



Benjamin Bohn, Veronika Anselmann, Steve Strupeit

Förderung der Adhärenz bei Interventionen zur Mobilitätsförderung in der stationären Altenpflege.

Die Entwicklung eines Konzepts am Beispiel des Plaudertisches

Promotion of adherence to interventions to promote mobility in nursing homes – The development of a concept using the example of the chatting and exercise table

This article describes the development of a concept to promote training adherence among people aged 65 and over, in interventions to promote mobility in nursing homes using the example of the chatting and exercise table [Plaudertisch] intervention. Based on the hybrid model of concept development according to Schwartz-Barcott & Kim (2000), motivators for long-term training adherence from the international literature were explicated using a systematic review. In the empirical phase of the concept development, the specific experiences of the nursing staff were also collected and incorporated using an interview study. The concept was embedded in the Affective-Reflective Theory of physical inactivity and exercise, which enables predictions of behavior with regard to an activity (Brandt & Ekkekakis 2018: 50). In addition, recommendations for instruments and methods for implementing the individual process steps developed in the concept are given.

Keywords

Promotion of mobility, training adherence, elderly care, concept, intervention

Der vorliegende Beitrag beschreibt die Entwicklung eines Konzeptes zur Förderung der Trainingsadhärenz von Personen ab 65 Jahren bei Interventionen zur Mobilitätsförderung in der stationären Altenpflege am Beispiel der Intervention Plaudertisch. Hier wurden, basierend Hybridmodell der Konzeptentwicklung nach Schwartz-Barcott & Kim (2000), Motivatoren für eine langanhaltende Trainingsadhärenz aus der internationalen Literatur anhand eines Systematic Reviews expliziert. In der empirischen Phase der Konzeptentwicklung wurden darüber hinaus die spezifischen Erfahrungen von anwendenden Pflege- und Betreuungskräften anhand einer Interviewstudie erhoben und ebenfalls eingearbeitet. Eingebettet wurde das Konzept in die Affective-Reflective Theory of physical inactivity and exercise, welche Vorhersagen des Verhaltens hinsichtlich einer Aktivität ermöglicht (Brandt & Ekkekakis 2018: 50). Ergänzend hierzu werden Empfehlungen für Instrumente und Methoden zur Umsetzung der einzelnen entwickelten Prozessschritte des Konzeptes gegeben.

Schlüsselwörter

Mobilitätsförderung, Trainingsadhärenz, Altenpflege, Konzept, Intervention

eingereicht 17.11.2021

akzeptiert 05.03.2022



1. Einführung

Es besteht allgemeiner wissenschaftlicher Konsens darüber, dass regelmäßige körperliche Aktivität sich positiv auf die Gesundheit von Menschen aller Altersstufen auswirkt (Bennett & Winters-Stone 2011: 148). Auch für Personen in fortgeschrittenem Alter stehen diese Ergebnisse fest (ebd.). Trotz diesen wissenschaftlichen Erkenntnissen sind viele ältere Personen passiv und körperlich inaktiv (Justine et al. 2013: 581; Bennett & Winters-Stone 2011: 148). Dies zeigt sich auch in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Hier sind viele Bewohner_innen körperlich inaktiv (Powell, Tazmal & Buhr 2016: B18). Dieser Bewegungsmangel oder die Einschränkungen in der Mobilität werden als zentrale Ursache für Pflegebedürftigkeit angesehen (Wingefeld et al. 2020: 14). Hieraus ergibt sich ein hoher Bedarf an Konzepten, die Interventionen zur Mobilitätsförderung langfristig motivierend und in der Ausführung interessant für Bewohner_innen der stationären Altenpflege gestalten.

Im Kontext dieser Studie wird Mobilität als ein multidimensionales Konstrukt verstanden, das die individuelle Bedeutung von Mobilität, bezogen auf Selbstkonzepte, Strategien, Ziele und Bedürfnisse, als auch eine soziale Mobilität beinhaltet (Strupeit & Buss 2014: 31). Dies bezieht sich sowohl auf die funktionelle Mobilität (körperlich und geistig) sowie körperliche, psychische und soziale Aktivitäten (ebd.). Interventionen zur Mobilitätsförderung werden als bewusste Handlungen, welche darauf abzielen ein Verhalten zu ändern, ein Risiko zu reduzieren oder ein bestimmtes Ergebnis zu verbessern, verstanden (Schillinger 2010: 2).

Ziel der Studie ist es, mittels eines Systematic Reviews und einer qualitativen Interviewstudie die Motivatoren zu identifizieren, die für eine anhaltende Trainingsadhärenz bei Interventionen zur Mobilitätsförderung im Allgemeinen und bei der Anwendung des Plaudertisches im Speziellen, bei Bewohner_innen der stationären Altenpflege sorgen. Auf dieser Basis soll, am Beispiel der Intervention Plaudertisch, ein Konzept entwickelt werden, das diese Motivatoren für eine langanhaltende Trainingsadhärenz einbindet und somit dem Bewegungsmangel dieser Zielgruppe entgegenwirkt.

2. Plaudertisch

Ziel der Entwicklung des Plaudertisches war es, die körperlichen und geistigen Fähigkeiten von pflegebedürftigen Menschen zu erhalten. Hierbei wurde der Plaudertisch als Gruppenübungsgerät und Mobilitätsförderer durch ein interdisziplinäres Team der Firma Astro Sport GmbH, zusammen mit Bewohner_innen und deren Angehörigen und Betreuer, sowie Pflegenden entwickelt (Informationsbroschüre Plaudertisch o.J.: 3). Im Zentrum der Entwicklung stand die Anwendung und Durchführung einfacher Übungen, die sich positiv auf die Gesundheit der Anwendenden auswirken (Informationsbroschüre Plaudertisch o.J.: 4). Der Plaudertisch als Mobilitätsförderer und Gruppenübungsgerät wird mit vier oder sechs Sitzplätzen angeboten und besteht aus verschiedenen Übungsgeräten für Arme und Beine. Die verwendete Version der empirischen Phase hatte 4 Sitzplätze und die folgenden Übungsgeräte. Die Arme können



anhand von Kurbeln entweder in Form einer Kaffeemühle, einer Drehorgel oder eines Rasenmähers trainiert werden. Hierbei werden die Arme in Rotationsbewegungen entweder horizontal oder vertikal bewegt. Das Übungsgerät Rasenmäher imitiert mit zwei Zugbändern das Starten eines Benzinrasenmähers. Die Beine werden anhand von Fahrradpedalen in fahrradtypischen Rotationsbewegungen oder einem Übungsgerät namens Nähmaschine bewegt, die ein Wippen mit den Füßen erfordert. Beide Geräte sind unterhalb des Tisches angebracht.

Der Plaudertisch wird bereits in über 50 stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Deutschland zum Einsatz gebracht. Die Innovation des Tisches besteht aus der Kombination des Beisammenseins der Bewohner_innen und der Durchführung von Bewegungsübungen. Im Rahmen einer Evaluation zur Anwendung des Tisches wurde der Bedarf eines Konzeptes zur Steigerung einer längerfristigen Trainingsmotivation dargestellt (Bohn & Strupeit 2022: 18).

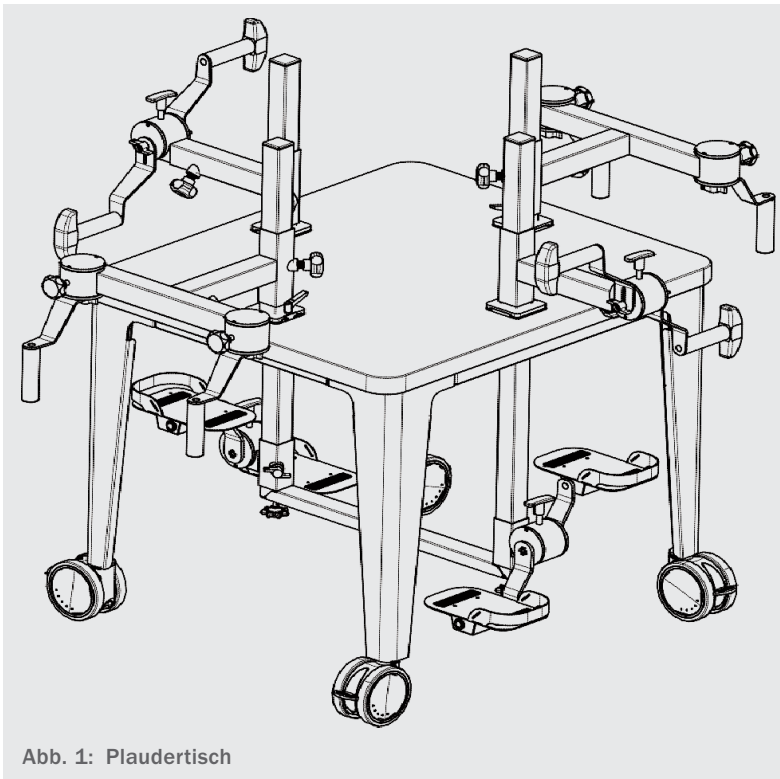


Abb. 1: Plaudertisch

3. Methode

Die Konzeptentwicklung basiert auf dem Hybridmodell der Konzeptentwicklung nach Schwartz-Barcott & Kim (2000). Nach diesem Modell besteht die Konzeptentwicklung aus der theoretischen, der empirischen und der analytischen Phase (Schwartz-Barcott & Kim, 2000: 131). Der Entwicklungsprozess des Konzeptes ist in Abbildung 2 dargestellt.



Schwerpunkt

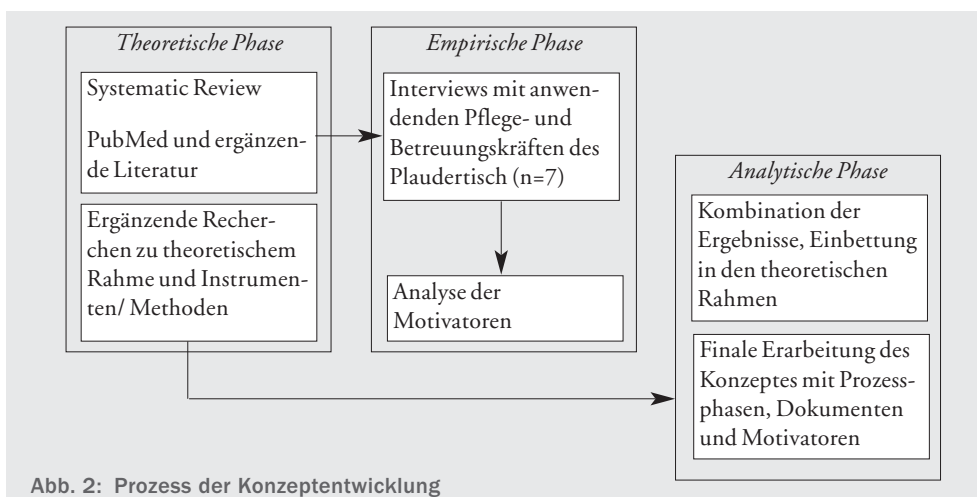


Abb. 2: Prozess der Konzeptentwicklung

3.1 Theoretische Phase

In der theoretischen Phase wurde ein Systematic Review durchgeführt um Studien zu ermitteln, die Aufschluss auf Motivatoren und Methoden geben, welche die Trainingsadhärenz von Personen ab 65 Jahren in Pflegeeinrichtungen stärken. Die Suche erfolgte über die Datenbank PubMed und wurde im August 2021 durchgeführt. Um die Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten, wurde als Zeitraum die letzten fünf Jahre (2016 – 2021) festgesetzt. Um die Suche zu spezifizieren wurden Einschlusskriterien anhand der PICOS Elemente) (CRD 2009: 13) formuliert. Die formulierten Einschlusskriterien sind in Tabelle 1 dargestellt. Eingeschlossen wurden sowohl deutschsprachige als auch englischsprachige Studien.

Einschlusskriterien	
Population	Ältere Personen < 65 Jahre und älter Pflegeheime Keine spezifische Diagnosen außer Demenz
Interventions and comparators	Körperliche Aktivität oder Übungen
Outcomes	Trainingsadhärenz
Study design	randomisiert kontrollierte Studie oder Systematic Review

Tab. 1: Einschlusskriterien

3.2 Empirische Phase

Die Konzeptentwicklung stützt sich in der empirischen Phase auf zwei Studien. Im Rahmen einer Interventionsstudie zum Thema Mobilitätsförderung in der stationären Altenpflege anhand der Intervention Plaudertisch wurden Veränderungen in Pflegebedürftigkeit und der Lebensqualität festgestellt (Bohn, Anselmann & Strupeit in Begutachtung). Die Studie wurde in zwei Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg durchgeführt. Die Intervention wurde insgesamt von n=15 Bewohner_innen abgewendet und von n=7 Pflege- und Betreuungskräften durchgeführt (ebd.).



Im Rahmen der Evaluation der Anwendung des Plaudertisches wurden Interviews mit den anwendenden Pflege- und Betreuungskräften geführt, die den Tisch über einen Zeitraum von sechs Wochen zweimal wöchentlich für 30 Minuten mit jeweils vier Bewohner_innen zum ersten Mal anwendeten (Bohn & Strupeit 2022: 12). Hierbei wurden insgesamt $n=7$ Interviews mit einer Dauer von 26 – 43 Minuten geführt und mit einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Diese fanden telefonisch im April und Mai 2020 statt und wurden digital protokolliert. Die Transkription der Interviews erfolgte anhand einer inhaltlich-semantischen Transkription (Dresing & Pehl 2018: 20) anhand von f4transkript, die Auswertung und Kategorisierung mittels MAXQDA 2020. Den Teilnehmenden wurde die Gelegenheit gegeben das Transkript gegenzulesen. Hieraus konnten Aussagen über gelungene Aspekte der Interventionsanwendung generiert werden. Die Einbindung dieser Ergebnisse ermöglicht die beispielhafte Konkretisierung des Konzeptes auf die Anwendung des Plaudertisches.

3.3 Analytische Phase

In der analytischen Phase wurden die Ergebnisse der theoretischen und der empirischen Phase zusammengeführt. Dies vereint die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse mit den Erfahrungen der Pflege- und Betreuungskräfte, die dem Plaudertisch das erste mal angewendet haben. In der empirischen Phase bestand die Stichprobe aus einem männlichen und 6 weiblichen Teilnehmenden. Drei dieser Personen sind sowohl in der Pflege als auch in der Betreuung der pflegebedürftigen Personen eingebunden, vier Personen sind ausschließlich in der Betreuung der Bewohner_innen tätig. Insgesamt sind vier Personen mit einem Beschäftigungsumfang von über 50% angestellt.

4. Ergebnisse

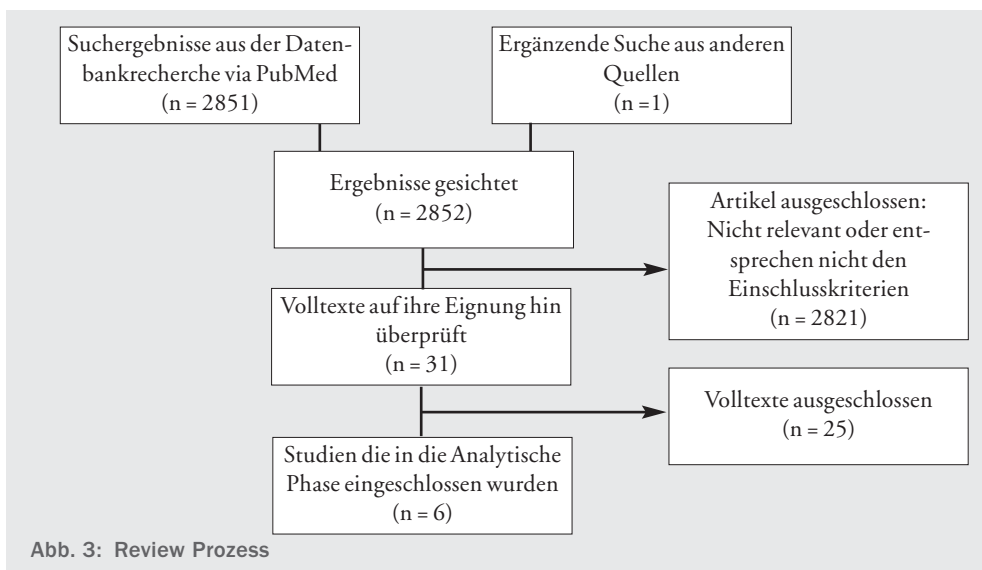
4.1 Theoretische Phase

Die durchgeführte systematische Literaturrecherche mittels PubMed ergab insgesamt 2851 Treffer, ein Artikel wurde aufgrund einer Empfehlung ebenfalls in die Trefferliste aufgenommen. Hieraus ergaben sich insgesamt 2852 Ergebnisse. Nach der Sichtung der Titel und Abstracts konnten potentielle 31 Artikel für eine tiefergehende Analyse identifiziert werden. Nach der Sichtung der Volltexte wurden insgesamt 25 Studien ausgeschlossen, weil sie die Einschlusskriterien hinsichtlich Setting oder Studiendesign nicht erfüllten. Der gesamte Rechercheprozess ist in Abbildung 3 dargestellt, die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Aus den eingeschlossenen sechs Studien wurden Aussagen über Motivatoren für eine positive Trainingsadhärenz bei Menschen über 65 Jahren in Pflegeeinrichtungen mit und ohne Demenz in das Konzept übernommen. Hier konnten insgesamt fünf Systematic Reviews und eine randomisiert kontrollierte Studie in das Konzept eingeschlossen werden. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Tabelle 2 zu fin-



Schwerpunkt



den. Diese umfassen individuelle Gegebenheiten wie Verhaltensänderung oder eigene Ziele (Spiteri et al. 2019: 937), Motivation, Vergnügen oder das Ziel seine eigene körperliche Verfassung zu verbessern (Yarmohammadi et al. 2019: 7) oder eine größere Unabhängigkeit oder eine Stärkung zu erreichen (Karlsson et al. 2021: 6; Spiteri et al. 2019: 937). Für Menschen mit Demenz ist insbesondere der erkennbare Nutzen (physisch und psychisch) (van Alphen et al. 2016: 113) wie auch das Gefühl der Wiedererlangung der Kontrolle motivierend (Vseteckova et al. 2018: 4). Weiter kann ein Einbinden biografischer Kenntnisse durch die Pflege- und Betreuungskräfte sich förderlich auf die Motivation auswirken (Vseteckova et al. 2018: 4).

Des Weiteren wirken der Ausgleich von Wissensdefiziten oder gesundheitliche Bedenken als motivierend (Yarmohammadi et al. 2019: 7). Das Darstellen von möglichen Effekten oder das Aufklären von Sorgen über das Wohlbefinden oder der Diagnose selbst wirken bei Menschen mit Demenz ebenfalls motivierend (van Alphen et al. 2016: 113). Im Bereich des Trainings wird eine Homogenität innerhalb der Trainingsgruppen bei Gruppeninterventionen (de Lacy-Vawdon et al. 2018: 165) als ebenso motivierend angesehen wie das „in Gesellschaft sein“ (Yarmohammadi et al. 2019: 7) per se. Menschen mit Demenz werden zur Teilnahme motiviert, wenn die Trainingsgruppen eine kleine Teilnehmer_innenanzahl aufweisen und kurze, klare Anweisungen während des Trainings gegeben werden (Vseteckova et al. 2018: 4). Darüber hinaus werden die Kommunikation, Humor (Vseteckova et al. 2018: 4), die Identifikation mit Anderen und positive Gefühle (van Alphen et al. 2016: 113, 114) und die Freude bei der Durchführung als motivierend beschrieben (van Alphen et al. 2016: 113; Vseteckova et al. 2018: 4).



<i>Autor/Jahr/Land</i>	<i>Studiendesign</i>	<i>Ziele</i>
de Lacy-Vawdon et al./2018/ Australia	Systematic Review	“Examine program features that influence attendance and adherence to group-based physical activity “ (de Lacy-Vawdon et al. 2018: 155)
Karlsson et al./2021/Sweden	Randomized controlled trial	“Identify factors associated with intervention response measured by change in physical function and body composition” (Karlsson et al. 2021: 2)
Spiteri et al./2019/ United Kingdom	Systematic Review	“Synthesize the literature on barriers and motivators for physical activity.” (Spiteri et al. 2019: 929)
van Alphen et al./ 2016/Netherlands	Systematic Review	“Screen barriers, motivators and facilitators of physical activity participation.” (van Alphen et al. 2016: 109)
Vseteckova et al./2018/ United Kingdom	Systematic Review	“Collect and synthesize evidence on the known barriers and facilitators to adherence to group exercise.” (Vseteckova et al. 2018: 2)
Yarmohammadi et al./2019/Iran	Systematic Review	“Identify barriers and motivators to physical activity” (Yarmohammadi et al. 2019: 8)

Tab. 2: Charakteristika der eingeschlossenen Studien

4.2 Empirische Phase

Den zur Verfügung stehenden Interviews (n=7) wurden anhand einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) Aussagen über die wahrgenommenen Motivatoren der Pflege- und Betreuungskräfte entnommen. Diese beziehen sich auf eine sechswöchige Anwendung des Plaudertisches, die nachfolgend in die Synthese der Ergebnisse eingearbeitet wurden. Hierzu wurden induktiv aus dem Material die Kategorien intrinsische Motivatoren und extrinsische Motivatoren gebildet (Tabelle 3). Die Grundlage hierfür bildet die Self-Determination-Theorie (Deci & Ryan, 1985). Unter intrinsischen Motivatoren werden in diesem Zusammenhang alle Aspekte subsumiert, die den eigenen Antrieb oder die individuellen Interessen bei der Trainingsbeteiligung beschreiben (Ryan & Deci 2000: 57). Unter extrinsischen Motivatoren werden die Motivatoren verstanden, bei denen die Durchführung der Trainings mit dem Plaudertisch durch externe Reize erfolgt (Ryan & Deci 2000: 60). Hier zeigte sich bei der Kategorienbildung ein Fokus auf die externale Motivation, bei der die Durchführung bspw. des Trainings mit dem Plaudertisch auf externe Anreize oder Konsequenzen basiert (Ryan & Deci 2000: 60).

<i>Kategorie</i>	<i>Subkategorie</i>
Intrinsische Motivatoren	Trainingserfahrungen
	Trainingsantrieb
Extrinsische Motivatoren	Trainingsbeginn
	Trainingsniveau
	Trainingsdurchführung

Tab. 3: Kategoriensystem



Schwerpunkt

Intrinsische Motivatoren : Trainingserfahrungen und Trainingsantrieb

In diesem Zusammenhang werden positive Erfahrungen bei der Anwendung des Plaudertisches sowie der individuelle Antrieb der teilnehmenden Bewohner_innen, die individuelle Fähigkeiten zu verbessern, als motivierend beschrieben. „(...) *wenn ich dann ähm mal außerhalb also nicht unseres Trainingsprogramms mal gesagt habe wie siehts denn aus Frau M. wollen wir mal rübergehen, [...] sagt sie klar, dann ist sie auch mitgegangen und hat gemerkt oh, sagt sie, das tut aber gut.*“ (02).

Extrinsische Motivatoren: Trainingsbeginn

Des Weiteren wird beschrieben, dass hauptsächlich bei neuen Interventionen eine anfängliche Skepsis der Anwendung zu Beginn eher hemmend wirkt und ausgeglichen werden sollte, um die Motivation der Teilnahme aufrecht zu erhalten. „*Die ersten ähm Aktionen am Plaudertisch waren, dass sich die Gruppe hat finden müssen [...] Das kam dann erst in der zweiten, dritten ähm Einheit, wo man dann ähm ja auch angefangen hat diese Impulse zu setzen ähm mit Lieder zu singen [...] das hat sich alles erst entwickeln müssen.*“ (03).

