöchentlich, so dass auch hier von einer quantitativen Relevanz ausgegangen werden kann (Tabelle 5).

Abwasserbelastung durch RKM (n=26)	n	%
ja, habe mich bereits damit beschäftigt	0	0
ja, habe schon davon gehört	8	31
Nein	18	69

Tab. 6: Kenntnis der RKM-Abwasserproblematik

Die Frage: „Haben Sie sich schon einmal über Abwasserbelastung durch Röntgenkontrastmittel Gedanken gemacht?“ beantworteten 69% (n=18) der Befragten mit nein (Tabelle 6).

Die einzige im Freitext notierte Aussage zeigt Interesse an der Problematik: „Habe ich mir leider noch nie Gedanken gemacht, eine Schulung diesbezüglich von Mitarbeitern wäre von Vorteil. Da viele nicht wissen was RKM überhaupt ist und was es mit der Umwelt macht“.

Entsorgungsweg (n=33)	n	%
Waschbecken	17	52
Toilette	4	12
Restmüll	3	9
Glasmüll	4	12
Sondermüll	0	0
keine Reste	5	15

Tab. 7: Entsorgungswege von RKM-Resten (Mehrfachangaben)

Die Frage nach den Entsorgungswegen („Wie entsorgen Sie in der Regel RKM-Reste?“) zeigt, dass die Problematik der Wasserbelastung hier tatsächlich nicht präsent zu sein scheint, denn RKM-Reste werden von 64% der Befragten über den Abwasserpfad entsorgt (Tabelle 7).

## Diskussion

Diese nach unserer Kenntnis erste explorative Studie zur Arzneimittelentsorgung aus Sicht der Pflege zeigt klaren Handlungsbedarf: Pflegefachkräfte sind sich der Abwasserbelastung zwar bewusst und haben Vorstellungen über die Wirkungen. Auch wird eher über den Restmüll entsorgt, wo Kenntnisse zur Abwasserbelastung vorhanden sind. Trotzdem werden von 26% der Befragten Medikamente über das Abwasser entsorgt. Während wirkstofffreie Infusionen wie z. B. NaCl oder Ringerlösung aufgrund ihrer physiologischen Zusammensetzung eher unkritisch sind, besteht Handlungsbedarf bei wirkstoffhaltigen Applikationen: 26% der zu Arzneimittel allgemein Befragten geben an, Infusionen mit Wirkstoff mehrmals täglich bis 2-3x/Woche zu verwerfen. Die meist flüssigen RKM-Reste werden von zwei Drittel der zu RKM Befragten über das Abwasser entsorgt.

Die Befragung zeigt auch, dass Medikamentenentsorgung zu einem relevanten Anteil vermeidbar ist. Wenn mit 26% der häufigste Grund für die Entsorgung Einnahmeverweigerung ist, verweist das auf Compliance-Fragen und Beratungsbedarf. Das ist nicht nur unter Umweltaspekten, sondern auch für die Pflege- und Versorgungsqualität relevant. Das Absetzen von Medikamenten (23%) als eher medizinische Frage dürfte seltener vermeidbar sein und verweist auf das Potenzial interprofessioneller Kooperation. Dass trotz bereits festgesetzter Entlassung (18%) noch Medikamente gestellt werden, zeigt Optimierungspotenzial in der Stationsorganisation. So könnte mehr als die Hälfte der Entsorgungsfälle vermieden werden, während unvermeidbare Medikamentenabfälle durch die Müllverbrennung von Restabfall schadlos beseitigt werden (Siegert et al. 2020).

## Limitationen

Bei den Befragten handelte es sich um eine Gelegenheitsstichprobe aus Pflegefachkräften in Krankenhäusern, zu denen ein guter Zugang bestand. Damit gibt die Studie erste Hinweise auf Handlungsbedarf, ohne Anspruch auf Repräsentativität zu erheben. Ihre Relevanz konnte jedoch durch mehrere Fachgespräche mit Ärztinnen und Pflegefachkräften im Nachgang erhärtet werden und ist durch die Messungen der Umweltanalytik gedeckt.