Extrinsische Motivatoren: Trainingsniveau

Während aufkommende Langeweile aufgrund wenig herausfordernden Übungen demotivierend wirken, gilt die Verbindung mit früheren Gewohnheiten (bspw. Rad fahren) zielführend. „*Also ich hatte eine Bewohnerin die ist furchtbar gerne Rad gefahren. Die ist früher sehr viel Rad gefahren und für sie war das ähm sie hat das quasi unten mit den Pedalen und oben kombiniert mit dem Drehen, mit der Drehorgel. (...) ähm das hat die immer kombiniert und das hat ihr immer furchtbar Spaß gemacht, da sie das früher auch viel gemacht hat.*“ (04).

Extrinsische Motivatoren: Trainingsdurchführung

Im Bereich des Trainings selbst wirken die Möglichkeit selbsterklärend die Geräte zu bedienen, sowie Musik, Gespräche und Spiele während der Durchführung als spaßfördernd und motivierend, Menschen mit Demenz scheinen durch Sprichwörter motiviert zu werden. Ebenfalls wird die gegenseitige Motivation innerhalb der Gruppe als fördernd beschrieben. „*Die haben auch während den Aktionen sich gegenseitig angespornt [...] und wenn dann einer schon gesagt hat ich mache heute nicht mit, dann haben die angefangen sich gegenseitig zu motivieren.*“ (03).

4.3 Analytische Phase

Die theoretische Phase beschreibt allgemeine Motivatoren zur Adhärenz bei Trainings zur Mobilitätsförderung, die empirische Phase beinhaltet die Motivatoren der spezifischen Intervention Plaudertisch. Aus beiden Phasen wurden die Motivatoren zur Steigerung der Trainingsadhärenz kombiniert. Hieraus ergaben sich drei unterschiedliche ausgerichtete Kategorien, die individuelle Phase, die Beratungsphase und die Trainingsphase. Dies impliziert ein individuelles Assessment, sowie ein individuelles Beratungsgespräch vor der Durchführung der Trainings durch die Pflege- und Betreuungskräfte. Angewendet auf den 4-stufigen Pflegeprozess nach Yura und Walsh (1988) kön-

nen der erste Prozessschritt „Assessment“ der individuellen Phase eingeordnet werden, der zweite Pflegeprozessschritt „Planung“ beinhaltet die Beratungsphase des Konzeptes. Der dritte Schritt des Pflegeprozesses „Intervention“ kann hierbei mit der aktiven Trainingsphase subsummiert werden. Das Konzept schließt, Yura und Walsh (1988) folgend, mit einer Evaluation ab. Hier zeigt sich, dass ein nachhaltiges Konzept zur Trainingsadhärenz in der Anwendung des Plaudertischs nicht ohne einen kompletten pflegediagnostischen Prozess zu denken ist. Das Ergebnis der Synthese ist in Tabelle 4 dargestellt.

	<i>Prozessschritt nach Yura & Walsh (1988)</i>	<i>Motivatoren (Empirische Phase)</i>	<i>Motivatoren (Theoretische Phase)</i>	<i>Motivatoren Menschen mit Demenz (Theoretische Phase)</i>
Individuelle Phase	Assessment	<ul style="list-style-type: none"> - Positive Erfahrungen im Training - Individuelle Fähigkeiten verbessern - Einbezug von Bekanntem bspw. Sprichworte 	<ul style="list-style-type: none"> - Behavioral regulation (Spiteri et al. 2019: 937) - Goals (Spiteri et al., 2019) - Motivation (Yarmohammadi et al. 2019: 7) - Enjoyment (Yarmohammadi et al. 2019: 7) - Improving physical condition (Yarmohammadi et al. 2019: 7) - precieved higher independence (Karlsson et al. 2021: 6) - Reinforcement (Spiteri et al. 2019: 937) 	<ul style="list-style-type: none"> - Regaining control (Vseteckova et al. 2018: 4) - Benefits (skills, physical, psychological) (van Alphen et al. 2016: 113) - Knowing the past (Vseteckova et al. 2018: 4)
Beratungsphase	Planung	<ul style="list-style-type: none"> - Eventuelle bestehende Skepsis gegenüber des Trainings beseitigen 	<ul style="list-style-type: none"> - Lack of Knowlegde (Yarmohammadi et al. 2019: 7) - Health concerns (Yarmohammadi et al. 2019: 7) - Goals (Spiteri et al. 2019: 937) 	<ul style="list-style-type: none"> - Possible effects (van Alphen et al. 2016: 113) - Concerns about wellbeing (van Alphen et al. 2016: 113) - Awareness of diagnosis (van Alphen et al. 2016: 113)
Trainingsphase	Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Herausforderungen - Gegenseitige Motivation in der Gruppe - Frühere Gewohnheiten in die Übungen einbeziehen - Musik - Spiele 	<ul style="list-style-type: none"> - Homeogenity among participants are associated with long-term adherence (de Lacy-Vawdon et al. 2018: 165) - Beeing social (Yarmohammadi et al. 2019: 7) - Enjoyment (Yarmohammadi et al. 2019: 7) 	<ul style="list-style-type: none"> - Small numbers (Vseteckova et al. 2018: 4) - Social identification (van Alphen et al. 2016: 113) - Communication (Vseteckova et al. 2018: 4) - Humor (Vseteckova et al. 2018: 4) - Positive feelings (van Alphen et al. 2016: 113) - Short clear verbal cues (Vseteckova et al. 2018: 4)
Evaluation	Evaluation			

Tab. 4: Synthese der Ergebnisse

Schwerpunkt

Für das Konzept verwendet wurde die Affective-Reflective Theory of physical inactivity and exercise, welche Vorhersagen des Verhaltens hinsichtlich einer Aktivität oder Inaktivität auf der Basis eines Zwei-Prozess-Modells ermöglicht (Brandt & Ekkekakis 2018: 50). Dieses Modell basiert auf der Annahme, dass ein Stimulus (beispielsweise die Erinnerung an eine Aktivität) eine automatische Assoziation hervorruft, welche in einer Bewertung des bevorstehenden Trainings resultiert (Brandt & Cheval 2019: 2). Hierbei handelt es sich um eine schnelle und unreflektierte Bewertung der Aktivität, welche basierend auf entsprechenden körperlichen (körperliche Beschwerden) oder emotionalen (bspw. Stolz, Enttäuschung) Erfahrungen entweder positiv oder negativ sein kann (Typ-1 Prozess) (ebd.). Diese Bewertung gilt als Grundlage für eine reflektierte Evaluation (Typ-2 Prozess) des Reizes und ist abhängig von den zur Verfügung stehenden Ressourcen der Selbstkontrolle (Brandt & Ekkekakis 2018: 53). Diese sind ausschlaggebend dafür, welche der beiden Bewertungen (Typ-1 oder Typ-2 Prozess) dominanter ist (ebd.). Der zweite Prozess erfolgt langsamer, ist daher beobachtbar und resultiert in übereinstimmenden oder abweichenden Aktionsplänen (Brandt & Cheval 2019: 2). Die Übung von Selbstkontrolle bei alten Menschen kann hierbei als notwendiger Aspekt für alle Lebensentscheidungen gesehen werden (Caorong 2021: 160).

Anknüpfend sollen Empfehlungen zu einzelnen Methoden oder Instrumenten gegeben werden, welche die einzelnen definierten Prozessschritte und die darin enthaltenen Motivatoren sichtbar machen können.

In der individuellen Phase kann die Methode des Motivational Interviewing (Miller & Rollnick 2013: 3) empfohlen werden, um den Prozess der Verhaltensänderung sichtbar zu machen. Diese erscheint als etablierte Methode zur Verhaltensänderung in unterschiedlichen Settings. Um Rückschlüsse auf eventuelle Fortschritte im Bereich der Pflegebedürftigkeit zu treffen, wird die Anwendung der Pflegeabhängigkeitsskala (Dassen et al. 2001) in der individuellen Phase und der evaluativen Phase empfohlen. Dies ermöglicht den anwendenden Pflege- und Betreuungskräften einen Vorher-Nachher-Vergleich und weitere Ansatzpunkte für die Beratungsphase bei einem erneuten Durchlauf des Prozesses. Die Verwendung des Assessments wird in einer signifikanten Veränderung der Pflegebedürftigkeit aus einer dem Konzept zugrundeliegenden Studie zur Anwendung des Plaudertisches begründet (Bohn, Anselmann & Strupeit in Begutachtung). Des Weiteren zeigen die Ergebnisse die Relevanz der Einbindung von Ergebnissen aus einer einrichtungsinternen Biografiearbeit bei der Arbeit mit Menschen mit Demenz. Die Beratungsphase ist geprägt von den Zielen, Wissensdefizite auszugleichen, Aufklärung hinsichtlich der Intervention zu geben, den erwarteten Nutzen darzustellen und individuelle Ziele festzulegen. In der abschließenden evaluativen Phase wird die Pflegeabhängigkeitsskala erneut durchgeführt, um eventuelle Veränderungen zu erkennen. Ergänzend hierzu wird empfohlen mit den Teilnehmenden eine Reflexion anhand der Critical Incident technique durchzuführen (Flanagan 1954). Diese soll bedeutsame Ereignisse während der Durchführung der Intervention erfassen und evaluieren (Flanagan 1954: 327). Dies ermöglicht sowohl positive als auch negative Erfahrungen in einem individuell festgelegten Intervall zu erheben und auszuwerten.



5. Konzept ab Beispiel der Anwendung des Plaudertisches

Das entwickelte Konzept besteht aus der individuellen Phase, der Beratungsphase, der Trainingsphase und der Evaluation. Ziel der ersten beiden Prozessschritte ist das Sichtbarmachen des Typ-1 und Typ-2 Prozesses, um Ansatzpunkte für die Pflege- und Betreuungskräfte zu identifizieren, an denen eine individuelle Beratung stattfinden und Ansatzpunkte für die Trainingssequenzen ermittelt werden können.

Individuelle Phase

Die individuelle Phase beinhaltet den Typ-1 Prozess und erfolgt unmittelbar nach dem Stimulus, mit der Ankündigung des Interventionstrainings. Ziel ist die unterbewusste Reaktion sichtbar zu machen, um Einfluss auf die relevante Selbstkontrolle der Bewohner_innen nehmen zu können. Zu Beginn dieses Schrittes erfolgt die Anwendung der Pflegeabhängigkeitsskala (Dassen et al. 2001) um einen Ist-Wert für die einzelnen Bewohner_innen zu ermitteln, der mit einer nachfolgenden Messung in der Evaluation nach einem individuell vereinbarten Intervall verglichen werden kann. Nachfolgend wird die Methode des Motivational Interviewing (Miller & Rollnick 2013: 3) angewendet. Adaptiert in das Setting der Pflege umfasst diese Interviewmethode die Aspekte Wichtigkeit der Verhaltensänderung, die Zuversicht, dass die Änderung stattfinden kann, sowie das Gefühl den Veränderungsprozess zu beginnen (Stonerock & Blumenthal 2017: 459). In diesem individuellen Gespräch wird der Fokus auf die Verhaltensänderung, mögliche Ziele, die Motivation, das Vergnügen bei der Durchführung der Intervention oder bereits gemachte positive Erfahrungen gelegt. Für Menschen mit Demenz wird eine Biografie erstellt, sofern diese nicht bereits aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist. Hier werden mehr Informationen über die Vergangenheit und Präferenzen der Personen erhoben, die in die Trainings eingebunden werden sollen.

In der Arbeit mit der Plaudertisch scheinen eine individuelle und ressourcenorientierte Beratung sowie die Festlegung von pflegerischen Zielen der Pflegeprozessplanung sinnvoll. In diesem Zusammenhang erscheint die Identifikation von individuellen Präferenzen und Antriebe bedeutsam, die einzelne Personen an der Teilnahme der Trainingseinheiten hindern. Die Pflege- und Betreuungskräfte berichten hierbei einerseits von Motivation bei individuell angepassten Bewegungen, andererseits auch von ablehnendem Verhalten bei nicht fordernden Übungen.

Beratungsphase

Die Beratungsphase beinhaltet den Typ-2 Prozess. Dieser erfolgt reflektiert und auf Basis der individuellen Phase. Durch individuelle Beratung der Bewohner_innen durch die Pflege- und Betreuungskräfte soll ein Aktionsplan entwickelt werden, welcher die weiteren Ziele vereinbart und festlegt. Der Fokus des Beratungsgesprächs liegt hierbei auf dem Ausgleichen von Wissensdefiziten, der Aufklärung über die Intervention, sowie deren möglichen individuellen Nutzen. In Bezug auf die Anwendung des Plaudertisches dient dieser Aspekt der Sicherstellung einer weiteren Trainingsmotivation.



Schwerpunkt

Trainingsphase

Bei der Bildung von Trainingsgruppen wird empfohlen auf Homogenität der Fähigkeiten innerhalb der Gruppe zu achten. Bei einem durchgeführten Gruppentraining liegt der Fokus auf individuellen Herausforderungen, das Einbinden von Musik und Gesprächen in die Übungen, sowie dem Einbinden von erhobenen Gewohnheiten und Zielen in die Übungen, sowie dem Fördern von Spaß innerhalb der Trainingsgruppe durch das Durchführen von Spielen. Für die Arbeit von Menschen mit Demenz gilt es kurze und eindeutige Hinweise zu den Übungen zu geben, sowie das Fördern von Kommunikation, Humor bei der Durchführung, sowie die gegenseitige Identifikation der Teilnehmenden zu fördern. In der Anwendung des Plaudertisches wird bei kontinuierlicher Teilnahme von einer Entwicklung eines „Wir-Gefühls“ innerhalb der Trainingsgruppe gesprochen.

Evaluation

Die Evaluation des Trainings erfolgt zum Zeitpunkt eines individuell vereinbarten Intervalls. Hier wird erneut mit der Pflegeabhängigkeitsskala ermittelt, ob sich Veränderungen zum Startzeitpunkt erkennen lassen. Darüber hinaus wird die Critical incident technique angewendet (Flanagan 1965). Hier sollen die anwendenden Bewohner_innen sowohl positive als auch negative bedeutsame Ereignisse darstellen, die in Bezug auf das Training im Anwendungszeitraum stattgefunden haben. Hieraus lässt sich nachfolgend, im Sinne des hermeneutischen Fallverstehens, neue Impulse für einen weiteren Durchschreiten des Prozesses ermittelt werden. Beispielsweise empfanden manche Bewohner_innen die Teilnahme an den Trainings mit dem Plaudertisch negativ. Dies gilt es in der Evaluation anhand der Critical Incidents zu identifizieren und erneut in der individuellen Phase aufzuarbeiten.

6. Diskussion

Das Ziel der Studie war es, Motivatoren zu identifizieren die eine anhaltende Trainingsadhärenz bei Interventionen zur Mobilitätsförderung bei Menschen, die in einer Pflegeeinrichtung wohnen, ermöglichen, um daraus ein Konzept für die Anwendung von mobilitätsfördernden Interventionen am Beispiel des Plaudertisch zu entwickeln. Aus der theoretischen Phase konnten mögliche Motivatoren identifiziert werden, die als fördernd hinsichtlich der Trainingsadhärenz gesehen werden. Auch für Menschen mit Demenz konnten Empfehlungen aus der internationalen Literatur erarbeitet werden. Die empirische Phase bietet hierbei interventionsspezifische Motivatoren, die ebenfalls in das Konzept eingearbeitet werden konnten. Die Motivatoren beider Phasen können in die individuelle Phase, die Beratungsphase und die Interventionsphase gegliedert werden. In der analytischen Phase zeigte sich, dass die Trainingsadhärenz bei Interventionen zur Mobilitätsförderung in einem kompletten pflegediagnostischen Prozess verankert werden muss. Die Ergebnisse wurden weiterführend in das Konzept in die Affective-Reflective Theory of physical inactivity and exercise (Brandt & Ekkekakis 2018) eingearbeitet. Hier zeigte sich ergänzend, dass die unterschiedlichen unbe-



wussten und bewussten kognitiven Prozesse einer Reaktion auf eine mobilitätsfördernde Maßnahme anhand von Methoden sichtbar gemacht werden müssen, um entsprechend einwirken zu können. Aus diesem Ansatz wurden Empfehlungen für Assessments und Methoden erarbeitet, welche den entsprechenden Konzeptphasen angewendet werden können.

6.1 Stärken und Schwächen

Die Kombination aus der qualitativen Studie und dem empirischen Wissen, das durch das Systematic Review eingebunden werden konnte, machen das Konzept über die stationäre Altenpflege hinaus in unterschiedlichen Settings denk- und durchführbar. Da sich die Aussagen auf 5 Systematic Reviews und einer RCT aus den letzten 5 Jahren beziehen, ist sowohl die Aktualität als auch eine angemessene Breite der Ergebnisse gewährleistet. Einschränkend muss gesagt werden, dass die Aussagen der empirischen Phase gestützt auf eine kleine Population ($n=7$) ist. Darüber hinaus wurde die Extraktion der eingeschlossenen Studien in der theoretischen Phase lediglich von einem Autor durchgeführt. Hier besteht die Gefahr nicht alle relevanten Artikel bei der Durchsicht der Abstracts erfasst zu haben.

6.2 Fazit

Die Anwendung des Hybridmodells der Konzeptentwicklung nach Schwartz-Barcott & Kim (2000) ermöglichte die Entwicklung eines Konzeptes zur Förderung der Adhärenz bei Interventionen zur Mobilitätsförderung in der stationären Altenpflege. Beispielhaft wurde dies mit der Intervention Plaudertisch kombiniert. Hieraus konnten Prozessphasen generiert und Aussagen darüber getroffen werden, wie und mit welchem Fokus die einzelnen Prozessschritte durchgeführt werden müssen, um eine nachhaltige Anwendung zu gewährleisten. Weiterführende Studien sollten das erarbeitete Konzept modellhaft implementieren und evaluieren. Darüber hinaus sollten weitere Settings identifiziert werden, in denen das Konzept implementiert werden kann.

Literatur

- Bennett, J. A./Winters-Stone, K. (2011): Motivating older adults to exercise: what works? In: *Age and ageing*, 40 (2), 148–149
- Bohn, B./Strupeit, S. (2022): Der Plaudertisch in der Anwendung. Eine Evaluation in der stationären Altenpflege. In: *Pflegewissenschaft*, 24 (1), 11–19
- Bohn, B./Anselmann, V./Strupeit, S.: Improving mobility and quality of life through an activity intervention with a chatting and exercise table [Plaudertisch] in nursing homes. A pilot study. In *Begutachtung*
- Brand, R./Cheval, B. (2019): Theories to Explain Exercise Motivation and Physical Inactivity: Ways of Expanding Our Current Theoretical Perspective. In: *Frontiers of Psychology*, 10, 1–4
- Brand, R., Ekkekakis, P. (2018): Affective–Reflective Theory of physical inactivity and exercise. In: *Ger J Exerc Sport Res* 48, 48–58



- Caorong, L. A. (2021): Self-control in old age: A grounded theory study. In: *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 151-162
- Centre for Reviews and Dissemination (CRD) (2009): *Systematic Reviews. CRD`s guidance for undertaking reviews in health care*. Layerthorpe: York Publishing Services.
https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf [Stand 2021-09-02]
- Dassen, T./Balzer, K./Bansemir, G./Kühne, P./Saborowski, R./Dijkstra, A. (2001): The Care Dependency Scale, a methodological study. In: *Pflege*, 14 (2), 123-127
- de Lacy-Vawdon, C. J./Klein, R./Schwarzman, J./Nolan, G./de Silva, R./Menzies, D./Smith, B. J. (2018): Facilitators of Attendance and Adherence to Group-Based Physical Activity for Older Adults: A Literature Synthesis. In: *Journal of Aging and Physical Activity*, 26(1), 155-167
- Deci, E. L./Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum
- Dresing, T./Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitative Forschende*. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag
- Flanagan, J. C. (1954): The critical incident technique. In: *Psychological Bulletin*, Vol. 51, Nr. 4, 327-358
- Gebrauchsanweisung Plaudertisch – PSM4 (2018): https://plaudertisch.com/wp-content/uploads/2018/08/PLAUDERTISCH_ANLEITUNG.pdf [Stand 2021-09-03]
- Justine, M./Azizan, A./Hassan, V./Salleh, Z./Manaf, H. (2013): Barriers to participation in physical activity and exercise among middle-aged and elderly individuals. In: *Singapore medical journal*, 54(10), 581–586
- Karlsson, E. S./Grönstedt, H. K./Faxén-Irving, G./Franzén, E./Luiking, Y. C./Seiger, Å./Vikström, S./Wimo, A./Cederholm, T. E./Boström, A. M. (2021): Response and Adherence of Nursing Home Residents to a Nutrition/Exercise Intervention. In: *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(9), 1525-8610
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Miller, W.R./Rollnick, S. (2013): *Motivational interviewing: Helping people change*. 3. Auflage. New York: The Guilford Press
- Powell, B./Tazamal, M./Buhr, G. (2016): Increasing mobility in the nursing home through implementation of a restorative program. In: *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (3), B18
- Ryan, R. M./Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. In: *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67
- Schillinger, D. (2010). An Introduction to Effectiveness, Dissemination and Implementation Research. In: UCSF Clinical and Translational Science Institute (CTSI) Resource Manuals and Guides to Community-Engaged Research. http://ctsi.ucsf.edu/files/CE/edi_introguide.pdf [Stand 2021-09-10]
- Schwartz-Barcott, D./Kim, H. (2000): An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. In: Rodgers, B.L./Knafl, K.A (200): *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications*. 2. Edition. Philadelphia, London, Toronto, Sidney: W.B. Saunders Company, 107-133
- Spiteri, K./Broom, D./Bekhet, A. H./de Caro, J. X./Laventure, B./Grafton, K. (2019): Barriers and Motivators of Physical Activity Participation in Middle-aged and Older-adults - A Systematic Review. In: *Journal of aging and physical activity*, 27(4), 929–944
- Strupeit, S./Buss, A. (2014): Ein multidimensionales Konstrukt. Definition von Mobilität aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. In: *Pflegezeitschrift*, 67(1), 38-40
- Stonerock, G. L./Blumenthal, J. A. (2017): Role of Counseling to Promote Adherence in Healthy Lifestyle Medicine: Strategies to Improve Exercise Adherence and Enhance Physical Activity. In: *Progress in cardiovascular diseases*, 59(5), 455–462

- van Alphen, H. J./Hortobágyi, T./van Heuvelen, M. J. (2016). Barriers, motivators, and facilitators of physical activity in dementia patients: A systematic review. In: Archives of gerontology and geriatrics, 66, 109–118
- Vseteckova, J./Deepak-Gopinath, M./Borgstrom, E./Holland, C./Draper, J./Pappas, Y./McKeown, E./Dadova, K./Gray, S. (2018): Barriers and facilitators to adherence to group exercise in institutionalized older people living with dementia: a systematic review. In: European review of aging and physical activity, 15(1), 1-11
- Wingenfeld, K./Becker, U./Beckmann, M./Berger, B./Eifert, B./Freiberger, E./Horn, A./Krampen, R./Kretschmar, D./Metzelthin, S./Püttjer, A./Reuther, S./Schiff, A./Skiba, T./Schlesselmann, E./Strupeit, S. (2020): Der Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. 1. Aktualisierung 2020. In: Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP) (2020). Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Aktualisierung 2020. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/12/Expertenstandard-„Erhaltung-und-Förderung-der-Mobilität-in-der-Pflege“-Aktualisierung-2020.pdf> [Stand 2021-09-07]
- Yarmohammadi, S./Mozafar Saadati, H./Ghaffari, M./Ramezankhani, A. (2019): A systematic review of barriers and motivators to physical activity in elderly adults in Iran and worldwide. In: Epidemiology and health, 41, 1-11
- Yura, H./Walsh, M. B. (1988): The Nursing Process. Assessing, Planning, Implementing, Evaluating. 5. Auflage. Norwalk: Appleton & Lange

Benjamin Bohn, M.A. – Akademischer Mitarbeiter Institut für Pflegewissenschaft
Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Oberbettringerstr. 200, 73525 Schwäbisch Gmünd, benjamin.bohn@ph-gmuend.de (Korrespondierender Autor)

Juniorprof. Dr. Veronika Anselmann
Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Oberbettringerstr. 200, 73525 Schwäbisch Gmünd, verkonika.anselmann@ph-gmuend.de

Prof. Dr. Steve Strupeit
Institut für Pflegewissenschaft, Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Oberbettringerstr. 200, 73525 Schwäbisch Gmünd, steve.strupeit@ph-gmuend.de

1 Die Autoren geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

2 Für die durchgeführte Interviewstudie liegt ein Ethikvotum des Ethikkomittes der PH Schwäbisch Gmünd vor (EK-2019-03-Bohn-UV).