Die Ergebnisse entstanden in einem Prozess des forschenden Lernens an einer Hochschule und spiegeln den Prozess der Erkenntnisentstehung der Studierenden wider. Ziel war eine orientierende quantitative Einschätzung der Medikamentenentsorgung im Krankenhaus. Zu den Limitationen zählt der Bias durch subjektive Einschätzungen, die von objektiv messbaren Sachverhalten abweichen können. Eine präzisere Erfassung war mit den vorgegebenen Ressourcen nicht realisierbar. Von Vorteil kann sein, dass möglicherweise nicht auf soziale Erwünschtheit hin geantwortet wurde, da die Befragung vom Berufsnachwuchs durchgeführt wurde. Mit einem Rücklauf von insgesamt 62% wurde ein gutes Ergebnis erreicht, obwohl Instrumententwicklung und Stichprobengröße durch die Limitation auf eine Veranstaltung mit 2 SWS begrenzt waren.

## Schlussfolgerungen

Grundsätzlich sollte in der Pflegeaus- und Fortbildung die Relevanz des umweltgerechten Umgangs mit Medikamenten vermittelt werden. Auch sind Pflegefachkräfte herausgefordert, sich an der Entwicklung von Handlungsabläufen zur Medikamentenentsorgung aktiv zu beteiligen. Daneben zeigt die Arbeit Schulungs- und Beratungsbedarf sowohl zum korrekten Umgang mit Medikamenten als auch zur Prävention, um den Medikamentenverbrauch grundsätzlich zu reduzieren. Exemplarisch sei das bei Diabetes Typ 2 eingesetzte Metformin genannt, dessen Reste und Metabolite weltweit im Abwasser zu finden sind und endokrine, bisher nicht vollständig verstandene Wirkungen auf das Ökosystem haben (Niemuth et al. 2018). Bei einer Lebenszeitprävalenz von bis zu zehn Prozent der Bevölkerung und Zunahme des Risikofaktors Adipositas (BÄK et al. 2021) besteht hier interprofessionell zu adressierender Präventionsbedarf, um Diabetes gar nicht erst entstehen zu lassen und damit auch den Medikamentenbedarf und -eintrag in das Abwasser zu reduzieren.

## Fazit

Die Verringerung umweltrelevanter Schadstoffemissionen wird in Deutschland bereits seit einigen Jahren, u. a. im Rahmen der „Spurenstoffstrategie des Bundes“ (BMUB/UBA 2017) verfolgt. Während sich die Abwassertechnik bereits seit Jahren intensiv mit der Entsorgung von Medikamenten befasst, wird die Thematik von den Anwendern im Krankenhaus bisher relativ wenig wahrgenommen. Einträge lassen sich nutzerseitig mit wenig Aufwand durch Bewusstseinsbildung und adaptierte Entsorgungsroutinen verringern. So stellen Maßnahmen zur Emissionsminderung von Medikamenten aus Krankenhäusern über den Wasserpfad ein wichtiges Beispiel für diesen anwendungsorientierten Ansatz dar. Nur mit der multidisziplinären Kombination aus Vermeidung, Verminderung und Beseitigung kann eine nennenswerte Umweltentlastung erreicht werden.

Daher war das Ziel dieses Beitrags die orientierende Darstellung, wie im Krankenhausalltag von Pflegefachkräften mit flüssigen Arzneimittelresten umgegangen wird. Die Arbeit konnte zeigen, dass Pflegenden über grundsätzliches Problembewusstsein bezüglich der Umweltrelevanz flüssiger Arzneimittel verfügen. Allerdings mangelt es bei der Umsetzung umweltgerechten Verhaltens, wenn bis zu zwei Drittel der Befragten angeben, Medikamente über das Abwasser zu entsorgen. Eine Änderung erfordert hier sowohl Schulungen als auch Abläufe und Strukturen, die eine vom Abwasserpfad separate Entsorgung von Arzneimitteln durch die innerbetriebliche Logistik sicherstellen (Hoffmann 2019). Maßnahmen für die Flüssig-Medikamentenentsorgung wären z. B. Absorber-gefüllte Sammelbehälter am Pflegearbeitsplatz zur Getrenntfassung und deren Integration in Handlungsleitlinien.