Petra Wihofszky, Jan Braun, Jana Herrmann, Daniel Knas,
Michaela Springer

Gesundheitsförderung im Setting Pflegeschule.

Ein partizipatives Instrument zur Planung von Maßnahmen

Health promotion in the nursing school setting. A participatory tool for planning interventions

To date, no knowledge of planning instruments and processes for health promotion exists for the nursing school setting. The specificity of the nursing school setting lies in the theoretical and practical learning locations of nursing education. The aim of this project, conducted by students from Esslingen University of Applied Sciences, was to adapt the site analysis planning tool, developed for health promotion in municipalities and districts, for use in nursing schools and to test it with teachers from two schools. The site analysis (StaPS) adapted for the nursing school setting consists of a tableau, question cards and a workbook. The pretest included participant observations and the collection of feedback from the teachers taking part. From the teachers' perspective, the StaPS proved to be a goal-oriented, motivating and comprehensive planning tool for health promotion in the nursing school setting. In their opinion, the StaPS makes it possible to reflect the needs of the largest target group of trainees at the various learning venues. The goal of the pretest was achieved and further work with the StaPS is intended. In the future, not only teachers should be involved, but also the participation of trainees in the planning processes should be strengthened with StaPS.

Keywords

Health promotion, setting, nursing school, planning, participation

Bislang fehlt das Wissen um Planungsinstrumente und -prozesse für Gesundheitsförderung im Setting Pflegeschule. Die Besonderheit des Settings Pflegeschule liegt in den theoretischen und praktischen Lernorten der Pflegeausbildung. Ziel eines studentischen Projekts der Hochschule Esslingen war, das zur Gesundheitsförderung in Kommunen und Stadtteile entwickelte Planungsinstrument Standortanalyse für die Verwendung in Pflegeschulen anzupassen und mit der Beteiligung von Lehrenden zweier Schulen zu testen. Die für das Setting Pflegeschule angepasste Standortanalyse (StaPS) besteht aus einem Tableau, Fragekarten und einem Arbeitsheft. Der Pretest umfasste teilnehmende Beobachtungen und die Erhebung von Rückmeldungen der teilnehmenden Lehrenden. Die StaPS erwies sich aus Sicht der Lehrenden als zielführendes, motivierendes und umfassendes Planungsinstrument für Gesundheitsförderung im Setting Pflegeschule, das es ermöglicht, die Bedarfe der größten Zielgruppe, der Auszubildenden, an den verschiedenen Lernorten zu reflektieren. Das Ziel des Pretests wurde erreicht und eine Weiterarbeit mit der StaPS ist angestrebt. Zukünftig sollen nicht nur Lehrende beteiligt, sondern auch die Partizipation von Auszubildenden an den Planungsprozessen mit der StaPS gestärkt werden.

eingereicht 09.04.2022

akzeptiert 11.07.2022



Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung, Setting, Pflegeschule, Planung, Partizipation

1. Hintergrund¹

In der Pflege ist der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen größer denn je. Pflegefachkräfte sind in ihrer Arbeit hohen gesundheitlichen Beanspruchungen ausgesetzt (Melzer 2020) und seit der Corona-Pandemie arbeiten Pflegefachkräfte an den Grenzen der Überforderung (Hower et al. 2021). Daher ist es kaum verwunderlich, dass körperliche und psychische Belastungen und Beschwerden zunehmen und die krankheitsbedingten Fehlzeiten in der Pflege überdurchschnittlich hoch sind. Ursächlich sind hier vor allem Erkrankungen der Atemwege, des Muskel-Skelettsystems und psychische Erkrankungen (Drupp et al. 2020). Auch die Fluktuation von Pflegefachkräften, insbesondere von Berufsanfänger_innen, wächst. Einer der wesentlichen arbeitsbedingten Faktoren für diese Problematiken ist Stress (Rohwer et al. 2021). Gesundheitsfördernde Maßnahmen setzen häufig im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung an (Mojtahadzadeh et al. 2021). Die dringend notwendige Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Pflege steht aber noch am Anfang (Krupp et al. 2020).

Spezielle Angebote und Maßnahmen für die Zielgruppe der Auszubildenden sind noch selten. Auch gibt es wenig Daten zu ihrer gesundheitlichen Situation. In einer Studie der Gewerkschaft ver.di (2015) geben Auszubildende für den Lernort Praxis folgende Belastungen an: Arbeit unter Zeitdruck, Teamprobleme, fehlende Pausen, Schwierigkeiten, Freizeit und Beruf zu vereinbaren, schweres Heben und Tragen, Schichtdienst, häufiges Wechseln der Stationen und Überstunden. Eine Folgestudie ist noch nicht erschienen. Hinzu kommen die häufig mangelnde Praxisanleitung sowie der zu meisternde Theorie-Praxis-Transfer. Nach Grothe (2021) sind vor allem die Rahmenbedingungen des Lernorts Praxis für die Belastungen in der Pflegeausbildung verantwortlich.

Die Pflegeschule als Lernort der theoretischen Ausbildung wird als gesundheitsförderndes Setting bislang kaum wahrgenommen, bietet aber sehr viel Potenzial, Auszubildende auf die Herausforderungen im Beruf vorzubereiten und Belastungen sowie einem daraus resultierenden vorzeitigen Ausstieg vorzubeugen. Die Themen Prävention und Gesundheitsförderung sind in der generalistischen Ausbildung curricular verankert, werden aber vor allem theoretisch, weniger praxisbezogen vermittelt. Frey schlägt ein Konzept zur curricularen Integration von praktischen Stressbewältigungsmodulen in die Pflegeausbildung vor (2021). Für die hochschulische Ausbildung von angehenden Lehrenden in Pflegeschulen entwickelten Meißner und Kolleg_innen ein Lehr- und Lernkonzept zur Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt der Sucht- und Tabakprävention (2021).

Die Planung und Entwicklung von Angeboten und Maßnahmen orientiert sich in der Gesundheitsförderung an dem Modell des Public Health Action Cycle (Hartung et al. 2022). Das Modell unterscheidet die vier Phasen Problembestimmung, Strategie-

¹ Die Autor_innen geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.



formulierung, Umsetzung und Bewertung. Die Phasen werden im Idealfall mehrmals durchlaufen, sodass das Vorgehen einem zyklischen Lernprozess entspricht. Ein Beispiel: Die Zunahme von gesundheitlichen Beschwerden wird auf der Grundlage einer Bedarfs- und Bedürfnisanalyse erfasst, eine Strategie wird vor dem Hintergrund des Kontextwissens und der Erfahrungen entwickelt, die zur Strategie dazugehörigen Maßnahmen werden im Setting umgesetzt und evaluiert. Mit der Evaluation endet eine Maßnahme nicht, sondern die Lerngewinne aus diesem Prozess gehen in die weitere Planung und in den nächsten Aktivitätszyklus ein. Das Vorgehen, aus Erfahrungen zu lernen, trägt auch zu einer praxisbasierten Evidenz in der Gesundheitsförderung bei (Hartung 2021). Praxisbasierte Evidenz ist im Unterschied zum forschungsbasierten Evidenzbegriff in der Medizin und der Pflegewissenschaft an den Erfordernissen und Kontextbedingungen der Praxis orientiert.

Für die Planung von gesundheitsfördernden Maßnahmen bietet der Public Health Action Cycle einen groben Orientierungsrahmen. Detaillierter sind Modelle und Tools wie z. B. die Schweizer Plattform *quint-essenz* (<https://www.quint-essenz.ch>). *quint-essenz* orientiert sich am Public Health Action Cycle, aber spezifiziert darüber hinaus die einzelnen Phasen mit Indikatoren und Instrumenten wie Checklisten und Tabellen aus dem Bereich des Projektmanagements (Kolip et al. 2021). Die in Deutschland entwickelte Partizipative Qualitätsentwicklung erweitert das Modell Public Health Action Cycle um eine konsequent partizipative Haltung. In allen Phasen, von der Planung bis zur Evaluation, besteht der Anspruch, nicht nur die Akteur_innen aus der Praxis, sondern auch die Zielgruppen zu beteiligen (Bethmann et al. 2021). Dafür entwickelte die Partizipative Qualitätsentwicklung ein umfassendes Methodenrepertoire.

Systematisches Planen, wie es die genannten Modelle und Tools unterstützen, fördert die Qualität von gesundheitsfördernden Projekten und Maßnahmen. Die Gesundheitsförderung orientiert sich an den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Planungsqualität. Die letzte der vier Dimensionen ist relativ neu in der Gesundheitsförderung (Kolip et al. 2021). Die Planungsqualität ergänzt die drei anderen Qualitätsdimensionen, die von Donabedian für den Bereich der Versorgungsforschung entwickelt wurden (2005). Für die Gesundheitsförderung definieren Kolip und Trojan folgende Planungsaufgaben, die eine gute Planungsqualität fördern (2021): die Ermittlung von Bedarfen und Bedürfnissen, die Durchführung einer Bestandsaufnahme von bestehenden Angeboten und Aktivitäten, die Einordnung von Maßnahmen in eine übergeordnete Strategie, die Definition von Zielen und Zielgruppen, die Nutzung von vorhandenem Wissen und Erfahrungen der praxisbasierten Evidenz sowie die Analyse des Kontexts oder Settings einer zukünftigen Maßnahme. Projekte, die sich in der Planungsphase diesen Aufgaben stellen, haben später bessere Chancen, Maßnahmen zu verstetigen. Zu diesem Schluss gelangen Funk und Kolleginnen, die in einer Studie fördernde und hemmende Faktoren von Verstetigung in der gesundheitsfördernden Praxis untersuchten (2019).

Für das Setting Kommune stehen inzwischen einige Tools und Planungsinstrumente zur Verfügung (Kolip et al. 2021). Das Projekt „Kommunale Entwicklung von Ge-



sundheitsstrategien: Wissenschaft und Praxis im Dialog“ (KEG)² konzipierte für den Auf- und Ausbau von kommunalen Gesundheitsstrategien das Instrument Standortanalyse. In einer Fallstudie im Hamburger Stadtteil Rothenburgsort stellte KEG fest, dass die Verfügbarkeit von Tools nicht ausreicht, sondern dass für die Entwicklung von Gesundheitsstrategien auch (Gesprächs-)Räume gebraucht werden, um sich im Stadtteil zu begegnen, sich kennenzulernen und auszutauschen (Wihofszky et al. 2020). Unter kommunalen Gesundheitsstrategien werden Ansätze verstanden, die gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen in einer Kommune bündeln, aufeinander abstimmen und die Zusammenarbeit im Setting stärken. Ihre Merkmale sind eine hohe Komplexität und ein hoher Grad an Vernetzung der Akteur_innen sowie eine Vielzahl an Interessen und Ideen, wie Gesundheitsförderung in einem Stadtteil oder einer Kommune verwirklicht und welche Prioritäten dabei gesetzt werden sollten. Dafür entwickelten die Hochschule Esslingen und die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) im Rahmen von KEG das Instrument der Standortanalyse. Die Standortanalyse setzt vor der konkreten Planung an. Sie unterstützt Stadtteile oder Kommunen darin, sich ein Bild von ihrer aktuellen Situation zu machen, wichtige Akteur_innen an den Tisch zu bringen und einen Austausch über die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Strategie anzuregen, bevor Entscheidungen getroffen werden.

Angesichts dessen, dass die Komplexität des Settings Pflegeschule mit der kommunalen Settings vergleichbar ist, zeigen wir in diesem Beitrag, wie das Instrument Standortanalyse an die Situation in der Pflegeschule angepasst werden kann. Im Rahmen eines studentischen Projekts der Hochschule Esslingen wurde die adaptierte Version an zwei ausgewählten Pflegeschulen getestet. Im Folgenden stellen wir die methodische Durchführung des Pretests, die Ergebnisse sowie die daraus gezogenen Schlussfolgerungen vor.

2. Ziel des studentischen Projekts

Die Projektgruppe bestand aus neun Studierenden des Bachelor-Studiengangs Pflegepädagogik der Hochschule Esslingen. Das Projekt, das unter dem Modultitel „Forschung und Entwicklung in der pädagogischen Praxis und der Pflegepraxis“ läuft, erstreckte sich über das Sommersemester 2021 und das Wintersemester 2021/22. Die Studierenden erwerben in diesem Modul Fach- und Methodenkompetenzen sowie die Fähigkeit, in einem Team zusammenzuarbeiten. Sie werden in diesem Prozess durch Dozierende begleitet. Die Fragestellung des studentischen Projekts war es, ob und wie das für kommunale Settings entwickelte Instrument Standortanalyse sich auf die Bedingungen des Settings Pflegeschule übertragen lässt. Die Projektgruppe setzte sich das Ziel, das Instrument der Standortanalyse für das Setting Pflegeschule zu adaptieren sowie auf Verständlichkeit und Anwendbarkeit an zwei Pflegeschulen zu testen. Die

2 KEG ist ein Teilprojekt des Forschungsverbundes PartKommPlus und wurde im Zeitraum von 2014 bis 2019 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01EL1823H gefördert.



Adaption beinhaltete die Überarbeitung der Texte und Bestandteile des Instruments sowie die Entwicklung von Ideen für die visuelle Gestaltung.

3. Adaption des Instruments Standortanalyse

Das Instrument Standortanalyse besteht aus einem Tableau, 18 Fragekarten in sechs übergeordneten Themenfeldern sowie dem Arbeitsheft. Eine ausführliche Beschreibung der Standortanalyse, ein Download des Arbeitsheftes und eine Abbildung des ursprünglichen Tableaus findet sich unter dem Projekt KEG auf der Homepage des Forschungsverbundes PartKommPlus (<http://partkommplus.de/teilprojekte/keg/>).

Kennzeichnend für die Standortanalyse ist die übersichtliche Visualisierung, die ein systematisches Vorgehen bei der Planung unterstützt. Das Tableau hat die Form einer Wabe, in deren Mitte des Tableaus der Begriff „Standortanalyse“ steht. Um diese Mitte gruppieren sich sechs Themenfelder. Die Phasen vor und nach der Standortanalyse werden auf dem Tableau als kleinere Waben dargestellt. Anhand der sechs Themenfelder mithilfe der dazugehörigen 18 Fragekarten werden die Teilnehmenden aufgefordert, sich mit ihrer Situation auseinanderzusetzen. Der Austausch wird extern moderiert und dokumentiert. Es empfiehlt sich, diesen Prozess von Fachkräften moderieren zu lassen, da diese sowohl über die fachliche Expertise in der Gesundheitsförderung als auch über Moderationskompetenzen verfügen. Durch die externe Moderation des Prozesses können sich die Akteur_innen auf den Austausch konzentrieren. Ein Raum für Dialog wird geöffnet. Die Standortanalyse wird in der Regel an zwei bis drei Terminen – in Präsenz oder online – durchgeführt, die im Abstand von mehreren Wochen stattfinden.

Eine Evaluation der Standortanalyse zeigte den praktischen Nutzen für das kommunale Setting wie z. B. dass der Austausch und die Vernetzung zwischen Akteur_innen gestärkt wurden (Wihofszky et al. 2021). Seit 2019 setzt die HAG – die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. – die Standortanalyse in der Praxis der kommunalen Gesundheitsförderung ein. Die HAG hat als Landesvereinigung für Gesundheitsförderung ihren Schwerpunkt in der sozialogenbezogenen und settingbasierten Gesundheitsförderung. Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) wendet die Standortanalyse bei der Beratung der Lokalen Vernetzungsstellen Prävention in Hamburg an. Sowohl digital (vor allem während der Corona-Pandemie) als auch vor Ort fanden bis Ende 2021 an zehn Standorten intensive Beratungsprozesse statt. Parallel bietet die HAG seit 2021 digitale Workshops für Interessierte unterschiedlicher Handlungsfelder, die in Kommunen oder Stadtteilen den Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien begleiten.

Für die Adaption der Standortanalyse für das Setting Pflegeschule setzte sich die Projektgruppe zunächst mit dem Kontext und den Bedingungen an Pflegeschulen sowie mit der Situation der Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung auseinander. Wesentliche Merkmale von Pflegeschulen sind die Heterogenität der Lerngruppen in Bezug auf Migrationshintergrund, Bildungsgrad und der Vorerfahrungen



in der Pflege. Zunehmend streben Geflüchtete und Zugewanderte aus Ländern wie bspw. Syrien, Irak und Afghanistan eine Ausbildung in der Pflege an (Strelow 2019). In der Altenpflege wurde als Rekrutierungsstrategie der Zugang zur Pflegeausbildung gezielt auch ungelerten Hilfskräften und bildungsschwachen Bewerber_innen ermöglicht. Bei der Novellierung des Pflegeberufgesetzes im Jahr 2020 wurde die Altenpflege als eigenständiger Berufsabschluss erhalten und das Kompetenzniveau der Abschlussprüfung gesenkt (Slotala 2020). Der Heterogenität der Auszubildenden zu begegnen und ihr pädagogisch gerecht zu werden, stellt sich im Setting der Pflegeschule als eine große Herausforderung dar (Hofrath et al. 2021).

Die Adaption der Standortanalyse zur Standortanalyse für Pflegeschulen (kurz: StaPS) erfolgte in drei Bereichen: Anpassung des Arbeitsheftes, Überarbeitung der Themenfelder und Fragekarten sowie Abstimmung der grafischen Gestaltung des Instruments auf die Pflege. Ziel des Instrumentes ist eine systematische Bestandsaufnahme der Voraussetzungen und Bedingungen für die Gesundheitsförderung an der jeweiligen Pflegeschule. Die Anpassungsleistungen, die die Projektgruppe vorgenommen hat, werden im Einzelnen erläutert.

Das Arbeitsheft: Es enthält Informationen zum Thema Gesundheitsförderung, und beschreibt die Bestandteile und den Ablauf zur Durchführung der Analyse, außerdem sind Fragekarten und Tableau abgebildet. Das Heft dient zur Vorbereitung und kann von den Teilnehmenden genutzt werden, Gedanken und Notizen festzuhalten. Im Rahmen der Adaption wurden die Texte des Arbeitsheftes inhaltlich auf das Setting Pflegeschule angepasst. Insbesondere in der Einleitung wurden die Merkmale und Besonderheiten der Pflegeschule herausgearbeitet. Ein Foto, das eine authentische Unterrichtssituation an einer Pflegeschule zeigt, illustriert die Heterogenität der Ausbildungsgruppen. Der Ablauf wurde vereinfacht und der Leitfaden zur Moderation ausgeklammert, um die Durchführung der StaPS auf die Kompetenzen der Projektgruppe abzustimmen.

Themenfelder und Fragekarten: Die sechs Themenfelder, die im Mittelpunkt des Tableaus stehen, sowie die 18 Fragekarten wurden für die StaPS an das Setting Pflegeschule angepasst. Einen Überblick über die Themenfelder gibt Tabelle 1. Die Themenfelder „Ausgangssituation“ und „Wissen“ konnten mit geringen Änderungen übernommen werden. Größere inhaltliche Anpassungen waren in den Themenfeldern „Beteiligte“ und „Zielgruppen“ notwendig. Dort wird beispielsweise nach Schlüsselakteur_innen gefragt, welche Einfluss nehmen können oder nach Anliegen der Zielgruppen. Für das Themenfeld „Ressourcen“ ergaben sich für das Setting Pflegeschule keine anderen Aspekte als für das Setting Kommune. Allerdings zeigte sich, dass die Finanzierung von gesundheitsfördernden Setting-Ansätzen durch gesetzliche Krankenkassen an Pflegeschulen noch kaum bekannt ist. Ein neuer Fokus wurde im Themenfeld „Umsetzung“ eingeführt. Die „Umsetzung“ thematisiert nicht nur, welche Konzepte zur Gesundheitsförderung bekannt sind, sondern wie Gesundheitsförderung mit dem Ziel der Verstetigung implementiert werden könnte und welche ökologische Bilanz eine Pflegeschule zieht.



Schwerpunkt

1	Ausgangssituation	Die Merkmale einer Pflegeschule und die bestehenden gesundheitsfördernden Angebote werden unter Berücksichtigung der bestehenden Bedarfe und Bedürfnisse erfasst.
2	Wissen	Die Kenntnisse über die bereits vorhandenen gesundheitsfördernden Angebote werden an der Pflegeschule zusammengetragen, ihre Wahrnehmung und Wirkung abgewogen und mögliche Ausbaupläne eruiert.
3	Beteiligte	Personen und Einrichtungen im Umfeld der Pflegeschule, wie z. B. Träger_in und Kooperationspartner_innen, die für Gesundheitsförderung wichtig sind und sich dafür engagieren (könnten), werden erfragt.
4	Zielgruppen	Die Anliegen von Zielgruppen sowie deren Partizipationsmöglichkeiten, aber auch mögliche Widerstände gegenüber gesundheitsfördernden Maßnahmen werden diskutiert.
5	Ressourcen	Die aktuellen Finanzierungsmöglichkeiten für gesundheitsfördernde Angebote werden benannt und zusätzlich verfügbare oder geplante materielle, personelle und sonstige Mittel festgehalten.
6	Umsetzung	Die Kenntnisse zu gesundheitsfördernden Konzepten und zu Möglichkeiten der Verstetigung werden erörtert sowie das Ergreifen von nachhaltigen, ökologischen Maßnahmen diskutiert.

Tab. 1: Übersicht über die Themenfelder der StaPS

Abstimmung der grafischen Gestaltung auf die Pflege: In Zusammenarbeit mit einer Grafikagentur wurde die grafische Gestaltung des ursprünglichen Instruments Standortanalyse auf das Setting Pflegeschule adaptiert. Die Themenfelder sind in dunkler werdende Blautöne eingefärbt. Die Farbe Blau symbolisiert die Profession allgemein, so nutzen z. B. der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe oder das International Council of Nurses blaue Farben in ihren Logos und ihren Veröffentlichungen. Hingegen spiegelt die Mitte des Tableaus in gelber Farbe die Öllampe der als „Lady with the lamp“ weltweit bekannten Krankenschwester und Pflegepionierin Florence Nightingale wider (Messner 2017).

4. Methodisches Vorgehen beim Pretest

Mit den Pretests sollte die StaPS als angepasste Fassung an zwei Pflegeschulen auf ihre Verständlichkeit und Anwendbarkeit überprüft werden. Dazu wählte die Projektgruppe zwei Pflegeschulen in Baden-Württemberg aus: die Gesundheitsakademie der SLK-Kliniken Heilbronn (kurz: Gesundheitsakademie Heilbronn) und die Katholische Berufsfachschule für Pflege, Altenpflege und Altenpflegehilfe Filderstadt-Plattenhardt (kurz: Berufsfachschule Filderstadt). Die beiden Schulen unterscheiden sich in ihrer Größe, der Anzahl der Auszubildenden und der Lehrenden. Zum Zeitpunkt des Pretests im November 2021 liefen an der Gesundheitsakademie Heilbronn 12 Kurse mit 23 Lehrenden, an der Berufsfachschule Filderstadt 3 Kurse mit 5 Lehrenden. Die Auswahl der beiden Schulen ist darin begründet, die adaptierte Standortanalyse an zwei Schulen zu testen, die sich nicht nur in der Größe, sondern auch durch ihre spezifischen Rahmenbedingungen wie z. B. Trägerschaft, Ausstattung und Klinikanbindung unterscheiden.



Für die Durchführung des Pretests wurden die Rollen Moderieren, Protokollieren und Beobachten mit den entsprechenden Erhebungsinstrumenten definiert und entwickelt:

- Die Moderation führte die Teilnehmenden durch die Themenfelder. Entlang des Kreises auf dem Tableau wurde ein Themenfeld nach dem anderen mithilfe von Fragekarten und Erläuterungen im Arbeitsheft besprochen. Die gemeinsame Reflexion der Situation an der Pflegeschule bildete den Kern des Gesprächs. Zum Abschluss eines Themenfelds wurden die wesentlichen Inhalte von der Moderation zusammengefasst. Die Moderation erfolgte durch zwei Studierende der Projektgruppe im Tandem, die sich pro Themenfeld abwechselten.
- Die Protokollierenden hielten in einem tabellarisch strukturierten Dokumentationsbogen die wesentlichen Inhalte des Gesprächs fest. Die Protokolle wurden später den Teilnehmenden der beiden Pflegeschulen zur Verfügung gestellt. Die Inhalte der Protokolle waren nicht Gegenstand der Auswertung.
- Die Durchführung der StaPS wurden von jeweils zwei Studierenden der Projektgruppe teilnehmend beobachtet. Die Beobachtung erfolgte strukturiert und frei assoziativ (Kochinka 2010). Im Rahmen der strukturierten Beobachtung wurde festgehalten, ob es Fragen oder Unverständlichkeiten in den Formulierungen der Themenfelder und der Fragekarten gab. Der frei-assoziativen Beobachtungen lag ein Mindmap zugrunde, das Anhaltspunkte für die Durchführung der Beobachtung bot, z. B. die Qualität der Beteiligung, die Zielführung der Fragen, die Zeit pro Themenfeld, die Verteilung der Redezeit, das Vorgehen der Moderierenden und der atmosphärische Gesamteindruck. Die Beobachtungen wurden in Protokollen dokumentiert und gingen in die Auswertung ein.

Die beiden Schulen wurden über persönliche Kontakte der Projektgruppe vorab angefragt. In einem Anschreiben wurden die Schulen über die StaPS, das Vorhaben des Pretests und den Datenschutz informiert sowie zur Teilnahme eingeladen. Zur Vorbereitung wurde den Teilnehmenden der beiden Pflegeschulen das Arbeitsheft als Printversion zugesandt. Ursprünglich sollte der Pretest an einer Schule in Präsenz und an einer Schule digital durchgeführt werden. Pandemiebedingt fand der Pretest kurzfristig an beiden Schulen digital statt. Der Pretest dauerte zwischen 3 und 4,5 Stunden. An beiden Schulen nahmen jeweils fünf Mitarbeitende teil. Ein informiertes schriftliches Einverständnis wurde von allen Teilnehmenden eingeholt. Vor Beginn wurden den Teilnehmenden die Funktion und Ziele der StaPS, ihr Aufbau und Ablauf vorgestellt sowie Erwartungen erfragt und geklärt.

Nach der Durchführung des Pretests wurde den Teilnehmenden ein Feedbackbogen per E-Mail zugesandt. Der Feedbackbogen enthielt u. a. Fragen zur Passung und Anwendbarkeit der StaPS sowie Anregungen zu einer möglichen Weiterentwicklung. Zusätzlich fand nach zwei Wochen ein leitfadengestütztes Feedbackgespräch mit den Teilnehmenden statt. Die Projektgruppe tauschte ihre Eindrücke in einem Nachgespräch aus.



Die Dokumentationsbögen, die Beobachtungen, die Feedbackbögen und -gespräche wurden von der Projektgruppe inhaltsanalytisch ausgewertet. Der Auswertung lagen deduktiv gebildete Kategorien zugrunde, die sich aus den Erhebungsinstrumenten ableiteten (Kuckartz 2020).

5. Ergebnisse

In die Auswertung des Pretests flossen die Ergebnisse der Beobachtungsprotokolle, der Feedbackbögen, der Feedbackgespräche sowie die Eindrücke der Projektgruppe ein. Im Folgenden werden die Ergebnisse des Pretests hinsichtlich der Verständlichkeit und Anwendbarkeit der StaPS dargelegt. Die Ergebnisdarstellung gliedert sich in die Kategorien „Vorbereitung der StaPS“, „Arbeitsheft“, „Themenfelder und Fragekarten“, „Moderation“ und „Ideen zur Weiterarbeit mit der StaPS“.

Vorbereitung der StaPS

Im Vorfeld der Durchführung der StaPS hat es sich als wertvoll erwiesen, einen persönlichen Kontakt zu den teilnehmenden Pflegeschulen herzustellen und sie umfassend über die Ziele des Pretests, Fragen des Datenschutzes und den zeitlichen Ablauf zu informieren. Zur Vorbereitung bekam jede_r Teilnehmende ein gedrucktes Exemplar des Arbeitsheftes per Post zugeschickt. Die Vorbereitung ermöglichte den Teilnehmenden, sich vorab Gedanken zur Situation an ihrer Schule zu machen sowie ihr Vorwissen zu Themen der Gesundheitsförderung aufzufrischen. Im Feedbackgespräch äußerte eine Teilnehmerin, dass das Arbeitsheft „sehr hilfreich“ war, „um sich in die Thematik nochmals einzudenken“. Aus ihrer Sicht macht das Arbeitsheft „bereits bestehende Ansätze deutlich, aber auch an welchen Stellen nachjustiert werden muss oder kann“.

Arbeitsheft, Themenfelder und Fragekarten

Insgesamt hoben die Teilnehmenden das professionelle Erscheinungsbild des Arbeitsheftes hervor. Die Texte des Arbeitsheftes wurden als klar und verständlich bewertet. Als weitere hilfreiche Komponenten des Arbeitsheftes nannten die Teilnehmenden auch die übersichtliche Struktur, den Platz für Notizen und das Glossar. Bei der Durchführung der StaPS zeigte sich, dass sich die Teilnehmenden beider Schulen umfangreich mit dem Arbeitsheft, den Themenfeldern und den Fragekarten auseinandergesetzt hatten. Dies war gewinnbringend für die Durchführung der StaPS, da die Teilnehmenden zügig auf die wesentlichen Punkte zu sprechen kamen. Den Beobachtungen zufolge waren die Fragestellungen inhaltlich nachvollziehbar und ohne Rückfragen verständlich. Der Aufbau der Themenfelder mit den zugehörigen Fragekarten erschien übersichtlich und sinnvoll angeordnet. Im Feedbackgespräch merkten die Teilnehmenden beider Pflegeschulen inhaltliche Überschneidungen zwischen den Fragekarten an, die aber nicht als störend, sondern vielmehr als hilfreich empfunden wurden; die durch die Überschneidungen entstandenen Doppelungen förderten offenbar den Einfallsreichtum und die Gesprächsbereitschaft. Die Teilnehmenden gaben an, keine Fragestellung als irrelevant empfunden oder vermisst zu haben.



Moderation

In den Feedbackgesprächen meldeten die Teilnehmenden zurück, dass sie die externe Moderation durch die Tandems als besonders wertvoll einschätzten. Als hilfreich erwies sich die Zusammenfassung nach jedem Themenfeld durch die/den Tandempartner_in. Auf diese Weise konnten die Ergebnisse des Gesprächs in der Situation verbal gesichert werden und den Teilnehmenden wurde verdeutlicht, welchen Input sie bereits geleistet hatten. Auch die digitale Durchführung der StaPS stellte kein Hindernis für die Kommunikation zwischen den Teilnehmenden dar.

Ideen zur Weiterarbeit mit der StaPS

Die Teilnehmenden gaben im Feedbackgespräch an, dass sie die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen als wichtig erachteten. Eine der Teilnehmenden bejahte die Frage, ob Gesundheitsförderung mit den aus der StaPS gewonnenen Erkenntnissen auf- und ausgebaut werden sollte. Gesundheitsförderung stelle für ihre Schule ein „Qualitätsmerkmal“ dar. Während der Durchführung des Pretests entwickelten die Teilnehmenden einer Pflegeschule bereits erste Ideen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung. Die Arbeit mit der StaPS war motivierend und zielführend. Für eine Weiterarbeit mit der StaPS gaben die Teilnehmenden beider Pflegeschulen an, dass sie mehr über Finanzierungsmöglichkeiten durch die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des § 20 SGB V erfahren wollen. Eine Teilnehmerin konstatierte, dass das Verfahren für Pflegeschulen „kompliziert und zu zeitaufwendig“ wäre und daher als Finanzierungsmöglichkeit bislang nicht in Erwägung gezogen worden war. Hier wünschten sich die Pflegeschulen Unterstützung. Eine der beiden Schulen äußerte auch den Wunsch, über eine Situationsanalyse hinaus Hilfestellung in der konkreten Maßnahmenplanung zu bekommen. Die Teilnehmenden stellten in Aussicht, die StaPS zur regelmäßigen Überprüfung ihrer Situation bzw. des Ist-Stands zu nutzen. Die StaPS als Instrument zur Prozessevaluation einzusetzen, begründeten sie damit, dass es sich „[...] immer lohnt, sich in Ruhe fokussiert auf ein Thema zu konzentrieren“. „Nur so kann das Thema auch etabliert und gelebt werden“, resümierte eine Teilnehmerin.

Bei der Auswertung fiel der Projektgruppe auf, dass die Frage zur ökologischen Bilanz und zu möglichen Maßnahmen im Klima- und Umweltschutz, die im Rahmen des Themenfelds „Umsetzung“ gestellt wurde, vergleichsweise wenig Resonanz fand. Eine der beiden Pflegeschulen hatte die Notwendigkeit, diesem Thema mehr Raum zu geben, bereits für sich erkannt und stellt erste Überlegungen an. Die zweite Schule sah den Klima- und Umweltschutz nicht an erster Stelle und gab an, sich diesbezüglich noch keine Gedanken gemacht zu haben.

6. Diskussion und Schlussfolgerungen

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des Pretests, dass die Adaption der Standortanalyse zur StaPS, ein Instrument für das Setting Pflegeschule, gelungen ist. Das Arbeitsheft, die Themenfelder und die Fragekarten konnten an die Bedingungen des Settings angepasst werden und trafen alle Aspekte, die für die Planung von Gesundheitsförderung an



Schwerpunkt

Pflegeschulen relevant sind. Dies bestätigen die Beobachtungen des Pretests sowie auch die Aussagen der teilnehmenden Lehrenden im Rahmen der Feedbackgespräche. Für die (Weiter)Arbeit mit der StaPS wurden in der Auswertung der Ergebnisse mögliche Ansatzpunkte deutlich, die im Folgenden diskutiert und mit den daraus gezogenen Schlussfolgerungen dargestellt werden.

Zunächst zeigte sich, dass die StaPS ihr Ziel, Pflegeschulen in der Bestandsaufnahme und Analyse ihrer Ausgangssituation zu unterstützen, erfüllt. Die Arbeit mit der StaPS motivierte die Teilnehmenden, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu planen. Beide Pflegeschulen bekundeten ihr Interesse, mit der StaPS künftig weiterarbeiten zu wollen. Deutlich wurde, dass sich die Pflegeschulen über eine moderierende Begleitung hinaus eine konkrete Hilfestellung in der weiteren Planung von Maßnahmen und der Antragsstellung von finanziellen Fördermitteln wünschen. Eine systematische Bestandsaufnahme und Analyse der Ausgangssituation, wie sie im Rahmen der StaPS durch Dialog und Reflexion ermöglicht werden, sind wichtige Faktoren, die eine gute Planungsqualität in der Gesundheitsförderung bedingen. Weitere Faktoren sind nach Kolip und Trojan auch die Durchführung von konkreten Planungsschritten wie z. B. die Ermittlung von gesundheitlichen Bedarfen und Bedürfnissen und die Definition von Zielen und Zielgruppen (2021). Diese Schritte reichen über eine moderierende Begleitung hinaus; es stellt sich die Frage, ob und wie die StaPS diesen Auftrag aufgreifen sollte. Dafür spräche, dass Pflegeschulen ein stärkerer Schub gegeben werden könnte, schnell und effektiv zu starten. Dagegen steht, dass nur mit der Prozesseignerschaft („Ownership“) der Schulen Maßnahmen nachhaltig implementiert werden können. Flankierende unterstützende Angebote in der Prozessbegleitung sollten sich mit dem Ziel, Partizipation und Empowerment der Beteiligten zu fördern, verbinden.

Eine weitere Überlegung schließt sich daran an: Bei der Durchführung des Pretests nahmen ausschließlich Vertreter_innen der Lehrenden teil. Lehrende haben auf die Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen großen Einfluss und sind auch Teil der Zielgruppe, aber den größten Anteil der Zielgruppe bilden die Auszubildenden. Deshalb ist für die zukünftige Anwendung der StaPS erforderlich, Auszubildende in den Prozess frühzeitig einzubeziehen. Die Partizipation aller Zielgruppen in der Phase der Planung fördert nicht nur die Akzeptanz der Maßnahmen, sondern wirkt sich auch nachweislich auf deren nachhaltige Verankerung aus (Funk et al. 2019). Durch ihre aktive Einbeziehung erfahren die Auszubildenden, dass auf die Gestaltung von Arbeitsbedingungen Einfluss genommen werden kann und es sich lohnt, sich für eigene Interessen stark zu machen.

Für die Weiterentwicklung der StaPS wird es auch überlegenswert sein, das Instrument in Pflegeschulen auch prozessevaluativ zu nutzen. Diese Idee wurde von den am Pretest teilnehmenden Pflegeschulen positiv aufgegriffen. Dafür sollte die StaPS mit den bestehenden Modellen und Tools zur Qualitätsentwicklung abgestimmt werden (Kolip et al. 2021). Ob sich die StaPS als prozessevaluatives Instrument eignet, kann sich jedoch erst in weiteren Untersuchungen herausstellen.



Als ein wichtiges Ergebnis des Pretests stellte die Projektgruppe fest, dass das Thema ökologische Nachhaltigkeit in Pflegeschulen noch wenig angekommen ist. Derzeit gehört der Gesundheitssektor zu einer der maßgeblichen CO₂-Emissionsquellen und ist mitverantwortlich für die menschenverursachte Erderwärmung, die sich auf alle Bereiche der Gesundheit auswirkt. Pflegekräfte werden eine wichtige Rolle in einem gesellschaftlichen Wandlungsprozess spielen. Im internationalen Kontext entwickeln Pflegeschulen und Hochschulen Curricula und Module, die angehende Pflegefachkräfte auf diese Themen vorbereiten und sie in ihrem Bewusstsein als „Change Agents“ sensibilisieren (Huss et al. 2020). Deshalb ist aus Sicht der Autor_innen einer der wesentlichen Weiterentwicklungsbedarfe der StaPS, Pflegeschulen für diese Aufgabe zu sensibilisieren und die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit deutlich zu machen.

Methodische Limitationen liegen in der geringen Stichprobe – die StaPS wurde nur in zwei ausgewählten Pflegeschulen getestet – sowie auch in der methodischen Stringenz der Auswertung. Dies liegt auch darin begründet, dass die Testung der StaPS im Rahmen eines studentischen Projekts durchgeführt wurde. Bislang wurde eine digitale Durchführung noch nicht mit der Qualität einer Durchführung in Präsenz verglichen.

7. Ausblick

Das Setting Pflegeschule birgt das Potenzial, Auszubildende auf gesundheitsbedingte Anforderungen ihrer späteren Berufstätigkeit vorzubereiten. Das praktische Erleben von Gesundheitsförderung kann die Kompetenz zur eigenen Gesunderhaltung stärken und darüber hinaus dieses Bewusstsein beim Umgang mit zu Pflegenden übertragen. Die systematische Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist für die Weiterentwicklung des Settings Pflegeschule zukunftsweisend. Die StaPS bietet dafür als Instrument ausgezeichnete Möglichkeiten, diesen Prozess an Pflegeschulen zu unterstützen und zu fördern. Nach einem erfolgreichen Pretest wird die Hochschule Esslingen die StaPS im Rahmen von weiteren studentischen Projekten weiterentwickeln und fortführen. Die Weiterentwicklung der StaPS wird die Frage, wie die Partizipation von Auszubildenden und eine nachhaltige Gesundheitsförderung gestärkt werden können, aufgreifen.

Danksagung

Wir bedanken uns bei den Lehrenden der Gesundheitsakademie Heilbronn und der Berufsfachschule Filderstadt für ihre Mitwirkung, bei Anja Feldhorst für das Lektorat des Arbeitsheftes (<https://www.lektorat-feldhorst.de>) und bei der Agentur Weiser Design für die grafische Gestaltung (<https://www.weiser-design.de>). Unser Dank gilt allen Studierenden der Projektgruppe. Daran beteiligt waren Lydia Brunder, Lars Mertineit, Francesca Muratore, Kristina Schwab und Emina Yagbasan neben den Autor_innen dieses Beitrags.



Schwerpunkt

Literatur

- Bethmann, A./Hilgenböcker, E./Wright, M. (2021): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M./Mohokum M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer, 1083–1095 https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_119
- Donabedian, A. (2005): Evaluating the Quality of Medical Care. In: *The Milbank Quarterly* 83(4), 691–729 <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Drupp, M./Meyer, M. (2020): Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – Aber woher?*. Berlin, Heidelberg: Springer, 23–47 https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_2
- Frey, S. (2021): Gesundheitsförderung von Auszubildenden im Setting Pflegeschule: Integration von Stressbewältigung in die theoretische Pflegeausbildung. Hochschule Esslingen, Bachelor-Arbeit <https://hses.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/1469> [Stand 2022-04-20]
- Funk, S./Schaefer, I./Kolip, P. (2019): Was fördert die Verstetigung von Strukturen und Angeboten der Gesundheitsförderung? In: *Das Gesundheitswesen* 81(01), 38–42 <https://doi.org/10.1055/s-0042-116437>
- Hartung, S. (2021): Praxisbasierte Evidenz. In: Schmidt-Semisch, H./Schorb, F. (Hrsg.): *Public Health: Disziplin – Praxis – Politik*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 349–369 https://doi.org/10.1007/978-3-658-30377-8_19
- Hartung, S./Rosenbrock, R. (2022): Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln: BZgA. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i099-1.0>
- Grothe, F. (2020): Gesundheit und Motivation in der Pflegeausbildung: Eine standardisierte schriftliche Befragung zu Beanspruchungsmustern von Auszubildenden in Pflegeberufen. Baden-Baden: Tectum Verlag
- Hofrath, C./Peters, M./Dorin, L. (2021): Aufbau und Erprobung eines Monitorings zur Umsetzung der Pflegeausbildungen. Bundesinstitut für Berufsbildung https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Bericht_BIBB_Pflege_Panel_05.2021.pdf [Stand 2022-04-20]
- Hower, K./Winter, W. (2021): Pandemiebedingte Herausforderungen in der Pflege – Ansätze für die Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2021: Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 379–396 https://doi.org/10.1007/978-3-662-63722-7_23
- Huss, N./Ikiugu, M.N./Hackett, F./Sheffield, P.E./Palipane, N./Groome, J. (2020): Education for sustainable health care: From learning to professional practice. In: *Medical Teacher* 42(10), 1097–110 <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1797998>
- Kochinka, A. (2010): Beobachtung. In: Mey, G./Mruck, K. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, 449–461 https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_32
- Kolip, P./Trojan, A. (2021): Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M./Mohokum, M. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer, 1065–1082 https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_117
- Krupp, E./Hielscher, V./Kirchen-Peters, S. (2020): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Umsetzungsbarrieren und Handlungsansätze. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – Aber woher?* Berlin, Heidelberg: Springer, 113–122 https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_8
- Kuckartz, U. (2020). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2., durchgesehene Aufl.). Weinheim: Beltz/Juventa.
- Meißner, P./Bonse-Rohmann, M./Brähler, N./Heiligmann, S./Köhler, A./Sting, A.-L. (2021): Lehr- und Lernkonzept zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Tabakprävention in Studiengängen für Pflege-

- und Gesundheitsberufe. Hannover: Hochschule Hannover <https://doi.org/10.25968/OPUS-1913>
- Melzer, M. (2020): Arbeitssituation und Gesundheit beruflich Pflegenden. In: BAuA (Hrsg.): Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 136-145 <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20191007>
- Messner, I. (2017): Geschichte der Krankenpflege. Wien: facultas
- Mojtahedzadeh, N./Neumann, F. A./Rohwer, E./Augustin, M./Zyriax, B.-C./Harth, V./Mache, S. (2021): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege. In: Prävention und Gesundheitsförderung 16(2), 163–169 <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00800-1>
- Neumann, F. A./Mojtahedzadeh, N./Harth, V./Mache, S./Augustin, M./Zyriax, B.-C. (2021): Gesundheitsverhalten und -förderung von ambulanten Pflegekräften. In: Prävention und Gesundheitsförderung 17, 32–43 <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00842-z>
- Rohwer, E./Mojtahedzadeh, N./Harth, V./Mache, S. (2021): Stressoren, Stresserleben und Stressfolgen von Pflegekräften im ambulanten und stationären Setting in Deutschland. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 71(1), 38–43 <https://doi.org/10.1007/s40664-020-00404-8>
- Slotala, L. (2020): Stellschrauben mit großer Wirkung. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – Aber woher?. Berlin, Heidelberg: Springer, 71–83 https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_5
- Strelow, E. (2019): Flüchtlinge in der Altenpflegeausbildung. Berlin, Heidelberg: Springer <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27347-7>
- ver.di (Hrsg.) (2015): Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++586e63e0f1b4cd1221c4bdd0/download/Ausbildungsreport_2015.pdf [Stand: 2022-04-20]
- Wihofszky, P./Hofrichter, P./Layh, S./Jahnke, M. (2021): Transfer partizipativer Forschungsergebnisse in die Praxis: Das Beratungsinstrument Standortanalyse in der kommunalen Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 64(2), 199–206 <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03273-x>
- Wihofszky, P./Layh, S./Jahnke, M./Hofrichter, P. (2020): Appreciative Inquiry in der partizipativen Gesundheitsforschung: Methodische Einblicke in eine Fallstudie im Stadtteil. In: Hartung, S./Wihofszky, P./Wright, M.T. (Hrsg.): Partizipative Forschung – Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. Berlin, Heidelberg: Springer VS, 179–206 https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7_6

Prof. Dr. Petra Wihofszky

Hochschule Esslingen, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege, Flandernstraße 101, 73732 Esslingen a. Neckar
 petra.wihofszky@hs-esslingen.de (Korrespondenzadresse)

Jan Braun

Tiroler Str. 13, 71229 Leonberg, jan.braun@stud.hs-esslingen.de

Jana Herrmann

Hintere Str. 4/2, 73265 Dettingen, E-Mail: jana.herrmann@stud-hs-esslingen.de

Daniel Knas

Jägerhalde 105, 70327 Stuttgart, daknsp00@hs-esslingen.de

Michaela Springer

Rohrackerstraße 83, 70329 Stuttgart, michaela_springer@stud.hs-esslingen.de

Lena Marie Wirth, Isabel Jalass, Nicole Ruppert, Andreas Büscher, Manfred Hülsken-Giesler

Gesundheitsorientierte Führung in der Pflege – Einflussmöglichkeiten der Führungspersonen auf die Gesundheit von Pflegefachpersonen

Health-oriented leadership in nursing – Opportunities for leaders to influence the health of nursing professionals

In their profession, nursing professionals are exposed to work and performance pressures due to increasing numbers of patients, complex cases and the shortage of skilled workers. These pressures have an impact on their health and are expected to increase in the coming years. This article deals with the topic of leadership in nursing and the possibilities of influencing health-related, in particular psychological and ethical-moral, stress. To this end, the results of a research project on healthy staffing relevant to leadership are first highlighted, followed by a presentation of selected findings on health-oriented leadership. The focus here is on transformational and interaction-oriented leadership styles. Finally, the two strands are linked in order to identify parameters for health-promoting leadership in nursing and to derive further research needs.

Keywords

Leadership, health promotion, resources, stressors, moral distress, leader-member-exchange

Pflegefachpersonen sind in ihrem Beruf durch steigende Versorgungszahlen, komplexe Fälle und den Fachkräftemangel einem Arbeits- und Leistungsdruck ausgesetzt, der Auswirkungen auf ihre Gesundheit hat und sich in den nächsten Jahren voraussichtlich noch verstärken wird. Der Beitrag befasst sich mit dem Thema Führung in der Pflege und den Einflussmöglichkeiten auf gesundheitliche, insbesondere psychische und ethisch-moralische, Belastungen. Dazu erfolgt zunächst die Herausstellung führungsrelevanter Ergebnisse eines Forschungsprojektes zu gesunder Personalbemessung sowie anschließend die Darstellung ausgewählter Erkenntnisse zu gesundheitsorientierter Führung. Der Fokus liegt hierbei auf dem transformationalen sowie einem interaktionsorientierten Führungsstil. Abschließend werden die beiden Stränge verknüpft, um Ansatzpunkte einer gesundheitsförderlichen Führung in der Pflege zu identifizieren sowie weitere Forschungsbedarfe abzuleiten.