## Literatur

- Adler, N./Balzer, F./Blondzik, K./Brauer, F./Chorus, I./Ebert, I./Fiedler, T./Grummt, T./Heidemeier, J./Hein, A./Helmecke, M./Hilliges, F./Kirst, I./Klasen, J./Konradi, S./Krause, B./Küster, A./Otto, C./Pirntke, U./Roskosch, A./Schönfeld, J./Selinka, H.-C./Szewzyk, R./Westphal-Settele, K./Straff, W. (2018): Antibiotika und Antibiotikaresistenzen in der Umwelt. Hintergrund, Herausforderungen und Handlungsoptionen. Dessau-Roßlau: [www.umweltbundesamt.de/publikationen](http://www.umweltbundesamt.de/publikationen) [Stand: 2021-08-17]
- Ahting, M./Brauer, F./Duffek, A./Ebert, I./Eckhardt, A./Hassold, E./Helmecke, M./Kirst, I./Krause, B./Lepom, P./Leuthold, S./Mathan, C./Mohaupt, V./Moltmann, J.F./Müller, A./Nöh, I./Pickl, C./Pirntke, U./Pohl, K./Rechenberg, J./Suhr, M./Thierbach, C./Tietjen, L./Von der Ohe, P./Winde, C. (2017): Empfehlung zur Reduzierung von Mikroverunreinigungen in den Gewässern. Dessau-Roßlau: [www.umweltbundesamt.de/publikationen](http://www.umweltbundesamt.de/publikationen) [Stand: 2020-01-03]
- Atteslander, P. (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2021): Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes, 2. Aufl. Version 1. 2021 [Stand: 2021-08-17]. DOI: 10.6101/AZQ/000475 [www.leitlinien.de/diabetes](http://www.leitlinien.de/diabetes)
- BMUB/UBA (2017): Policy-Paper Empfehlungen des Stakeholder-Dialogs »Spurenstoffstrategie des Bundes« an die Politik zur Reduktion von Spurenstoffeinträgen in die Gewässer. Hillenbrand, T.; Tettenborn, F.; Bloser, M. (Hg.). Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit/Dessau: Umweltbundesamt
- Brauch, H.-J./Sacher, F. (2007): Arzneimittelrückstände und andere Mikroverunreinigungen. Quellen, Eintragspfade und Vorkommen im Rhein. Vortrag IKS-R-Workshop 23./24.05. 2007 [Stand: 2020-09-24]
- Dahlem (2016): Studie zur Spurenstoffelimination auf der Kläranlage Brandheide. Kurzbericht Brandheide LANUW. [https://www.lanuv.nrw.de/fileadmin/tx\\_mmkresearchprojects/Kurzbericht\\_Brandheide.pdf](https://www.lanuv.nrw.de/fileadmin/tx_mmkresearchprojects/Kurzbericht_Brandheide.pdf)
- Ebert, I./Amato, R./Hein, A./Konradi, S. (2014): Arzneimittel in der Umwelt – vermeiden, reduzieren, überwachen. UBA, Fachgebiet IV 2.2 Arzneimittel, Wasch- und Reinigungsmittel, Dessau-Roßlau, [www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/378/publikationen/01.08.2014\\_hintergrundpapier\\_arzneimittel\\_final\\_.pdf](http://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/378/publikationen/01.08.2014_hintergrundpapier_arzneimittel_final_.pdf) [Stand: 2019-09-15]
- Emara, Y./Lehmann, A./Siegert, M.W./Finkbeiner, M. (2018): Modeling pharmaceutical emissions and their toxicity-related effects in life cycle assessment (LCA): A review. Integrated Environmental Assessment and Management. doi.org/10.1002/ieam.4100
- Erbe, T./Kümmerer, K./Gartiser, S./Brinker, L. (1998): Röntgenkontrastmittel, Quelle für die AOX-Belastung des Abwassers durch Krankenhäuser. RoFo: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 169, 420–423
- Europäische Union (2020): Verordnung (EU) 2020/741 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Mai 2020 über Mindestanforderungen an die Wasserwiederverwendung.
- Heinzmann, B. (2006): Getrennte Erfassung von jodorganischen Röntgenkontrastmitteln in Berliner Krankenhäusern - Phase 1: Machbarkeitsstudie. RKM-Workshop am 27. März 2006 Kompetenzzentrum Wasser Berlin
- Hillenbrand, T./Tettenborn, F./Menger-Krug, E./Marscheider-Weidemann, F./Fuchs, S./Toshovski, S./Kittlaus, S./Metzger, S./Tjoeng, I./Wermter, P./Kersting, M./Abegglen, C. (2014): Maßnahmen zur Verminderung des Eintrages von Mikroschadstoffen in die Gewässer. <http://www.umweltbundesamt.de/publikationen/massnahmen-zur-verminderung-des-eintrages-von>. Texte 85/2014. Hg. UBA, UBA-FB 002037
- Hoffmann, M. (2019): Untersuchungen von AOX- und CSB-Emissionen im Abwasser des Universitätsklinikums Jena am Standort Lobeda. gwf - Wasser, Abwasser. Das Gas- und Wasserfach 160, 63–71.
- Huber, L. (2009): Warum Forschendes Lernen nötig und möglich ist. In: Huber, L./Hellmer, J./Schneider, F. (Hrsg.): Forschendes Lernen im Studium. Bielefeld: Universitätsverlag Weblar, 9–35