Schlüsselwörter

Führung, Gesundheitsförderung, Ressourcen, Stressoren, Moral Distress, Leader-Member-Exchange

eingereicht 24.04.2022

akzeptiert 21.07.2022



1. Einleitung

Pflegefachpersonen sind in ihrem Beruf tagtäglich mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. Aktuelle Entwicklungen wie beispielsweise steigende Versorgungszahlen bei einer gleichzeitig zunehmenden Komplexität der Pflegesituationen, Multimorbidität, regionale Fachkräftengpässe und fehlende private Sorgenetzwerke der pflegebedürftigen Personen verschärfen die vielfältige Anforderungslage (Jerusalem et al. 2022; Destatis 2020; Seger et al. 2020). Diese Verschärfung bleibt nicht folgenlos – gemäß des Stressreports der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) nehmen beruflich Pflegenden insgesamt eine Zunahme der Leistungs- und Zeitvorgaben, die sich zum einen in einem Anstieg des Arbeitsdrucks sowie zum anderen in Gesundheitsindikatoren wie beispielsweise Überforderungserleben und psychosomatischen Beschwerden widerspiegelt (Melzer 2020). Im Bereich der psychischen Belastungen bedingt vor allem moralischer Stress (Moral Distress), der hier entsprechend der ursprünglichen, breiten Definition von Jameton (1984) als Konflikt zwischen (berufs-)ethischen Grundsätzen und institutionellen (Rahmen-)Bedingungen verstanden wird, einen Teufelskreis, der die Belastungslage noch verstärken kann (Wirth et al. 2022; Rat der Arbeitswelt 2021; Baker et al. 2019). Dieser Teufelskreis wird ausgelöst durch ein hohes Arbeitsaufkommen und Personalmangel (understaffing), die insbesondere zu moralischem Stress führen, der wiederum den Ausfall von weiteren Pflegefachpersonen bedingt und dadurch noch mehr Belastungen für das verbleibende Personal verursacht. Der Einsatz von Leiharbeitspersonen kann diese Abwärtsspirale nur bedingt durchbrechen, da auch die Einarbeitung von Fach- oder Hilfspersonal Ressourcen bindet (Baker et al. 2019). Die Darstellung dieses Teufelskreises verdeutlicht, was auch der Arbeitswelt-Bericht 2021 konstatiert: den physischen und psychischen Gesundheitsgefährdungen von beruflich Pflegenden muss strukturell begegnet werden, um eine nachhaltige Veränderung der Arbeitsbedingungen zu erreichen (Rat der Arbeitswelt 2021).

Eine strukturelle Änderung der Arbeitsbedingungen muss zum einen die Rahmenbedingungen im Sinne der Makroebene umfassen. Zum anderen muss in der organisationalen Umsetzung der beruflich-formellen Pflegesettings (Mesoebene),¹ den Arbeitsverhältnissen als soziale Orte (Rat der Arbeitswelt 2021), eine strukturierte Reduzierung von Belastungen vorangetrieben werden. Änderungen auf der Makroebene werden im Beitrag nur mittelbar aufgenommen, da auf Forschungsergebnisse zurückgegriffen wird, die vor allem die organisationale Umsetzung thematisiert haben.

Innerhalb von Arbeitsverhältnissen haben Führungspersonen einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit von Mitarbeitenden (u. a. Gregersen et al. 2020). Im Folgenden wird daher vor allem auf Führungspersonen in der Pflege eingegangen und auf die Frage, inwiefern Führung einen Einfluss auf die beschriebene Belastungslage nimmt.

Führung wird hier auf Grund der Zuspitzung auf die besondere Einflussbeziehung von Mitarbeiter_innenführung in Anlehnung an Wunderer (2007) definiert als *„ziel- und ergebnisorientierte, aktivierende und wechselseitige, soziale Beeinflussung zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben in und mit einer strukturierten Arbeitssituation. Mitarbeiter-*



Schwerpunkt

führung gestaltet die Einflussbeziehung in führungsorganisatorisch differenzierten Rollen im Rahmen von Arbeitsverträgen“ (Wunderer 2007: 4).

Im Folgenden wird näher betrachtet, inwiefern Führungspersonen die Zunahme von beruflichen Gefährdungslagen indirekt beeinflussen und ggf. sogar direkt gestalten (beispielsweise reduzieren) können. Die Betrachtung fokussiert die psychischen und hierbei besonders die ethisch-moralischen Belastungen in der Pflege. Belastungen dieser Art sollen vor dem Hintergrund ausgewählter Erkenntnisse zur gesunden Personalbemessung in der Pflege, die im Rahmen eines gemeinsamen Projektes von der Hochschule Osnabrück und der Universität Osnabrück zusammengetragen wurden, sowie international diskutierter Ansätze zur gesunden Führung analysiert und diskutiert werden.

2. Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Personalbemessung in der Pflege: Das Projekt GEPAG

Im Rahmen des Projekts *„Gesunde Personalbemessung: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Kontexten der systematischen Personalbemessung für die Pflege“* (GEPAG), das von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gefördert wurde, ist vor allem der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Personaleinsatz untersucht worden. Das Projekt umfasste zwei Literaturstudien, Interviews und eine Fokusgruppe.

Im Rahmen der Literaturrecherchen konnten zum einen unterschiedliche Aspekte von Gesundheit und Arbeitsschutz in der Pflege identifiziert werden (detaillierte Beschreibung der Methodik siehe Wirth et al. 2021; Wirth et al. 2022), die bei der Weiterentwicklung von Instrumenten der Personalbemessung (potenziell) zu berücksichtigen sind, wie beispielsweise Nurse-Patient-Ratios, Qualifikation der Mitarbeiter_innen und Führungsstile. Die Ergebnisse wurden um nationale und internationale Erkenntnisse zu Ansätzen der Integration von Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz in Verfahren der Personalbemessung für Kontexte der (nicht-pflegespezifischen) personennahen Dienstleistung ergänzt. Zum anderen wurde der Zusammenhang von Personalbemessung, ethisch-moralischem Konflikt erleben (Moral Distress) sowie Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz in der Pflege betrachtet.

Auf Basis dieser Ergebnisse wurden drei halbstrukturierte Expert_innen-Interviews mit vier Entwickler_innen aktuell diskutierter Instrumente zur Personalbemessung in der Pflege in Deutschland durchgeführt. Im Mittelpunkt der Interviews stand die Erörterung von Möglichkeiten, die aktuellen Ansätze zur Personalbemessung systematisch um Aspekte von Gesundheits- und Arbeitsschutz in der Pflege zu erweitern. Die Interviews fokussierten dabei Personalbemessungsverfahren für die Langzeit- sowie Akutpflege.

Die erarbeiteten Ergebnisse der Expert_innen-Interviews wurden im Rahmen einer Fokusgruppe mit elf verschiedenen Stakeholdern (u. a. Berufsgenossenschaft für Ge-



sundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Gewerkschaft ver.di) präsentiert und sowohl allgemein als auch handlungsspezifisch zur Diskussion gestellt.

Abschließend wurden die Teilergebnisse der benannten Erhebungsphasen mit Blick auf die Projektfragestellung übergreifend analysiert, um Handlungsempfehlungen bzgl. einer Machbarkeit der Verschränkung von Gesundheitsorientierung und Personalbemessung abzuleiten. Eine ausführliche Darstellung der Projektergebnisse findet sich im GEPAG-Abschlussbericht (Wirth et al. 2021).

Mit dem vorliegenden Beitrag werden insbesondere jene Ergebnisse vorgestellt, die im Rahmen der Literaturstudien und der Fokusgruppe mit Blick auf führungsrelevante Aspekte in der Pflege ermittelt werden konnten. Die Analysen sind dementsprechend ein Exzerpt und folgen der Frage, welche Ergebnisse aus dem Projekt Auswirkungen von Führung auf die Gesundheit von Mitarbeiter_innen aufzeigen (Abschlussbericht und damit verbundene Veröffentlichungen s. o.). In den folgenden Abschnitten wird dieses Projektexzerpt mit aktuellen Diskursen bzgl. des Zusammenhangs von Mitarbeiter_innenführung und Gesundheit verbunden, um weitergehende Forschungsbedarfe zu verdeutlichen.

3. Projektergebnisse zum Thema Führung

Im Folgenden werden ausgewählte, zentrale Ergebnisse der im Projekt GEPAG durchgeführten Literaturstudien sowie der Fokusgruppe dargestellt, die einen Bezug zur möglichen Einflussnahme von Führungspersonen auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter_innen aufzeigen.

3.1 Ergebnisse aus den Literaturstudien

Die Ergebnisse der Literaturstudien fokussieren drei verschiedene Themenkomplexe: Arbeitsbedingungen, soziale Unterstützung und Selbstfürsorge sowie Konflikt zwischen wirtschaftlichen und fachlichen Interessen. Inwiefern diese durch Führungspersonen beeinflusst werden können, wird nachfolgend beschrieben.

Arbeitsbedingungen

Führungspersonen nehmen, wie in der Definition von Wunderer (2007) beschrieben, im Rahmen ihres arbeitsvertraglichen Direktionsrechts Einfluss auf die Arbeitserbringung von Pflegefachpersonen. In den GEPAG-Literaturstudien wurde deutlich, dass beispielsweise die Verweildauer und Wiederaufnahmen von Patient_innen in akutstationären Einrichtungen einen Einfluss auf die Gesundheit von Pflegefachpersonen haben (Wirth et al. 2022; Humphries et al. 2016; Sturm et al. 2019). Die Aussage „*Pushing beds and being pushed*“ (Humphries et al. 2016: 6), die bei einer kleinen qualitativen Untersuchung in einer neuseeländischen Klinik geäußert wurde, steht dabei sinnbildlich für den berufsethisch brisanten Faktor „Zeitmangel“, der sowohl für ein-



zelne Tätigkeiten als auch bzgl. der gesamten Verweildauer von Patient_innen eine Relevanz hat. In der Analyse wird besonders betont, dass vor allem die Vorgaben aus dem Top-Management bzw. verwaltungsorientierten Management diese Drucksituation auslösen. Führungspersonen der Station (mittleres Management) sind dieser Studie folgend nicht oder nur unzureichend in sehr bedeutende arbeitsorganisatorische und -gestaltende Rahmenbedingungen involviert. Dies weist darauf hin, dass mittlere Führungspersonen unter Umständen zu wenig Einfluss ausüben können und größere Handlungsspielräume benötigen. Weiterhin zeigen die Ergebnisse auch, dass sich Mitarbeiter_innen von ihren direkten Führungspersonen mehr Beteiligung und Autonomie in der Arbeit wünschen, damit psychische Belastungen aufgrund von mangelhaften Planungs-, Gestaltungs- und Steuerungsprozessen reduziert werden können (Wirth et al. 2022; Cramer/Hunter 2019; Sturm et al. 2019; Albashayreh et al. 2019; Furunes et al. 2018; Josefsson et al. 2018).

Josefsson et al. (2018) verweisen in diesem Zusammenhang auf eine Auflistung von Indikatoren zur gesunden Gestaltung von Arbeitsumgebungen, die auf eine systematische Literaturrecherche von Lindberg und Vingård (2012) zurückgehen: „*positive, accessible and fair leaders; collaboration/teamwork; positive social climate; employee involvement; autonomy/empowerment; role clarity with clear expectations and goals; recognition; growth and development of the individual at work; moderate work pace and workload; administrative and/or personal support at work; safe physical work and good relations with stakeholder*” (Josefsson et al. 2018: 409; Lindberg et al. 2012).

In den Standards der American Association of Critical-Care Nurses (AACN), speziell dem „Standard for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments“, findet sich eine ähnliche, verkürzte Aufzählung. Gesunde Arbeitsbedingungen in der Pflege sollen danach über „*skilled communication, true collaboration, effective decision making, appropriate staffing, meaningful recognition and authentic leadership*” (AACN 2005: 2) realisiert werden.

Beide Quellen weisen somit klare Kommunikation, Entscheidungen und Rollenzuweisungen sowie eine angemessene Arbeitsverteilung bei effektiver Stellenbesetzung als Indikatoren für eine gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung aus.

Soziale Unterstützung und Selbstfürsorge

In den GEPAG-Literaturstudien wurden Ergebnisse zur Relevanz von sozialer Unterstützung für Kontexte einer gesunden Pflegearbeit identifiziert. Soziale Unterstützung steht sowohl für eine Verfügbarkeit von qualitativen als auch quantitativen Beziehungen, d. h. Personen, Handlungen und Interaktionen, die einer Person das Gefühl geben, wertgeschätzt und umsorgt zu sein (Ulich et al. 2015). Die Quellen und Arten sozialer Unterstützung können variieren (ebenda). In den Scoping Reviews wurde eine positive Wirkung von sozialer Unterstützung durch die Kolleg_innen und Führungspersonen auf die vor allem psychische (ethisch-moralische) Belastungslage der Pflegepersonen ermittelt (Furunes et al. 2018; Josefsson et al. 2018; Humphries et al. 2015; Sturm et al. 2019; Berhie et al. 2020; Bosshardt et al. 2018; Hiler et al. 2018; Laurs et al. 2020; Spenceley et al. 2019; Trotochaud et al. 2015; Vaziri et al. 2015; Wachholz et al.



2019; Whitehead et al. 2015; Woods et al. 2015; Woods 2020). Beispielsweise benannten 82,4% der Pflegefachpersonen aus der Studie von Spenceley et al. (2019) *“Sharing laughter and humour with colleagues”* (S. 56) als Strategie zur Vermeidung von Moral Distress. Um ein gesundes Arbeitsumfeld zu schaffen, ist somit die Förderung der Zusammenarbeit und Kommunikation im Team erforderlich (Hiler et al. 2018; Whitehead et al. 2015). Diese Förderung obliegt dabei vor allem der Führungsperson, indem sie hierfür genügend Zeit und Raum schafft.

Neben der Unterstützung von Mitarbeiter_innen und der Förderung von gegenseitiger Unterstützung der Kolleg_innen, ist auch die Selbstfürsorge der Führungspersonen in einem Beitrag als wichtiger Faktor für ein gesundes Arbeitsumfeld aufgeführt worden. Selbstfürsorge meint den ressourcen- und leistungsorientierten Umgang mit sich selbst und die Erhaltung der eigenen Gesundheit (Cho et al. 2018). Außerdem wird mit Selbstfürsorge auch das Prinzip, dass nur wer sich um sich selbst sorgt auch gut für andere sorgen kann, adressiert (Wirth et al. 2022).

Konflikt zwischen wirtschaftlichen und fachlichen Interessen

Neben all den Bedingungen, für die Führungspersonen mitunter verantwortlich sind und über die eine positive Wirkung auf die Belastungslage erwirkt werden kann, ist die besondere Situation der Führungspersonen ebenso zu berücksichtigen. In der Regel findet Führung in Gesundheitsorganisationen auf unterschiedlichen Hierarchieebenen mit unterschiedlichen Befugnissen/Handlungsspielräumen statt. Nicht immer können beispielsweise Zeit und Raum für ausreichende Kommunikation im Team realisiert werden, da die finanziellen Ressourcen dazu z. B. vom Management nicht bereitgestellt oder von den Kostenträgern nicht refinanziert werden. Das Erleben des Spannungsverhältnisses zwischen fachlichen Bedarfen auf der einen Seite und den wirtschaftlichen Zwängen auf der anderen Seite wurde in verschiedenen Studien zu Moral Distress identifiziert (Berhie et al. 2020; Borhani et al. 2017; Ganz et al. 2015; Pergert et al. 2019; Wachholz et al. 2019; Whitehead et al. 2015; Woods et al. 2015; Woods 2020). Einige Untersuchungen zeigen diese ethisch-moralische Konfliktsituation zwischen fachlichen und wirtschaftlichen Anforderungen auch auf der Ebene der Pflegefachpersonen (Borhani et al. 2017; Pergert et al. 2019; Woods et al. 2015). Folgen von Moral Distress sind beispielsweise Zynismus, emotionale Erschöpfung oder letztlich ein Berufsausstieg (Hartog 2017; DBfK 2019; Graeb 2019).

3.2 Ergebnisse aus der Fokusgruppe

Im Rahmen der Fokusgruppe wurde diskutiert, welche Aspekte die Experten als essentiell erachten, damit Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung auf institutioneller Ebene gelingen kann. Dabei wurden unter anderem die Bereitstellung von Unterstützungsangeboten und Freistellung der Führungspersonen sowie die Erarbeitung von demografiesensiblen Konzepten zur Verhaltens- und Verhältnisprävention hervorgehoben.



Schwerpunkt

Unterstützungsangebote für Führungspersonen

Auf der institutionellen Ebene von Pflegearbeit haben die Teilnehmer_innen der GEPAG-Fokusgruppe angeregt, dass es mehr Unterstützungsangebote für Führungspersonen bedarf, die vor allem Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt stellen (Wirth et al. 2021). In diesem Zusammenhang ist insbesondere der Zuschnitt der Angebote auf die speziellen Führungsanforderungen in der Pflegearbeit als wichtig erachtet worden. Zu bedenken seien dabei auch die unterschiedlichen Handlungsfelder der Pflegearbeit, da sich beispielsweise die Anforderungen in einem ambulanten Dienst von der Arbeit in akutstationären Kliniken unterscheiden.²

Freistellung für Führungspersonen

Die gesunde Gestaltung von Führungsarbeit erfordert Zeit für die Ausbildung der dazu notwendigen Kompetenzen sowie deren Ausübung. Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe melden jedoch zurück, dass Führungspersonen häufig keine oder nicht ausreichend Freistellung für Fort- und Weiterbildung durch ihre Organisationen zugesprochen bekommen (Wirth et al. 2021). Die Refinanzierung von gesundheitsorientierter (Führungs-)Arbeit, beispielsweise durch mehr Zeit für Führungsaufgaben, wird gemäß der Einschätzung der Teilnehmer_innen weder vom Topmanagement noch strukturell durch die Kostenträger im Gesundheitswesen gefördert oder gefordert. Zu beobachten ist hingegen, dass die fehlenden Ressourcen von den Führungspersonen teilweise auf Kosten der eigenen Freizeit kompensiert werden. Diese Kompensation führt wiederum zu neuen Belastungen, z. B. durch die Entgrenzung von Arbeit(-szeit) oder anderen Formen der (Über-)Verausgabung.

Demografiesensible Konzepte zur Verhaltens- und Verhältnisprävention

Neben einer Gesundheitsorientierung bei den Rahmenbedingungen von Pflegearbeit wurde von den Teilnehmer_innen der Fokusgruppe auch eine stärkere Alternsensibilität bzw. Demografiesensibilität gefordert. Alternsgerecht sind Arbeitsbedingungen, unter denen eine Beschäftigung in der Regel ohne gesundheitliche Spätfolgen ausgeübt werden kann und Beschäftigte das Rentenalter erreichen können (Stracke et al. 2016). Eine alternsgerechte Führung, die nicht auf Altersstereotype gründet, sollte auf verschiedene Lebensphasen von Beschäftigten und die damit verbundenen Besonderheiten eingestellt sein (Klinger et al. 2016).

Die Ergebnisse des GEPAG-Projekts verdeutlichen die Bedeutung einer gesundheitsorientierten Führung im Pflegesetting, doch stellt sich die Frage, wie diese umgesetzt werden kann. Im folgenden Kapitel werden daher Ansätze vorgestellt, die eine gesundheitsorientierte Führung ermöglichen.

² Vgl. hierzu 1. Fußnote dieses Beitrages.



4. Gesundheitsorientierte Führung

Der Zusammenhang von Mitarbeiterführung und Gesundheit wurde umfassend in einem deutschsprachigen Review von Gregersen et al. (2011) sowie in weiteren Beiträgen (z. B. Murlane et al. 2016; Häfner et al. 2019; Staar et al. 2019; Gregersen et al. 2020) untersucht und diskutiert. Grundsätzlich kann Mitarbeiterführung sowohl positiv als Ressource als auch negativ als Stressor wirken (Gregersen et al. 2011; Gregersen et al. 2020). Eine Ressource ist dann gegeben, wenn die Führung als Unterstützung wahrgenommen wird sowie Mitbestimmung, Beteiligung, Anerkennung/Wertschätzung, Kommunikation und Gerechtigkeit ermöglicht werden. Zum Stressor wird Führung, wenn ungeduldiges Verhalten, fehlende Konfliktbewältigung oder die Weitergabe von Arbeitsdruck die Beziehung zwischen Mitarbeiter_in und Führungsperson prägen (Gregersen et al. 2011). Eine gesundheitsförderliche Wirkung wurde vor allem bei Ansätzen der transformationalen Führung und im Leader-Membership-Exchange-Modell (LMX-Modell) nachgewiesen (Gregersen et al. 2011; Gregersen et al. 2016; Gregersen et al. 2020).

Transformationale Führung zeichnet sich durch die vier folgenden Charakteristika aus:

- „Individual Consideration: Die Führungskraft versteht sich als Coach, der die Potenziale der Mitarbeiter erkennt und fördert. Individuelle Aufmerksamkeit für Unterschiede und deren Würdigung.
- Intellectual Stimulation: Anregung und Förderung von eigenverantwortlichem kreativen Denken. Gewohnte Annahmen können in Frage gestellt werden, wodurch ein Perspektivwechsel gefördert werden kann.
- Inspirational Motivation: Begeisterung und Motivation durch Visionen, Optimismus und Zuversicht werden vorgelebt, und durch die Zielorientierung der Vision wird Orientierung und Sinnggebung ermöglicht.
- Idealized Influence: Ausübung und Einfluss durch Vorbildlichkeit und Glaubwürdigkeit in Worten und Taten. Charismatische Ausstrahlung und modellhaftes Verhalten.“ (Bass 1990; Felfe 2006; Riedelbauch 2011, zitiert nach Glunz 2014: 54).

Da zur transformationalen Führung bereits umfassende Erhebungen vorliegen (Arnold et al. 2007, Arnold 2017, Bass et al. 1993, Zwingmann et al. 2014), wird hier vor allem auf die Erkenntnisse zum LMX-Modell eingegangen. Aus dem Modell der transformationalen Führung wird im späteren Verlauf die Vorbildfunktion von Führungspersonen aufgegriffen, die auch in jüngeren Arbeiten als relevanter Einflussfaktor auf die Gesundheit von Mitarbeiter_innen bestätigt wurde (Franke et al. 2011).

Die austauschorientierte, ursprünglich von Graen und Uhl-Bien (1995) vorgelegte Führungstheorie „Leader-Member-Exchange“ (LMX-Ansatz) stellt die Beziehung zwischen Führungsperson und Geführten in den Mittelpunkt der Betrachtung. Sie wird den interaktionsorientierten Führungstheorien zugeordnet (Rybnikova et al. 2021).



Schwerpunkt

Die Beziehung im LMX-Ansatz wird dadurch definiert, analysiert und gestaltet, dass ein Austauschprozess zwischen Leader und Member fokussiert wird. Der Austausch bezieht sich auf soziale (i. d. R. immaterielle) und ökonomische (i. d. R. materielle) Ressourcen (Rybnikova et al. 2021). Er basiert auf dem Prinzip der Reziprozität und damit auf generellen Erwartungen und (nicht unbedingt festgelegten) Gegenleistungen. Es kommt demnach zu eher diffusen gegenseitigen Erwartungen (Rybnikova et al. 2021). Die Komplexität der verschiedenen Erwartungen wird dadurch reduziert, dass der LMX-Ansatz stets von einer bestimmten Führungsdyade ausgeht, d. h. einer konkreten Führungsbeziehung zwischen Mitarbeiter_in und Führungsperson. Der Maßstab für die Qualität der Beziehung wird durch die Gleichwertigkeit des Austausches von Ressourcen (immateriell und materiell) definiert, eine qualitativ hochwertige Beziehung weist dementsprechend einen weitestgehend gleichwertigen Austausch von Ressourcen auf (Gregersen et al. 2016). Dabei nehmen Führungspersonen durch die Gestaltung arbeitsbezogener Merkmale wie beispielsweise Rollenklarheit, Vorhersehbarkeit und Bedeutung der Arbeit einen relevanten Einfluss auf die Gesundheit und die Beziehungsqualität (Gregersen et al. 2016). Dem LMX-Ansatz wird eine stärkere Wirkung auf die Gesundheit der Beschäftigten zugeschrieben als anderen Führungskonzepten (Gregersen et al. 2020).

Im Mittelpunkt einer Führungstätigkeit sollte entsprechend der austauschtheoretischen Theorie stets eine Beziehung stehen, die auf Vertrauen, Respekt und gegenseitiger Bindung sowie voneinander Lernen beruht (Graen et al. 1995). Die Gestaltung von Beziehungen ist eine individuell sehr unterschiedliche Anforderung, die nicht nur durch die beteiligten Personen, sondern auch durch deren Umfeld, durch arbeitsbezogene Merkmale und die Interaktion zwischen den Teammitgliedern geprägt, wenn nicht determiniert, wird. Einfluss nehmen individuelle Bedürfnisse, Motive und Voraussetzungen. Außerdem spielt die Bereitstellung von Ressourcen, z. B. Informationen, Unterstützung und Handlungsspielräumen, durch die Führungsperson eine grundlegende Rolle. Hilfestellungen zur Gestaltung können demnach nur als grobe Orientierung dienen und müssen von den jeweiligen Führungspersonen selbst erarbeitet werden. Die Entwicklung einer stabilen und guten Beziehung zu den Mitarbeiter_innen stellt dem LMX-Konzept zufolge somit hohe Anforderungen an die kommunikativen und sozialen Kompetenzen der Führungsperson (Gregersen et al. 2020).

In den Untersuchungen zum LMX-Modell bestätigte sich, dass eine hohe Qualität der Austauschbeziehung zwischen Führungsperson und Mitarbeiter_in zu weniger Burnout sowie emotionalen Belastungen führt. Bei einer gelungenen Beziehungsgestaltung kann bei den Mitarbeitenden in der Abteilung ein Gefühl der Akzeptanz, Wertschätzung und Unterstützung entstehen (Gregersen et al. 2020).

Damit verbunden erwies sich auch die mittelbar positive Wirkung der Ressourcen Rollenklarheit (role clarity), Sinnhaftigkeit der Arbeit (meaningfulness of work) sowie Vorhersehbarkeit (predictability) auf die Gesundheit von Mitarbeiter_innen (Gregersen et al. 2016).



Die Arbeiten von Vincent (2011) zur gesundheitsförderlichen Führung im Allgemeinen zeigen darüber hinaus, dass über die Gestaltung von Anforderungen (beispielsweise Komplexität, Variabilität), Stressoren (beispielsweise quantitative oder qualitative Über- oder Unterforderung) und Ressourcen (beispielsweise Handlungsspielraum, Partizipation) mittelbar das Wohlbefinden von Mitarbeiter_innen beeinflusst werden kann (Vincent 2011; Gregersen et al. 2020).

Zusammenfassend weisen die Arbeiten zum Zusammenhang von Führung und Gesundheit darauf hin, dass Führungspersonen sowohl über die Gestaltung von Anforderungen, Stressoren und Ressourcen als auch über die Führungsbeziehung und ihre Selbstfürsorge Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter_innen nehmen.

5. Gesundheitsorientierte Führung vor dem Hintergrund der GEPAG-Ergebnisse

Die Erkenntnisse aus dem GEPAG-Projekt und die Ausführungen zum Thema gesundheitsorientierte Führung verweisen auf konkrete Ansatzpunkte zur Gestaltung von Führung in der Pflege sowie auf weitere Forschungsbedarfe.

Grundsätzlich zeigt sich, dass Führungspersonen eine wichtige Rolle in der zuge-spitzten Belastungssituation von Pflegefachpersonen inne haben. Zusammengefasst nehmen Führungspersonen Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter_innen durch:

- eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung,
- Arbeitsbedingungen im Sinne einer Ausgewogenheit von
 - o Anforderungen und
 - o Ressourcen,
- die Sorge um die eigene Gesundheit im Sinne von
 - o Selbstfürsorge und
 - o Vorbildfunktion.

Die Erkenntnisse zur Beziehungsgestaltung, die sich vor allem aus der Forschung zum LMX-Ansatz ergeben, legen nahe, dass Führungspersonen einen vertrauensvollen Austausch und ein gegenseitiges Lernen auf Augenhöhe zu ihren Mitarbeiter_innen pflegen sollten. Die GEPAG-Studien unterstreichen diesen Hinweis für die Pflege, da auch hier wertschätzende, kommunikative und authentische Führungspersonen als gesundheitsfördernd eingeschätzt wurden.

Weiterhin zeigen die bisherigen Ausführungen, dass Führung über die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und -aufgaben, d. h. über das Verhältnis von Anforderungen zu Ressourcen, einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter_innen einnehmen kann. Führungspersonen beeinflussen über die Zuweisung von Arbeit und Bereitstellung von Ressourcen die Bewältigung der Arbeit. Die Ausgewogenheit wird dabei durchaus individuell unterschiedlich wahrgenommen und kann dement-



Schwerpunkt

sprechend je nach Person und (beispielsweise) ihrer derzeitigen Lebensphase demografiesensibel variieren.

Führungspersonen sollten ihre Beziehung zu den Mitarbeiter_innen nutzen, um diese bei der Entwicklung eines individuell-ausgewogenen Verhältnisses zur Arbeit unterstützen. Die Einflussnahme über den Bereich der personalen Ressourcen (beispielsweise Persönlichkeitsmerkmale, Selbstkonzept) ist eingeschränkt möglich (beispielsweise über Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung oder Coaching), kann jedoch vor allem über organisationale Ressourcen wie soziale Unterstützung, Partizipation, Handlungsspielraum, Rollenklarheit und demografiesensible Konzepte ausgeübt werden. Auch eine bewusste Reduzierung von bekannten Stressoren wie beispielsweise qualitative oder quantitative Überforderung fällt in den Bereich der Gestaltung der Arbeitsbedingungen und -aufgaben.

Die Ergebnisse des GEPAG-Projektes und Erkenntnisse im Bereich der transformationalen Führung zeigen, dass die Berücksichtigung der Situation der Führungsperson im Sinne einer gesunden Selbstführung Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten haben kann. Im Sinne einer Vorbildfunktion wirkt sich der Aufbau von Ressourcen der Führungsperson (Selbstfürsorge) mittelbar positiv für die Gesundheit der Mitarbeiter_innen aus.

Führungspersonen, die sich über ihre Maße beanspruchen und beispielsweise im Sinne der interessierten Selbstgefährdung ihre Gesundheit für den Erfolg oder zur Vermeidung eines Misserfolges der Organisation in die Bresche werfen (vgl. Peters 2011; Wirth et al. 2019), schaden damit nicht nur sich, sondern mittelbar auch ihren Mitarbeiter_innen. Vor allem Personen in der mittleren Führungsebene stehen häufig im Zwiespalt verschiedener Interessen, Bedarfe und Anforderungen. Neben den sozialen Bedarfen des geführten Teams, bestehen ebenso fachliche Anforderungen und Interessen, denen genügend Zeit und Raum zugesprochen werden muss. Gleichzeitig werden vom übergeordneten Management vor allem wirtschaftliche Ziele an Führungspersonen herangetragen und gewisse Rahmenbedingungen vorgegeben. Hier ist es von Bedeutung, die eigene Situation und Rolle (i. S. v. Rollenklarheit) gut zu reflektieren, anstatt den Druck auf Kosten der eigenen Gesundheit zu kompensieren. Dies kann gelingen, indem Führung auf allen Ebenen in den Blick genommen wird, da auch mittlere Führungspersonen wiederum in einem Arbeitsverhältnis stehen und somit zum Topmanagement ebenso eine gleichwertige Führungsbeziehung (hier in der Mitarbeiter_innen-Rolle) aufbauen sollten.

Grundlegend zeigt die Zusammenführung der Erkenntnisse weiterhin, dass speziell die Gefährdung der Sinnhaftigkeit der Arbeit, die vor allem bei Vorhandensein der beschriebenen ethisch-moralischen Konflikte eine Folge sein kann, mittelbar die Gesundheit von Pflegefachpersonen negativ beeinflussen kann. Führungspersonen sollten demnach ein besonderes Augenmerk auf die (Be-)Wahrung der sinnstiftenden Anteile der Pflegearbeit legen und diese fördern. Die Auseinandersetzung mit ethischen Spannungsfeldern in der Arbeit kann beispielsweise durch eine ethikorientierte Führung, wie sie Suermann (2020) beschreibt, umgesetzt werden.



6. Fazit

Zusammenfassend zeigt die Argumentation dieses Beitrages vor allem die Relevanz von Führung für die Gesundheit von Mitarbeiter_innen auf. Die dargestellten Teilergebnisse des GEPAG-Projektes beschreiben Erkenntnisse zum Einfluss von Führung auf die Gesundheit der Mitarbeiter_innen. Für eine vertiefende Analyse ist es jedoch notwendig, noch gezieltere Studien zum Zusammenhang von Führung und Gesundheit in der Pflege durchzuführen, welche eine konkrete Fragestellung ins Zentrum der Betrachtung stellen. Die im Beitrag aufgeführten Ergebnisse sind im Rahmen eines Forschungsprojektes zur Untersuchung des Zusammenhangs von Personalbemessung und Gesundheit in der Pflege entstanden und wurden innerhalb der obigen Analyse vor dem Hintergrund aktueller Forschungsergebnisse reflektiert. Die Erkenntnisse weisen daher Limitationen beispielsweise in Bezug auf organisationale und kulturelle Unterschiede von Führung auf. Gleichwohl zeigen sie, dass weitergehende Forschung zu dem Thema erforderlich und sinnvoll ist.

Wie bereits im Abschlussbericht zum GEPAG-Projekt konstatiert, gehen die Autor_innen davon aus, dass Gesundheit die Voraussetzung von Arbeitsfähigkeit ist (Wirth et al. 2021). Dementsprechend besteht eine hohe Relevanz für Forschung im Bereich der Personen/-gruppen (hier Führungspersonen), die auf die Gesundheit in Arbeitsbeziehungen Einfluss nehmen.

Institutionen, in denen Pflegearbeit stattfindet, müssen bei der zunehmenden Belastungssituation ihrer Beschäftigten mehr über Möglichkeiten zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen bzw. vor allem Reduzierung dieser Belastungssituation lernen. Gesundheit ist dabei mehr als betriebliches Gesundheitsmanagement, das sich auf Sport, Ernährung und Ergonomie fokussiert. Weitere Forschungsbemühungen zu Führung und Gesundheit sollten insbesondere die unterschiedlichen Bedingungen in den jeweiligen Handlungsfeldern der Pflege (ambulant, langzeit- und akutstationär) und den einzelnen Institutionen sowie regionsspezifische Anforderungen stärker berücksichtigen.

Wie die Auseinandersetzung mit dem Teilergebnis der Untersuchung zur Personalbemessung und Gesundheit zeigt, hat Führung einen beachtlichen Einfluss auf die Gesundheit von Mitarbeiter_innen in der Pflege, den es intensiver zu beforschen und in der Praxis stärker zu fördern gilt. Dieser Beitrag ist demnach vor allem als Impuls und Indikation für die Ausweitung der Forschung im Bereich der speziell gesundheitsorientierten Führung zu verstehen.

Literatur

- AACN, The American Association of Critical-Care Nurses (2005): AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environments: A journey to excellence
- Albashayreh, A./Al Sabei, S. D./Al-Rawajfah, O. M./Al-Awaisi, H. (2019): Healthy work environments are critical for nurse job satisfaction: Implications for Oman. In: *International Nursing Review* 66(3), 389-395
- Arnold, K. A./Turner, N./Barling, J./Kelloway E. K./McKee, M. C. (2007): Transformational leadership and psychological well-being: The mediating role of meaningful work. In: *Journal of Occupational Health Psychology* 12(3), 192-203



- Arnold, K. A. (2017): Transformational leadership and employee psychological well-being: A review and directions for future research. In: *Journal of Occupational Health Psychology* 22(3), 381-393
- Baker, J. A./Canvin, K./Berzins, K. (2019): The relationship between workforce characteristics and perception of quality of care in mental health: A qualitative study. In: *International Journal of Nursing Studies* 100, 103412
- Bass, B. M. (1990): From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. In: *Organizational Dynamics* 18(3), 19-31
- Bass, B. M./Avolio, B. J. (1993): Transformational leadership and organizational culture. In: *International Journal of Public Administration* 17(3-4), 541-554
- Berhie, A. Y./Tezera, Z. B./Azagew, A. W. (2020): Moral distress and its associated factors among nurses in Northwest Amhara regional state referral hospitals, Northwest Ethiopia. In: *Psychology Research and Behavior Management* 13, 161-167
- Borhani, F./Abbaszadeh, A./Mohamadi, E./Ghasemi, E./Hoseinabad-Farahani, M. J. (2017): Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. In: *Nursing Ethics* 24(4), 474-482
- Bosshardt, M. H./Coyne, P. J./Marsden, J./Su, Z./Melvin, C. L. (2018): Palliative care consultation policy change and its effect on nurses' moral distress in an academic medical center. In: *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 20(4): 325-329
- Cho, H./Han, K. (2018): Associations among nursing work environment and health-promoting behaviors of nurses and nursing performance quality: A multilevel modeling approach. In: *Journal of Nursing Scholarship* 50(4), 403-410
- Cramer, E./Hunter, B. (2019): Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. In: *Women and Birth* 32(6), 521-532
- DBfK (2019): Ethische Konflikte. Lösungsvorschläge aus der Praxis für die Praxis. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/BAG_Broschuere_Ethische-Konflikte_2019.pdf> [Stand 2022-07-18]
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile> [Stand 2022-04-06]
- Felfe, J. (2006): Validierung einer deutschen Version des „Multifactor Leadership Questionnaire“ (MLQ Form 5xShort) von Bass und Avolio (1995). In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 50(2), 61-78
- Franke, F./Felfe, J. (2011): Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – das Instrument „Health-oriented Leadership“. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Macco, K.: *Fehlzeitenreport 2011, Führung und Gesundheit*. Heidelberg: Springer Medizin, 3-14
- Furunes, T./Kaltveit, A./Akerjordet, K. (2018): Health-promoting leadership: A qualitative study from experienced nurses' perspective. In: *Journal of Clinical Nursing* 27(23-24), 4290-4301
- Ganz, F. D./Wagner, N./Toren, O. (2015): Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. In: *Nursing Ethics* 22(1), 43-51
- Glunz, L. M. (2014): *Modell einer individuellen ressourcenorientierten Veränderungsbewältigung*. Oldenburg: OIWIIR-Verlag
- Graeb, F. (2019): *Ethische Konflikte und Moral Distress auf Intensivstationen. Eine quantitative Befragung von Pflegekräften*. Berlin: Springer Nature
- Graen, G. B./Uhl-Bien, M. (1995): Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member-exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. In: *Leadership Quarterly* 6(2), 219-247.
- Gregersen, S./Kuhnert, S./Zimmer, A./Nienhaus, A. (2011): Führungsverhalten und Gesundheit - Zum Stand der Forschung. In: *Das Gesundheitswesen* 73(1), 3-12
- Gregersen, S./Vincent-Höper, S./Nienhaus, A. (2016): Job-related resources, leader-member exchange and wellbeing - a longitudinal study. In: *Work & Stress* 30(4), 356-373
- Gregersen, S./Vincent-Höper, V./Schambortski, H./Nienhaus, A. (2020): Führung und Gesundheit der Beschäftigten. In: Kriwy, P./Jungbauer-Gans, M.: *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Wiesbaden:

- Springer, 559-579. Häfner, A./Pinneker, L./Hartmann-Pinneker, J. (2019): *Gesunde Führung. Gesundheit, Motivation und Leistung fördern*. Berlin: Springer Nature
- Hartog, C.S. (2017): Ich kann nicht mehr: Burn-out – eine Aufrüttelung. In: *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin* 114(8), 693-698
- Hiler, C.A./Hickman, R. L. JR/Reimer, A. P./Wilson, K. (2018): Predictors of moral distress in a US sample of critical care nurses. In: *American Journal of Critical Care* 27(1), 59-66
- Humphries, A./Woods, M. (2016): A study of nurses' ethical climate perceptions: Compromising in an uncompromising environment. In: *Nursing Ethics* 23(3), 265-276
- Jameton, A. (1984): *Nursing practice: the ethical issues*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
- Jerusalem, A./Löffler, K./Roth, P. (2022): „Wenn ich groß bin, geh' ich in die Pflege“. In: *Zeitschrift Pro-Care* 27, 48-51
- Josefsson, K. A./Avby, G./Back, M. A./Kjellstrom, S. (2018): Workers' experiences of healthy work environment indicators at well-functioning primary care units in Sweden: A qualitative study. In: *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 36(4), 406-414
- Klinger, C./Stracke, S./Müller, C./Nerdinger, F. W. (2016): Innovativ und leistungsfähig mit alternden Belegschaften. In: Nerdinger, F.W./Wilke, P./Stracke, S./Drews, U: *Innovation und Personalarbeit im demografischen Wandel*. Wiesbaden: Springer, 27-38
- Lauris, L./Blaževičienė, A./Capezuti, E./Milonas, D. (2020): Moral distress and intention to leave the profession: Lithuanian nurses in municipal hospitals. In: *Journal of Nursing Scholarship* 52(2), 201-209
- Lindberg, P./Vingard, E. (2012): Indicators of healthy work environments - a systematic review. In: *Work* 41, 3032-3038
- Melzer, M. (2020): Arbeitssituation und Gesundheit beruflich Pflegenden. In: BAuA: *Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 136-145
- Mourlane, D./Hollmann, D. (2016): Führung, Gesundheit und Resilienz. Ergebnisse einer empirischen Studie in deutschen Unternehmen. In: Hänsel, M./Kaz, K.: *CSR und gesunde Führung. Werteorientierte Unternehmensführung und organisationale Resilienzsteigerung*. Berlin: Springer, 121-135
- Pergert, P./Bartholdson, C./Blomgren, K./Sandeberg, M. af (2019): Moral distress in paediatric oncology: Contributing factors and group differences. In: *Nursing Ethics* 26(7/8), 2351-2363
- Peters, K. (2011): Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Eine 180-Grad-Wende bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Kratzer, N./Becker, K./Dunkel W./Hinrichs, S. (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement*. Berlin: Nomos, 105-122
- Rat der Arbeitswelt (2021): *Vielfältige Ressourcen stärken – Zukunft gestalten. Impulse für eine nachhaltige Arbeitswelt zwischen Pandemie und Wandel*. <https://www.arbeitswelt-portal.de/fileadmin/user_upload/awb_2021/210517_Arbeitsweltbericht_bf.pdf> [Stand 2022-04-05]
- Riedelbauch, K. (2011): *Theorie und Förderung transformationaler Führung: Selbstdarstellungstheoretische Interpretation und Wirksamkeit von Gruppenworkshops und Einzelcoachings*. Dissertation. Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Bamberg. <urn:nbn:de:bvb:473-opus-3264> [Stand 2022-04-18]
- Rybnikova, I./Lang, R. (2021): *Aktuelle Führungstheorien und -konzepte. 2., vollständig überarb. Aufl.* Wiesbaden: Springer Gabler
- Seger, W./Gaertner, T. (2020): Multimorbidität. Eine besondere Herausforderung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 117(44), 2095-2096
- Spenceley, S./Caspar, S./Pijl, E. (2019): Mitigating moral distress in dementia care: Implications for leaders in the residential care sector. In: *World Health & Population* 18(1), 47-60
- Staar, H./Gurt, J./Janneck, M. (2019): *Gesunde Führung in vernetzter (Zusammen-)Arbeit - Herausforderungen und Chancen*. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer, M.: *Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung - gesundes Arbeiten ermöglichen*. Berlin: Springer, 217-236
- Stracke, S./Schönberg, K. (2016): Die demografische Entwicklung: Trends und Folgen für Unternehmen. In: Nerdinger, F.W./Wilke, P./Stracke, S./Drews, U: *Innovation und Personalarbeit im demografischen Wandel*. Wiesbaden: Springer, 11-26

Schwerpunkt

- Sturm, H./Rieger, M. A./Martus, P./Ueding, E./Wagner, A./Holderried, M./Maschmann, J. (2019): Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. In: PLoS One, DOI: 10.1371/journal.pone.0209487
- Suermann, J. (2020): Ethikorientierte Führung in der Pflege. Analyse und Empfehlungen für die Praxis. Wiesbaden: Springer
- Trotochaud, K./Coleman, J. R./Krawiecki, N./McCracken, C. (2015): Moral distress in pediatric health-care providers. In: Journal of Pediatric Nursing 30(6), 908-914
- Ulich, E./Wülser, M. (2015): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. 6., überarb. u. erw. Aufl. Wiesbaden: Springer Gabler
- Vaziri, M. H./Merghati-Khoei, E./Tabatabaei, S. (2015): Moral distress among iranian nurses. In: Iranian Journal of Psychiatry 10(1), 32-36
- Vincent, S. (2011): Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Macco, K.: Fehlzeitenreport 2011. Führung und Gesundheit. Heidelberg: Springer Medizin, 49-60
- Wachholz, A./Dalmolin, G. d. L./Silva, A. M. d./Andolhe, R./Barlem, E. L. D./Cogo, S. B. (2019): Moral distress and work satisfaction: What is their relation in nursing work? In: Revista Da Escola De Enfermagem USP 53, e03510
- Whitehead, P. B./Herbertson, R. K./Hamric, A. B./Epstein, E. G./Fisher, J. M. (2015): Moral distress among healthcare professionals: Report of an institution-wide survey. In: Journal of Nursing Scholarship 47(2), 117-125
- Wirth, L. M./Peters M./Daxberger, S./Hülken-Giesler M. (2019): Verantwortung ohne Befähigung – wie Führungs- und Fachkräfte in der ambulanten Pflege systematisch überfordert werden: Analyse und erste Gestaltungsansätze. In: Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft 5(1), 53-61
- Wirth, L. M./Ruppert, N./Büscher, A./Hülken-Giesler, M. (2021): Gesunde Personalbemessung: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Kontexten der systematischen Personalbemessung für die Pflege (GePAG). Abschlussbericht im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Osnabrück. <<https://osnadocs.ub.uni-osnabrueck.de/handle/urn:nbn:de:gbv:700-202103234139>> [Stand 2022-04-06]
- Wirth, L. M./Ruppert, N./Büscher, A./Hülken-Giesler, M. (2022): Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im Kontext von Personalbemessung in der Pflege. Ein Scoping Review. In: Pflege 35(3), 177-188
- Woods, M./Rodgers, V./Towers, A./La Grow, S. (2015): Researching moral distress among New Zealand nurses: A national survey. In: Nursing Ethics 22(1), 117-130
- Woods, M. (2020): Moral distress revisited: The viewpoints and responses of nurses. In: International Nursing Review 67(1), 68-75
- Wunderer, R. (2007): Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre. 7. Aufl. Köln: Luchterhand
- Zwingmann, I./Wegge, J./Wolf, S./Rudolf, M./Schmidt, M./Richter, P. (2014): Is transformational leadership healthy for employees? A multilevel analysis in 16 nations. In: Zeitschrift für Personalforschung 28(1-2), 24-51

Dr. Lena Marie Wirth (1), lena.marie.wirth@uos.de (Korrespondenz)

Isabel Jalass (1), isabel.ialass@uos.de

Nicole Ruppert (1), nicole.ruppert@uos.de

Prof. Dr. Dr. Andreas Büscher (2), A.Buescher@hs-osnabrueck.de

Prof. Dr. Manfred Hülken-Giesler (1), manfred.huelsken-giesler@uos.de

- (1) Universität Osnabrück, Institut für Gesundheitsforschung und Bildung, Fachgebiet: Pflegewissenschaft, Nelson-Mandela-Str. 13, 49076 Osnabrück
- (2) Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Postfach 1940

Beiträge

Ulrike Scorna, Wolfgang M. George, Karsten Weber

Ethische Dimensionen der Begleitung Sterbender

Eine qualitative Erhebung der Bedingungen des Sterbeprozesses in deutschen Pflegeeinrichtungen

Ethical dimensions of care for the dying. A qualitative survey of the conditions at the end of life in German nursing facilities

As research shows, transfers that are not medically indicated severely impact the quality of life and care of dying patients. The Avenue-Pal project aims to develop guidelines to reduce these unnecessary transfers. The associated study presented here examines, from an ethical perspective, the processes that take place when people are dying and are transferred, as well as the potential to reorganize these processes. By means of a literature review, participation in a focus group discussion, and a modified MEESTAR survey, the conditions for optimal care of the dying and for a dignified dying are identified and the current processes in the context of transfer management are analyzed before and during the implementation of the guidelines, taking into account the ethical dimensions of self-image, autonomy, compassion, justice, privacy, and inclusion. The results of the study show that transfers mainly result from uncertainties, lack of palliative medical knowledge or staff shortage and that the implementation of the guidelines and palliative counseling particularly strengthens the professional competence of the staff and thus unnecessary transfers could be reduced.