- IKSR (2010): Auswertungsbericht Röntgenkontrastmittel. IKSR-Bericht Nr. 187. [www.iksr.org](http://www.iksr.org), Kolblenz [Stand: 2020-09-24]
- Jekel, M. (2006): Vorkommen und Verhalten der Röntgenkontrastmittel im Berliner Wasserkreislauf. RKM-Workshop am 27. März 2006 Kompetenzzentrum Wasser Berlin
- Klaminder, J./Jonsson, M./Fick, J./Sundelin, A./Brodin, T. (2014): The conceptual imperfection of aquatic risk assessment tests: highlighting the need for tests designed to detect therapeutic effects of pharmaceutical contaminants. *Environ. Res. Lett* 9
- Klauer et al. (2019): Arzneimittelrückstände in Trinkwasser und Gewässern; TAB-Arbeitsbericht Nr. 183; Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag; ISSN-Print:2364-2599 | ISSN-Internet: 2364-2602
- Koester, S./Beier, S./Zhao, F.F./Sui, Q./Yu, G./Pinnekamp, J. (2012): Organic trace pollutants in the aquatic environment—regulatory and technical problem-solving approaches in Germany and China. *Water science and technology: a journal of the International Association on Water Pollution Research* 66, 942–952
- Lauterbach, K. W./Lüngen, M./Gerber, A./Kohaupt, I./Büscher, G. (2007): Quantifizierung der Fehlwurfrate beim Stellen fester oraler Darreichungsformen in drei Pflegeheimen. Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Universität zu Köln, Köln
- MASGF Brandenburg (2008): Rahmenlehrplan für den theoretischen Unterricht und die praktische Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin (...) im Land Brandenburg [http://mlul.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3310.de/rp\\_krankenpflege.pdf](http://mlul.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3310.de/rp_krankenpflege.pdf) [Stand: 2018-08-14].
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: facultas. wuv
- Metzger, S./Rößler, A./Kapp, H. (2012): Spurenstoffbericht. Erweiterung des Klärwerks Mannheim um eine Adsorptionsstufe zur Verbesserung der Abwasserreinigung. Biberach [Stand: 2020-01-02].
- Müller, M./Witte, K. (2019): Arzneistoffe im Abwasser. *Pharmazeutische Zeitung*. <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/arzneistoffe-im-abwasser/> [Stand: 2021-08-16]
- Nash, J. P./Kime, D. E./van der Ven, L. T.M./Wester, P. W./Brion, F./Maack, G./Stahlschmidt-Allner, P./Tyler, C. R. (2004): Long-Term Exposure to Environmental Concentrations of the Pharmaceutical Ethynylestradiol Causes Reproductive Failure in Fish. *Environ Health Perspect* 112, 1725–1733.
- Niederste-Hollenberg, J./Eckartz, K./Peters, A./Hillenbrand, T./Maier, U./Beer, M./Reszt, A. (2018): Reducing the Emission of X-Ray Contrast Agents to the Environment. Decentralized Collection of Urine Bags and Its Acceptance. *GAIA* 27, 147–155
- Niederste-Hollenberg, J./Schuler, J. (2020): Pilotprojekt zur Minderung des Eintrags von Röntgenkontrastmitteln in die Umwelt – Maßnahmenkombinationen (MindER2). Endbericht. [https://www.minder-rkm.de/minder-wAssets/docs/2020\\_MindER-2\\_Abschlussbericht\\_v2.pdf](https://www.minder-rkm.de/minder-wAssets/docs/2020_MindER-2_Abschlussbericht_v2.pdf).
- Niemuth, N. J./Klaper, R. D. (2018): Low-dose metformin exposure causes changes in expression of endocrine disruption-associated genes. *Aquat. Toxicol.* 195 (2018) 33–40
- Pinnekamp, J./Beier, S./Cramer, C./Schröder, H. / Mauer, C./ Selke, D. (2009): Eliminierung von Spurenstoffen aus Krankenhausabwässern mit Membrantechnik und weitergehenden Behandlungsverfahren – Pilotprojekt Kreiskrankenhaus Waldbröl. Abschlussbericht im Auftrag des Ministeriums für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz des Landes Nordrhein-Westfalen, Förderkennz IV – 9 – 042 1B4 0020 [Stand: 2020-01-03]
- Püttmann, W./Keil, F./Oehlmann, J./Schulte-Oehlmann, U. (2008): Wassertechnische Strategien zur Reduzierung der Trinkwasserbelastung durch Arzneimittelwirkstoffe. *Environmental Sciences Europe* 20, 209–226
- Rau, W./Metzger, S. (2017): Bestandsaufnahme der Spurenstoffsituation von Kläranlagen in Baden-Württemberg. Untersuchungsbericht. UM-Vorhaben Nr. 367/2014 [Stand: 2020-01-03]
- Rößler, A. (2019): Durchführung von Vergleichsmessungen zur Spurenstoffelimination beim Ausbau von Kläranlagen um eine 4. Reinigungsstufe. Abschlussbericht. UM-Vorhaben Nr. 367-2014. Stuttgart [Stand: 2020-01-03]