Keywords

End-of-life care, ethical study, Avenue-Pal, MEESTAR survey, dignified dying, transfer management

Wie Untersuchungen zeigen, beeinträchtigen nicht medizinisch indizierte Verlegungen die Lebens- und Versorgungsqualität Sterbender stark. Das Projekt Avenue-Pal hat das Ziel, Leitlinien zu entwickeln, die diese unnötigen Verlegungen reduzieren sollen. Die hier vorgestellte Begleitstudie untersucht aus ethischer Sicht die im Sterbe- und Verlegungsprozess stattfindenden Abläufe sowie deren potenziellen Gestaltungsmöglichkeiten. Mittels einer Literaturrecherche, der Teilnahme an einem Fokusgruppengespräch und einer modifizierten MEESTAR-Befragung werden die Bedingungen für eine optimale Betreuung Sterbender sowie für ein würdevolles Sterben identifiziert und die aktuellen Abläufe im Rahmen des Verlegungsmanagements vor und während der Implementierung der Leitlinien unter Berücksichtigung der ethischen Dimensionen Selbstverständnis, Selbstbestimmung, Fürsorge, Gerechtigkeit, Privatheit und Teilhabe analysiert. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass Verlegungen v. a. aus Unsicherheiten, mangelndem palli-

eingereicht 27.04.2021
akzeptiert 18.06.2021

ativmedizinischem Wissen oder Personalmangel resultieren und dass die Etablierung der Leitlinien und eines palliativen Konsildienstes besonders die fachliche Kompetenz des Personal stärkt und dadurch unnötige Verlegungen reduziert werden konnten.

Schlüsselwörter

Sterbebegleitung, ethische Begleitstudie, Avenue-Pal, MEESTAR-Befragung, würdevolles Sterben, Verlegungsmanagement

1. Hintergrund

Mors certa, hora incerta. Diese Erkenntnis des deutschen Dichters und Journalisten Matthias Claudius (1740-1815) ist so alt wie die Menschheit selbst und dennoch hat sie an Aktualität nichts eingebüßt – im Gegenteil, die Frage nach der bis zum Tode verbleibenden Zeit, genauer nach der Qualität und den Gestaltungsmöglichkeiten dieser letzten Phase, hat im Rahmen des so viel zitierten Pflegenotstands an Bedeutung gewonnen. Dass das menschliche Leben endlich ist, ist eine unumstößliche Tatsache, doch die Fragen nach dem Wann und den Bedingungen, unter denen das Sterben erfolgt, bleiben bestehen und bieten den Anlass für theologische, philosophische, biologische aber auch rechtliche und soziale Auseinandersetzungen.

Aus philosophischer Sicht stellt sich vor allem die Frage nach der Qualität des Todes, oder anders gesagt, nach den Bedingungen eines guten Sterbens. Was macht einen Tod zu einem guten Tod? Sind diese Faktoren beeinflussbar? Und wenn ja, gäbe es dann eine Art moralische Verpflichtung, andere Menschen dabei zu unterstützen, einen eben solchen zu erfahren? Welche Reichweite hätte diese Verpflichtung, auf welche Art von Handlungen und Vorkehrungen bezöge sie sich? Findet diese Verpflichtung moralische und/oder rechtliche Grenzen?

In westlichen Gesellschaften ist das Sterben heutzutage meist ein von medizinischen Maßnahmen begleiteter Prozess (vgl. Schäfer 2018: 750). Wenn sich der Gesundheitszustand eines Menschen rapide verschlechtert und die Aussicht auf Genesung schwindet, dann findet ein Wechsel der Therapie statt: Das einst auf Heilung ausgerichtete medizinische Handeln geht in eine palliative Versorgung über, deren Fokus darauf ausgerichtet ist, durch Leidensreduzierung bzw. Minderung eine gewisse, „optimale“ Lebensqualität des Sterbenden zu ermöglichen und so lange wie möglich zu erhalten (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften 2015: 34; vgl. Schäfer 2018). Doch auch mit dem Wandel des Therapieziels bleibt die Frage bestehen, wie die Lebensqualität in Anbetracht des nahenden Todes erhalten werden kann, was die konkreten Bedürfnisse der Sterbenden sind, welches Ausmaß an medizinischer Intervention die Patient_innen in der letzten, der finalen Phase bedürfen, da sowohl eine Über- als auch eine Unterversorgung die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen kann (vgl. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften 2015; Schäfer 2018: 750).



Gegenwärtig verfügen deutlich weniger als 20% der deutschen Krankenhäuser – ungefähr 300 – über ausgewiesene Palliativstation¹; selbst dort, wo diese existieren, versterben 60% bis 70% aller Patient_innen auf anderen Stationen wie etwa den Intensivstationen. Praktisch bedeutet dies, dass die palliative Handlungsbefähigung der Pflegenden und entsprechende strukturelle Unterstützung (z. B. durch geeignete Räumlichkeiten, unterstützende Hilfsmittel oder angemessene Personalausstattung) eigentlich auf allen Stationen bzw. in allen Versorgungsbereichen, in denen sterbende Menschen betreut werden, verfügbar gemacht werden müssten. Palliatives Wissen und Handlungskompetenzen sind allein durch die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Pflegenden vermittelbar. Grundsätzlich gilt, dass würdevolle und zugleich professionelle Sterbebegleitungen natürlich auch jenseits palliativer Stationen gelingen. Gleichwohl zeigt der Versorgungsalltag in den Krankenhäusern – mit dessen hinlänglich beschriebenen Verdichtungen der Prozesse, kürzeren Verweildauern, Personalknappheit, DRG-Problematik etc. –, dass eine dezentral bzw. allein durch die Mitarbeiter_innen der Stationen organisierte Versorgung sterbender Patient_innen zusätzliche Herausforderungen mit sich bringt. Trotz wirkungsvoller Initiativen und Modelllösungen einzelner Träger, Kommunen oder Netzwerke muss davon ausgegangen werden, dass die Situation der Betreuung Sterbender in den Pflegeheimen – in denen ca. jeder vierte Deutsche verstirbt – noch herausfordernder ist als dies für die Krankenhausversorgung gilt. Ausmaß und Art der Qualifizierung und die relativ geringe Mitarbeiter_innenanzahl für den objektiv bestehenden bzw. sich stetig erhöhenden Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen sind die bedeutsamsten Einflussfaktoren, die in unzureichender Versorgungsqualität resultieren können.

Bezogen auf die Wahl des Sterbeortes haben Umfragen, wie „Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben“ des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV) ergeben, dass eine gewohnte, vertraute Umgebung von 58% der Befragten für den Lebensabend gewünscht wird; nur wenige können sich vorstellen, in einer Einrichtung zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen (27%) oder in einem Krankenhaus (4%) zu sterben (vgl. DHPV 2017). In der Realität sieht es aber so aus, dass nur knapp ein Viertel aller Sterbenden tatsächlich in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung versterben (23%); der überwiegende Teil findet in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung den Tod (vgl. ebd.), wobei die Sterbephase, wie George et al. (2017) untersucht haben, dort oft durch mehrmalige und teilweise nicht medizinisch indizierte Verlegungen sowohl zwischen den unterschiedlichen Versorgungssektoren – bspw. aus einem Pflegeheim in ein Krankenhaus – als auch innerhalb der jeweiligen Versorgungseinrichtung – z. B. von der Allgemein- auf die Intensivstation – geprägt ist, was zu unnötigen Kosten, rechtlichen Unsicherheiten und psychischen Belastungen bei Sterbenden, Angehörigen und Pflegenden führt und somit die Lebensqualität in der finalen Phase mindert (George et al. 2017). Doch nicht nur die

¹ Von einer genaueren Darstellung der Situation, etwa der erreichten Versorgungsqualität, der näheren Bedingungen der Pflege in der Versorgung sterbender Menschen in den Krankenhäusern und den stationären Pflegeeinrichtungen muss an dieser Stelle – mit Ausnahme einiger Stichworte – abgesehen und auf die entsprechende Literatur (siehe bspw. die Beiträge in George et al. 2013 sowie George 2014) verwiesen werden.



Wahl des Sterbeortes scheint einen Einfluss auf die Qualität des Sterbens zu haben. Da die Frage nach einem guten Sterben neben ökonomischen und medizinischen Rahmenbedingungen auch besonders die Frage nach der individuellen Definition von „gut“ und „schlecht“ und damit verbunden die Frage nach einem „erfüllten“ oder „unerfüllten“ Leben nach sich zieht (Rehmann-Sutter et al.: 949), ist es schwer allgemeingültige Aussagen zu treffen. Es ist daher nötig, dass die jeweilige individuelle Situation der Patient_innen und ihrer pflegenden Angehörigen, ihre subjektiven Perspektiven, in den Fokus der medizinischen und palliativmedizinischen Entscheidungen zu rücken.

Die im Folgenden vorgestellte Evaluation ethischer Dimensionen der Begleitung Sterbender ist Teil des Projektes Avenue-Pal² und untersucht jene Faktoren, die im Rahmen der Betreuung und Begleitung Sterbender normativ kritische Punkte darstellen und in deren Folge die Qualität der Versorgung und des Sterbeprozesses beispielsweise durch unnötige Verlegungen beeinträchtigt werden kann.

2. Methode und Fragestellung

Ziel der ethischen Begleitstudie des Projektes Avenue-Pal ist es, die Ablaufprozesse der Sterbephase, das heißt deren Gestaltungsmöglichkeiten sowie potenziellen situationsimmanenten Belastungen für die Sterbenden, deren Angehörige und das professionell pflegende medizinische Personal aus ethischer Sicht zu untersuchen. Der Fokus liegt dabei einerseits auf der Identifikation der Faktoren, die eine optimale Betreuung Sterbender und ein würdevolles Sterben bedingen können und andererseits auf ethischen und sozialen Problemen, die im Rahmen der Sterbebegleitung zu medizinisch nicht notwendigen Verlegungen führen und daher normativ kritische Punkte darstellen können.

Die Analyse der Faktoren einer optimalen Betreuung Sterbender und eines würdevollen Sterbens basiert dabei vorrangig auf einer Stichwortgeleiteten Literaturrecherche (wie bspw. „ethische Bedingungen“ + „Sterben“) in gängigen Suchmaschinen wie Google Scholar und SpringerLink und der Teilnahme an einem projektinternen Fokusgruppengespräch mit Vertreter_innen hausärztlicher Praxen, Krankenkassen, Kliniken und Pflegeheimen, beziehungsweise mit Ärzt_innen, Pflegeberater_innen sowie ambulanten und stationären Pflegefachkräften. Die Evaluation ethischer und sozialer Probleme, die im Rahmen der Sterbebegleitung zu medizinisch nicht notwendigen Verlegungen führen können, erfolgte mittels einer modifizierten MEESTAR-Befragung, wobei die Ergebnisse der Literatursichtung und der Fokusgruppengespräche bei der inhaltlichen Gestaltung der modifizierten MEESTAR-Befragung Berücksichtigung fanden.

Während bei der klassischen MEESTAR-Befragung (Akronym für „Modell zur ethischen Evaluierung sozio-technischer Arrangements“), einer partizipativen, dis-

2 Für weitere Informationen Anmerkungen und Danksagungen.

kursethischen Erhebungsmethode, die Teilnehmer_innen sich in Fokusgruppengesprächen interaktiv ihre Werthaltungen, moralischen Überzeugungen, Praxiswissen, Erwartungen und Befürchtungen vermitteln und gemeinsam Lösungsansätze für unterschiedliche Szenarien erarbeiten (vgl. Weber 2019), wurde bei der ethischen Begleitstudie des Avenue-Pal-Projektes aufgrund von Schwierigkeiten bei der Terminfindung für die Fokusgruppengespräche sowie der Schwierigkeit, die diversen ethischen Aspekte in wenigen, diskussionswürdigen Szenarien abzudecken, eine modifizierte Form der MEESTAR-Befragung entwickelt, welche sich gezielt an das Personal aus Pflege und medizinischer Versorgung wendet.

In Form von Action Sheets (vgl. Kunz et al. 2016), einer schriftlichen, diskursethischen Befragungsmethode, sollen die Positionen der verschiedenen Teilnehmer_innen bei bestimmten thematischen Clustern verglichen, Problempunkte identifiziert und diese in Bewertungsdimensionen überführt werden. Die Bewertungsdimensionen der Action Sheets orientieren sich dabei an den MEESTAR-Bewertungsdimensionen Fürsorge, Selbstbestimmung, Sicherheit, Gerechtigkeit, Privatheit, Teilhabe und Selbstverständnis, die ihrerseits an den vier medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress (Respekt vor Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit) angelehnt sind (vgl. Weber 2017).

In eine Tabelle überführt, schließt sich jeder Bewertungsdimension des Action Sheets (Selbstverständnis/persönliche Erfordernisse, Selbstbestimmung, Fürsorge, Entscheidungen im Rahmen ökonomischer, juristischer und strukturell bedingter Gegebenheiten (Prinzip der Gerechtigkeit), Privatheit und Teilhabe) ein Fragenkomplex (thematisches Cluster) an. Zur Beantwortung der einzelnen Fragen stehen den Teilnehmer_innen vier Spalten zur Verfügung, in denen die angesprochene Thematik kommentiert (Spalte „Kommentar“), kritisch hinterfragt (Spalte „Mögliche Probleme/Gefahren/Schwierigkeiten“), mögliche Alternativen genannt (Spalte „Alternative Vorgehensweisen/Vorschläge“) oder sonstige Anmerkungen hinterlassen (Spalte „Sonstige Anmerkungen/Hinweise“) werden können. (siehe Abbildung 1).

	<i>Kommentar</i>	<i>Mögliche Probleme/ Gefahren/Herausforderungen/ Schwierigkeiten</i>	<i>Alternative Vorgehensweisen/ Vorschläge</i>	<i>Sonstige Anmerkungen/ Hinweise</i>
PRIVATHEIT				
Welche Möglichkeiten haben Sie, den Sterbenden und gegebenenfalls deren Angehörigen in Ihrer Einrichtung ein Umfeld zur Verfügung zu stellen, welches die Privatsphäre während des Sterbeprozesses sicherstellt?				

Abb. 1: Auszug aus der um MEESTAR-Dimensionen erweiterten Action Sheet-Befragung

Die inhaltliche Ausgestaltung der sechs Fragenkomplexe der Action Sheet-Befragung zu den ethischen Dimensionen der Begleitung und Betreuung Sterbender sowie die Identifikation jener Faktoren, die eine optimale Betreuung Sterbender und ein würdevolles Sterben bedingen können, basiert auf der vorangegangenen Literatursichtung sowie der Teilnahme an einem projektinternen Fokusgruppengespräch.

Die ethische Evaluation fand unter Mitarbeiter_innen der AWO Gießen und des Universitätsklinikums Gießen/Marburg (UKGM) an zwei verschiedenen Zeitpunkten statt: einmal im Rahmen der Entwicklung der Leitlinien (t1-Messung, Dezember 2019 bis März 2020), wobei die Ergebnisse der Befragung in die Entwicklung der Leitlinien einfließen und ein zweites Mal nach dem Praxistest des Leitlinienentwurfs (t2-Messung, November 2020 bis Februar 2021). An der ersten Befragung nahmen 11 Proband_innen teil, an der zweiten 19. Es ist dabei nicht auszuschließen, dass Teilnehmer_innen der ersten Befragung auch an der zweiten Befragung teilnahmen.

Im Vergleich zur ersten ethischen Befragung fokussiert die zweite Befragung ethische Aspekte im Rahmen des Sterbeprozesses nach der Implementierung der Leitlinien beziehungsweise nach Etablierung des palliativen Konsildienstes. Ziel ist es durch einen Vergleich der Situation vor der Implementierung mit der Situation während und nach der Implementierung der Leitlinien beziehungsweise der Etablierung eines palliativen Konsildienstes die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu überprüfen, um gegebenenfalls weitere ethische Handlungsrichtlinien für das sektoren- und bereichsübergreifende Schnittstellen- und Verlegungsmanagement zu entwickeln. Für die t2-Messung wurde daher der Fragebogen entsprechend angepasst, das heißt, die aus der t1-Messung als wesentlich identifizierten Faktoren wurden noch einmal erhoben, andere Items weggelassen und neue, die speziell auf die Implementierung der Leitlinien und Etablierung des Konsildienstes Bezug nehmen, ergänzt.

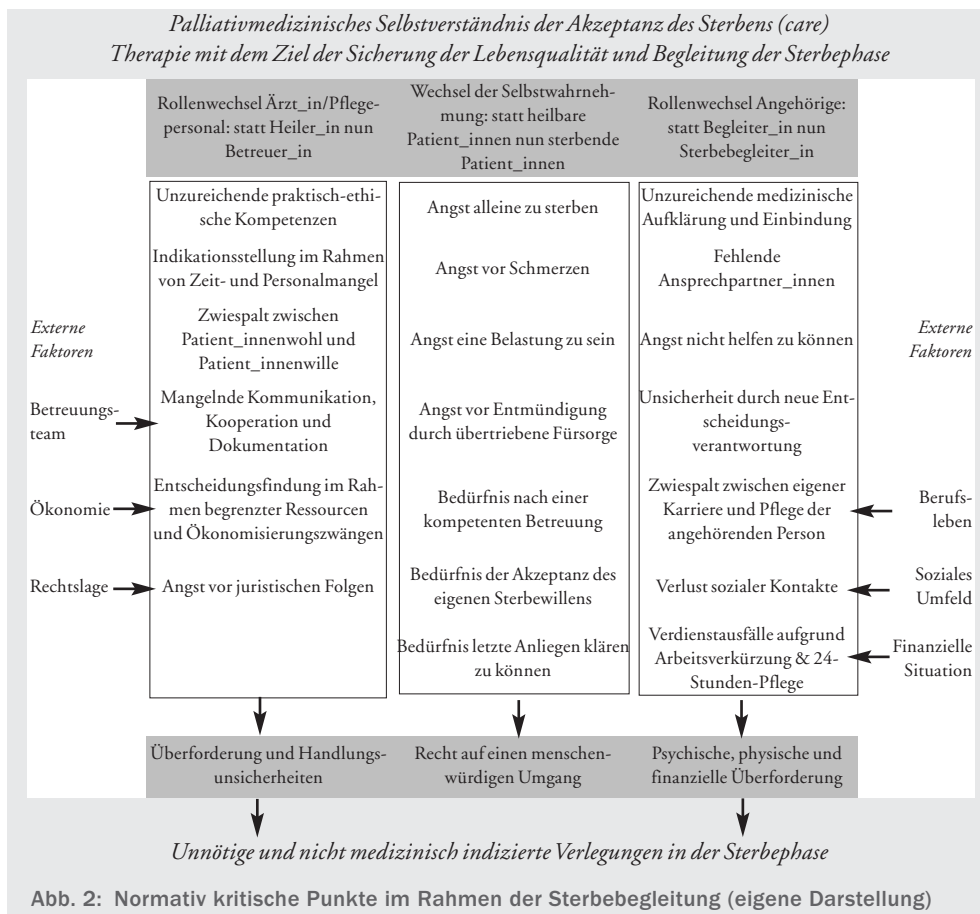
3. Ergebnisse

Ausgehend von der Literaturrecherche sowie den Fokusgruppengesprächen erweist sich der Sterbeprozess in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern als ein multifaktorielles Ereignis (siehe Abbildung 2). Aufgrund der akuten Zustandsverschlechterung der Patient_innen³ wandelt sich der auf Kuration und Rehabilitation fokussierte medizinische Handlungsrahmen in ein palliativmedizinisches Setting, welches nun auf den Erhalt der Lebensqualität und die Begleitung der Sterbephase und nicht mehr auf Lebenserhaltung und Lebensverlängerung ausgerichtet ist (Nauck 2011: 138).

Mit dem Therapiewechsel von Cure zu Care⁴ wandelt sich zugleich das Rollenverständnis der involvierten Akteur_innengruppen. So werden Ärzt_innen und

3 Im vorliegenden Text wird um der Lesbarkeit willen einheitlich von „Patient_innen“ gesprochen; damit sind die Bewohner_innen in Pflegeeinrichtungen mit adressiert.

4 Der Wechsel von Cure zu Care wird seit geraumer Zeit einschlägig diskutiert; dabei wird auch thematisiert, dass dieser Wandel nicht zuletzt dadurch geprägt ist, dass Interessen der Stakeholder von diesem Wandel betroffen sein können (bspw. Hall et al. 2009; Meeker, et al. 2019; Warren et al. 2020).



Pfleger_innen von Heiler_innen zu Betreuer_innen (Schmeling-Kludas 2006: 1113), die begleitenden Angehörigen zu Sterbebegleiter_innen und die einst heilbaren Patient_innen zu sterbenden Patient_innen. Die fokussierte Literaturrecherche ergab, dass mit dem Wechsel des Handlungsrahmens verschiedene Faktoren zum Tragen kommen, die in der finalen Phase nicht nur als belastend empfunden werden, sondern potenziell zu medizinisch nicht indizierten Verlegung führen können.

Allein die Therapiezieländerung stellt gerade für das medizinische Personal im Krankenhaus eine kritische Situation dar, da sowohl das Erkennen der Notwendigkeit eines Therapiewechsels, als auch die Entscheidung zur Aufgabe der Behandlung durch Unsicherheiten infolge unzureichender praktisch-ethischer Kompetenzen gekennzeichnet ist und als emotionale Belastung empfunden wird – widerspricht doch der Behandlungsverzicht dem auf Lebenserhalt ausgerichteten intensivmedizinischen Selbstverständnis (Marckmann et al.: 88; Nauck 2011: 138-141; Schmeling-Kludas 2006, 1113; Schuster 1999: 263). Auch der den Pflegenden innewohnende Zwiespalt, einerseits dem Patient_innenwillen zu entsprechen und andererseits das Patient_innenwohl nicht zu gefährden, führt zu Handlungsunsicherheiten, vor allem da in einem Großteil

der Fälle die betreffende Person nicht mehr aussagefähig ist und die Entscheidung nun stellvertretend von dem medizinisch-pflegerischen Personal getroffen werden muss, ohne dass eindeutig geklärt werden kann, ob das gewählte Vorgehen dem Willen des Sterbenden entspricht (Marckmann et al. 2018: 87; Schmeling-Kludas 2006: 1114). Schuster (1999) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass zwar vorhandene Patient_innenverfügungen verbindlich sind, deren Formulierungen aber meist aus Zeiten stammen, in denen die Patient_innen gesund waren und es daher unklar ist, ob die getroffenen Regelungen überhaupt noch Aktualität besitzen (Schuster 1999: 265). Auch kann das Gebot zur Einhaltung des Patient_innenwillens beziehungsweise der Respekt der Patient_innenautonomie zu Gewissenskonflikten führen, da der Wille mit dem medizinischen Ethos in Widerspruch stehen kann, vor allem wenn die Patient_innen empfohlene Therapien verweigern oder auf Maßnahmen bestehen, die nach medizinischer Ansicht unnötig oder schädlich sind (Marckmann et al. 2018: 87f.; Nauck 2011: 141; Schuster 1999: 265). Die Angst vor juristischen Konsequenzen, besonders durch eine potenzielle Fehlinterpretation des vermeintlichen Patient_innenwillens ist groß (Schmeling-Kludas 2006: 1116).