- Schulte-Oehlmann, U./Oehlmann, J./Püttmann, W. (2007): Humanpharmakawirkstoffe in der Umwelt: Einträge, Vorkommen und der Versuch einer Bestandsaufnahme. *Umweltwissenschaften und Schadstoff-Forschung* 19, 168–179
- Schuster, P. (2006): Getrennte Erfassung von jodorganischen Röntgenkontrastmitteln in Krankenhäusern. Phase 2: Praktische Durchführung. Abschlussbericht [Stand: 2019-11-10]
- Siegert, M.W./Lehmann, A./Emara, Y./Finkbeiner, M. (2020): Addressing the use and end-of-life phase of pharmaceutical products in life cycle assessment. *The International Journal of Life Cycle Assessment* (2020) 25:1436–1454. doi.org/10.1007/s11367-019-01722-7
- Stieber, M. (2011): Treatment of urine with zero-valent iron to minimize the aquatic pollution with compounds emitted by hospitals. *Pharma Treat.* Berlin [Stand: 2020-01-02]
- Swan, G./Naidoo, V./Cuthbert, R./Green, R./Pain, D./Swarup, D./Prakash, V./Taggart, M./Bekker, L./Das, D./Diekmann, J./Diekmann, M./Kilian, E./Meharg, A./Chandra Patra, R./Saini, M./Wolter, K. (2006): Removing the Threat of Diclofenac to Critically Endangered Asian Vultures. *PLOS Biology* January 31, 2006
- Trautwein, C./Berset, J.D./Wolschke, H./Kümmerer, K. (2014): Occurrence of the antidiabetic drug Metformin and its ultimate transformation product Guanylurea in several compartments of the aquatic cycle. *Environ. Int.* 70 203-212
- UBA (2020): Arzneimittelrückstände in der Umwelt. <https://www.umweltbundesamt.de/daten/chemikalien/arzneimittelrueckstaende-in-der-umwelt#zahl-der-wirkstoffe-in-human-und-tierarzneimitteln> [Stand: 2021-08-16]
- Vogel, H.-J. (2014): Die Kläranlage Albstadt-Ebingen: 20 Jahre Pulveraktivkohleeinsatz im Vollstrom. Abwassertechnische Besonderheiten und Effizienz für die Elimination von Spurenstoffen. *Korrespondenz Abwasser, Abfall* 61, 902–907

## Danksagung

Der ausdrückliche Dank für ihr Engagement und die Unterstützung gilt den Studierenden und den teilnehmenden Krankenhäusern, die wegen der Anonymitätssicherung nicht namentlich genannt werden können.

*Prof. Dr. Anne-Kathrin Cassier-Woidasky* (Korrespondenzadresse)

Professur für Pflegewissenschaft, Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlands  
Malstatter Str. 17, 66117 Saarbrücken, a.cassier-woidasky@htwsaar.de

*Prof. Dr.-Ing. Jörg Woidasky*

Professur für Nachhaltige Produktentwicklung, Hochschule Pforzheim  
Tiefenbronner Str. 65, 75175 Pforzheim, joerg.woidasky@hs-pforzheim.de

*Imke Woidasky*

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Pharmazeutisches Institut, Abteilung Pharmazeutische Technologie und Biopharmazie, Gutenbergstr. 76, 24118 Kiel,  
iwoidasky@pharmazie.uni-kiel.de

*Dr.-Ing. Jutta Niederste-Hollenberg*

Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI  
Breslauer Straße 48, 76139 Karlsruhe, jutta.niederste-hollenberg@isi.fraunhofer.de