Verstärkt wird die Handlungsunsicherheit der professionell Pflegenden zusätzlich durch die unzureichende und teilweise gänzlich fehlende praktisch-ethische Aus- und Fortbildung im Umgang mit Sterbenden (vgl. Beutel 2004; Reiter-Theil et al. 2000: 193f.), hinsichtlich der persönlichen Verarbeitung der Erlebnisse durch die fehlende praktische und emotionale Unterstützung durch Vorgesetzte (Schmeling-Kludas 2006: 1116), durch die mangelnde Kommunikation der an der Pflege beteiligten Akteur_innen sowie durch eine mangelnde Pflegedokumentation und interne Kompetenzstreitigkeiten (Fokusgruppengespräch Gießen 2018).

Ein weiterer Faktor, der unnötige Verlegungen von Sterbenden verursachen kann, sind die in den Einrichtungen vorherrschenden begrenzten Ressourcen, wie dem Zeit- und Personalmangel (Fokusgruppengespräch 2018, Schmeling-Kludas 2006: 1116). Schuster (1999) und Nauck (2011) konstatieren, dass in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zunehmend ökonomische Überlegungen das professionelle Handeln beeinflussen würden, besonders, wenn Therapieentscheidungen nicht mehr individuell, sondern in Relation zu anderen Patient_innen vor dem Hintergrund geringer Bettenkapazitäten, begrenzter Verfügbarkeit von Apparaten und eines limitierten Arzneimittelbudgets getroffen werden (Nauck 2011: 140; Schuster 1999: 266).

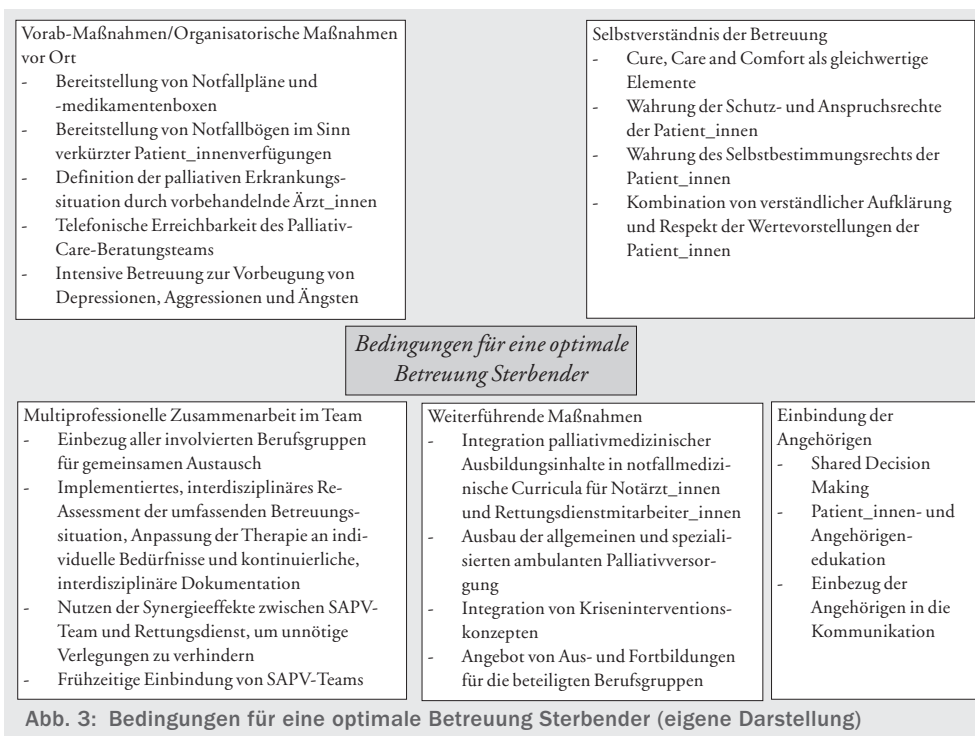
Auch aufseiten der Angehörigen können im Rahmen der Sterbebegleitung verschiedene Faktoren dazu führen, dass Verlegungen in der finalen Phase veranlasst werden. Besonders die fehlende medizinische Aufklärung beziehungsweise die mangelnde Angehörigenschulung hinsichtlich Krankheitsverlauf, Perspektiven und Unterstützungsangeboten können vor dem Hintergrund der aktiven Sterbebegleitung, der (neu) übertragenen Entscheidungsverantwortung und dem damit verbundenen Gefühl dem Sterbenden nicht helfen zu können, zu psychischen Überforderungen führen (Göth et al. 2018: 38; Knipping 2006: 1104ff.; Schuster 1999: 265; Wiese et al. 2011: 161, Fokusgruppengespräch 2018). Die intensive 24-stündige Rundumbetreuung erschwert



zusätzlich die soziale Teilhabe, sodass vielen pflegenden Angehörigen der Verlust sozialer Kontakte und damit verbunden die soziale Isolation („social death“) droht (Fokusgruppengespräch 2018; Göth et al. 2018: 38). Die mit der intensiven Pflege verbundene Mehrarbeit, da die Pflege teilweise neben dem eigentlichen Beruf stattfindet, kann ihrerseits zu einer körperlichen Belastung werden (Fokusgruppengespräch 2018; Göth et al. 2018: 38). Ein Ausweg bieten die Arbeitszeitverkürzung und/oder Berufsaufgabe, womit aber finanzielle Einbußen und eine Unterbrechung der eigenen Karrierepläne verbunden sind (Göth et al. 2018: 38).

Für den Sterbenden selbst ist die letzte Phase durch vielseitige Ängste gekennzeichnet, wie die, alleine sterben zu müssen und Schmerzen zu erleiden (Kränzle et al. 2018: 27; Seeger 2018: 19) oder anderen Personen zur Last zu fallen (Schmeling-Kludas 2006: 1116). Aber auch das Bedürfnis nach einer kompetenten Betreuung und die Hoffnung letzte Anliegen klären zu können (Kränzle et al. 2018: 27; Seeger 2018: 19) sowie der Wunsch nach Akzeptanz des Sterben-dürfens (Göth et al. 2018: 39) prägen die Sterbephase.

Ausgehend von diesen Ergebnissen lassen sich Bedingungen für eine optimale Betreuung Sterbender (siehe Abbildung 3) ableiten. Diese betreffen neben der effektiven Einbindung der Angehörigen in Form von Shared Decision Making (Nauck 2011: 138), Patienten- und Angehörigenedukation (Knipping 2006: 1104, 1107, 1111) und einer gemeinsamen Kommunikation (Schmeling-Kludas 2006: 1119) auch die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team, in der alle beteiligten Akteur_innengruppen in



Beiträge

den Sterbeprozess gleichermaßen einbezogen werden sollen, um einen gegenseitigen Informationsaustausch zu ermöglichen (Seeger 2018: 20; Wiese et al. 2011: 164). Im Fall des Sterbegeschehens im Pflegeheim ist die enge Einbindung der Hausärzt_innen Dreh- und Angelpunkt, so dass deren Einbindung in entsprechende Teams zentrale Bedeutung hat. Zudem soll die multiprofessionelle Zusammenarbeit gewährleisten, dass die Therapie durch die gemeinsame Pflegedokumentation und ein implementiertes, interdisziplinäres Re-Assessment stets an den aktuellen Bedürfnissen der Patient_innen angepasst werden kann (Knipping 2006: 1104). Gerade auch in der ambulanten Pflege soll die frühzeitige Einbindung von spezialisierten ambulanten Palliativversorgungsteams (SAPV-Teams) sowie die Nutzung von Synergieeffekten speziell zwischen SAPV-Team und Rettungsdienst unnötige Verlegungen verhindern (Alt-Epping et al. 2015: 431). Beispielsweise schlagen Wiese et al. (2011) vor, Notfallpläne, -medikamentenboxen und -bögen (eine Art verkürzte Patient_innenverfügung wie „Do not attempt resuscitation order“, „allow-natural-death“-Verfügung) bereitzustellen, damit im Notfall die Informationen für den eintreffenden und behandelnden Rettungsdienst schneller greifbar sind (Wiese et al. 2011: 164).

Eine intensive Betreuung der Sterbenden und ihrer pflegenden Angehörigen durch Palliativ-Care-Beratungsteams kann ebenfalls Sicherheit besonders bei Entscheidungssituationen geben und Depressionen sowie Ängsten entgegenwirken (Kränzle et al. 2018: 27; Seeger 2018: 19). Unabhängig von solchen Vorab- beziehungsweise Vorortmaßnahmen ist es entsprechend Wiese et al. (2011) und Schmeling-Kludas (2006) entscheidend, dass die allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie Kriseninterventionskonzepte weiter ausgebaut werden und palliativmedizinisches Wissen verstärkt in der notfallmedizinischen Aus- und Weiterbildung gelehrt wird (Schmeling-Kludas 2006: 1120; Wiese et al. 2011: 162ff.). Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass Schutz- und Anspruchs- und Selbstbestimmungsrechte der Patient_innen gewahrt werden (Nauck 2011: 140) und ein würdevolles Sterben (siehe Abbildung 4) möglich ist, bei dem das Selbstbestimmungsrecht beziehungsweise die Patientenautonomie respektiert wird (vgl. Blumenthal-Barby 1998: 256; Kränzle et al. 2018: 27; Reiter-Theil et al. 2000: 195; Schmeling-Kludas 2006: 1116f.), Leiden ge-

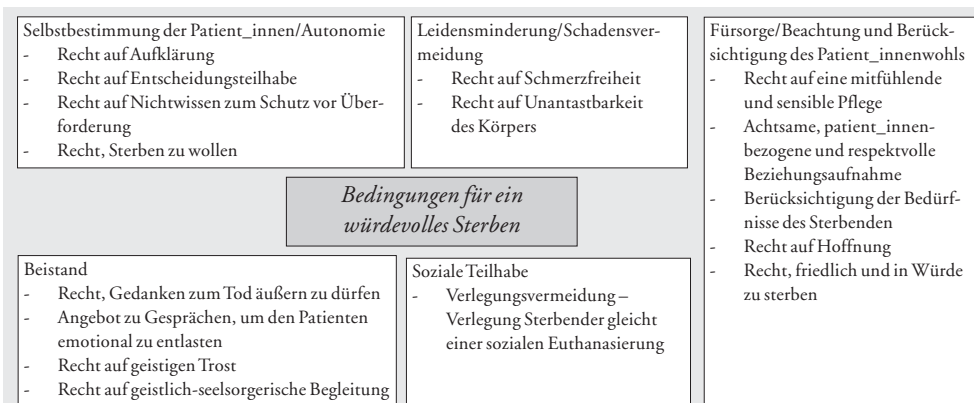


Abb. 4: Bedingungen für ein würdevolles Sterben (eigene Darstellung)



lindert beziehungsweise weitere Schäden vermieden werden (Kränzle et al. 2018: 27), das Patientenwohl Berücksichtigung findet (vgl. Blumenthal-Barby 1998: 256; Knipping 2006: 1105-1111; Kränzle et al. 2018: 27; Reiter-Theil et al. 2000: 194; Seeger 2018: 20), die Sterbenden Beistand erhalten können (vgl. Blumenthal-Barby 1998: 256; Kränzle et al. 2018: 27; Schmeling-Kludas 2006: 1116) und sie weiterhin soziale Teilhabe erfahren und nicht durch unnötige Verlegungen isoliert werden (Blumenthal-Barby 1998: 256).

Basierend auf dieser Literaturrecherche wurde die ethische Befragung mittels Actions Sheets entwickelt, die zentrale ethische Dimensionen der Begleitung und Betreuung Sterbender thematisiert, wie Selbstverständnis und Selbstbestimmung, Fürsorge, Entscheidungen im Rahmen von ökonomischen, juristischen und strukturell bedingten Gegebenheiten (Prinzip der Gerechtigkeit), Privatheit und Teilhabe. Die Ergebnisse aus der Befragung vor der Implementierung der Leitlinien beziehungsweise der Etablierung des Palliativdienstes (erste Befragung) und die Ergebnisse der Befragung während beziehungsweise nach deren Implementierung werden im Folgenden präsentiert.

3.1 Selbstverständnis und Selbstbestimmung

Entsprechend der Aussagen der 11 Proband_innen aus der ersten Befragung zählt es zu den wichtigsten Aufgaben im Rahmen der Betreuung Sterbender, Zeit zu haben (4/11), Schmerzen zu lindern (3/11), auf die Wünsche des Sterbenden eingehen zu können (3/11) und ihm Aufmerksamkeit zu schenken (2/11). Alle Befragten sind der Meinung, dass die Pflegenden für die Sterbenden auch bei nicht medizinischen Themen sehr wichtige Ansprechpersonen sind, allerdings berichten 5 der Befragten, dass die Möglichkeit auch tatsächlich Ansprechpartner_in sein zu können durch die zur Verfügung stehende Zeit, den Umfang der Aufgabe und die jeweilige Thematik beschränkt ist, da beispielsweise es den Pflegenden oft an Hintergrundwissen zu den jeweiligen Themen fehle (2/11). Der Wechsel der Therapie von Lebensverlängerung zur Sicherung der Lebensqualität wird von den Pflegenden gut verarbeitet, kann jedoch je nach Intensität der zuvor aufgebauten Behandlungsbeziehung, Dauer der Therapie und allgemeinem Zustand der Patient_innen durchaus auch eine Belastung für das betreuende Personal darstellen (3/11). Schwierigkeiten sehen die Befragten auch dabei, die Angehörigen effektiv unterstützen zu können (2/11). Allen Befragten ist es sehr wichtig, selbst praktische und emotionale Unterstützung durch Mitarbeiter_innen und Vorgesetzte zu erhalten. Acht der elf Befragten gaben an, dass sie im Rahmen ihrer medizinisch-pflegerischen Tätigkeit die Möglichkeit zur fachgerechten Aufklärung der Patient_innen haben, wobei der Umfang der Aufklärung vom Zustand der Patient_innen (2/11), vom vorhandenen Personal (1/11) und vom thematischen Bezug (1/11) abhängig ist. Fünf der 11 Befragten gaben zudem an, dass sie stark durch nicht eindeutige Patient_innenverfügungen beeinflusst werden, wodurch es ihnen schwer fallen würde entsprechend der Wünsche der Sterbenden zu handeln. Hinsichtlich des mit der medizinischen Meinung nicht korrespondierenden Patient_innenwillens ga-



ben 8 der Befragten an, die betreffenden Patient_innen erneut aufzuklären und den Wunsch zu besprechen, 7 gaben demgegenüber an, den Wunsch letztendlich zu akzeptieren und 3 betonten diejenigen Maßnahmen abzulehnen, die von den Patient_innen gewünscht werden, aber von denen zu erwarten sei, dass diese schaden würden.

Wie die zweite Befragung ergeben hat, sind 15 der 19 Befragten der Meinung, dass die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst ihre Handlungssicherheit stärken und praktische Hilfestellungen bei der Begleitung Sterbender vermitteln. Hinsichtlich der Art der Hilfestellung durch die Leitlinien beziehungsweise den Palliativdienst sind ebenfalls 15 Befragte der Meinung, dass diese ihnen praktische Hilfestellungen bei der Begleitung Sterbender vermitteln. In Bezug auf die Etablierung des palliativen Konsildiensts am UKGM wird angemerkt, dass dieser Unterstützung auf verschiedenen Stationen bietet (1/19) und vor allem die regelmäßigen Visiten bei der Wahl der Behandlung helfen würden (1/19). Als negativ wird jedoch angemerkt, dass die Absprachen und Startgespräche mit dem Palliativdienst durch die Ärzt_innen stattfinden und die Pflegekräfte den „(potenziellen) Patientenkontakt nur am Rande“ (UKGM_2_04) mitbekommen, weshalb der Informationsfluss verbesserungswürdig sei. Als Verbesserungsvorschlag werden daher interdisziplinäre Patient_innenbesprechungen mit Palliativdienst, Stationsärzt_in und Pflege (1/19) vorgeschlagen. Hinsichtlich der Frage, ob die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst auch emotionale Hilfestellungen bei der Begleitung Sterbender vermitteln, bejahen dies 8 der Befragten, 8 verneinen es, 2 haben „keine Angabe“ gewählt und einer hat sich enthalten. Die Unterstützung erfolgt dabei in der Pflegeeinrichtung vor allem durch die Advance Care Planning (ACP) Berater_innen, im Krankenhaus durch die Palliativ Care und Pain Nurse sowie durch die Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch und die Kooperation zum Hospiz. Gerade letzteres sei auch eine gute emotionale Beratung für die Patient_innen (1/19). Zwei der Befragten gaben an, dass auch der Palliativdienst eine emotionale Unterstützung durch den kollegialen Austausch biete.

Zwölf der 19 Befragten sind der Meinung, dass durch die Leitlinien bzw. den Konsildienst die Unterstützung von Mitarbeiter_innen und Vorgesetzten zugenommen habe. Als Gründe für die verbesserte Unterstützung wird die gute Zusammenarbeit und der rege Austausch (2/19) genannt, wodurch leichter gemeinsame Therapie- und Behandlungsentscheidungen getroffen werden können (1/19). Angemerkt wurde jedoch auch, dass die Leitlinien Mehrarbeit mit sich brächten (1/19).

Hinsichtlich der multiprofessionellen Zusammenarbeit sind 14 der 19 Befragten der Auffassung, dass die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst die Qualität der Zusammenarbeit aller in der Pflege beteiligten Akteur_innengruppen verbessert hätten, unter anderem dadurch, dass Kompetenzstreitigkeiten minimiert werden konnten (9/19). Gründe, die hierfür angebracht werden, sind, dass öfter miteinander kommuniziert wird (1/19), Situationen wie Schmerz oder Stress besser erkannt und behandelt werden (1/19) sowie die Vergegenwärtigung des Prozederes verhindere, dass jede/r nach „individuellem Gutdünken“ handeln würde (1/19). In diesem Zusammenhang wird von einer/einem Befragten angemerkt, dass weitere Schulungen sinnvoll wären



und dass mehr interdisziplinäre Kommunikation oder Dokumentation auf gemeinsamer Basis diesen Effekt steigern würde (1/19).

3.2 Fürsorge

Hinsichtlich der Möglichkeit, auf die Ängste der Sterbenden eingehen zu können, bewerten nur 2 der 11 Befragten diese als gut. Der Großteil der Befragten gibt an, dass es ihnen nicht immer möglich ist darauf eingehen zu können, da Zeit fehle oder der Patient sich nicht richtig öffne. Die Verlegung während des Sterbeprozesses wird von 7 Befragten als schlecht oder unzureichend bezeichnet, da es für den Sterbenden Stress und Unruhe bedeute und sein Zustand sich dadurch meist verschlimmere. Hier wünschen sich die Befragten eine intensivere Zusammenarbeit mit dem SAPV-Teams sowie frühzeitige Absprachen mit den Angehörigen.

Die zweite Befragung hat ergeben, dass 10 der 19 Befragten der Meinung sind, dass die Leitlinien beziehungsweise der palliative Konsildienst Hilfestellungen bieten, um auf die Ängste und Sorgen der Sterbenden eingehen zu können, wobei von einer/einem Befragten ergänzt wurde, dass das Eingehen auf Ängste und Sorgen schon vorher möglich gewesen sei, aber durch ACP verstärkt und verbessert werde. Hilfestellungen erfolgten durch regelmäßige Visiten und/oder durch Hilfestellungen im Dialog (1/19). Es wird jedoch angemerkt, dass eine, wenn auch nur „kurze“ Fortbildung begrüßenswert wäre, da die Sterbebegleitung nicht beziehungsweise unqualifiziert und uninformiert stattfände (1/19).

Die Mehrheit der Befragten (15/19) ist der Meinung, dass die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst die Qualität der Aufklärung der Sterbenden hinsichtlich ihrer aktuellen Lage und ihrer potenziellen Therapieoptionen verbessert habe, da es einen offeneren Umgang mit dem Thema Tod und Sterben gäbe (4/19), die ACP Berater_innen diesbezüglich viel leisteten (1/19) und die Qualität der Wissensvermittlung beziehungsweise Aufklärung der Patient_innen durch das gemeinsam angelegte palliative Protokoll/Formular gestiegen sei (3/19). Angemerkt wird in diesem Zusammenhang jedoch, dass die Protokolle „gut ausgefüllt“ sein müssten und dies immer wieder evaluiert und angesprochen werden müsse (1/19). In Bezug auf nicht eindeutige Formulierungen in den Patient_innenverfügungen gaben 10 der 19 Befragten an, dass die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst auch diesbezüglich Hilfestellungen böten, da beispielsweise klärende Patient_innen- und Angehörigengespräche geführt (2/19) und die Themen durch die ACP-Berater_innen offen kommuniziert und besprochen würden (1/19). Sieben Befragte sind der Meinung, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst einen positiven Einfluss auf die Pflegenden/Gepflegten-Beziehung hätten, da die Gespräche zwischen Pflegepersonal und Patient_innen offen seien (1/19), auf Verständnis und Vertrauen beruhten (1/19) und für die Patient_innen Klarheit brächten (1/19). Außerdem könne dem Patient_innenwillen besser entsprochen werden, da jederzeit noch einmal im palliativen Protokoll nachgelesen werden könne, wie dieser versorgt werden möchte (1/19).



3.3 Entscheidungen im Rahmen ökonomisch, juristisch und strukturell bedingter Gegebenheiten (Gerechtigkeit)

Wie die erste Befragung ergeben hat, sind 8 der 11 Befragten der Meinung, dass die Therapieentscheidungen für eine Patientin oder einen Patienten nicht von der Therapieentscheidung für andere Patient_innen abhängig seien. Drei der Befragten werden in ihrem Handeln durch die Angst vor möglichen juristischen Konsequenzen beeinflusst, weshalb eine transparente Dokumentation zur rechtlichen Absicherung gewünscht wird (1/11). Als Problem innerhalb der Betreuung Sterbender werden von fast allen Befragten der Zeit- (10/11) und Personalmangel beziehungsweise die hohe Personalfuktuation (7/11) genannt.

Dass die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst auch bei juristischen Fragen Hilfestellungen bieten, wird in der zweiten Befragung von 9 der 19 Befragten befürwortet, da ungenau formulierten Patient_innenverfügungen mithilfe des Palliativdienstes ausgelegt werden (1/19) und mit dem Palliativdienst erarbeitete Patient_innenverfügungen oft eine wichtige Grundlage für die weitere Therapie sind, an der sich die Pflege orientiere (1/19). Demgegenüber wird jedoch von einer/einem Befragten angebracht, dass es immer Unsicherheiten oder fehlendes Wissen gäbe, weshalb die Leitlinien bzw. der Palliativdienst bei juristischen Fragen nicht hilfreich seien.

Hinsichtlich des vorherrschenden Zeit- und Personalmangels sind nur 2 der Befragten der Auffassung, dass durch die Leitlinien bzw. den Palliativdienst mehr Zeit für die Betreuung und Begleitung Sterbender zur Verfügung stünde und nur 3 der Befragten geben an, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst Hilfestellungen hinsichtlich personeller Engpässe böten. Der Großteil der Befragten vertritt demnach die Ansicht, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst weder einen Einfluss auf zeitliche oder personale Ressourcen hätten, unter anderem, weil die Leitlinien keine (fehlenden) Pflegekräfte ersetzen könnten (1/19), auch wenn sie prinzipiell eine Unterstützung im Berufsalltag darstellten (1/19).

3.4 Privatheit

Fast alle der Befragten geben in der ersten Befragung an, dass es generell gute Möglichkeiten gäbe, den Sterbenden Privatsphäre zu ermöglichen (10/11), ohne dass diese zu einer Vereinsamung oder Isolation der/des Sterbenden führe. Im Vorfeld würden daher die Angehörigen eingebunden (5/11), eine persönliche Sterbebegleitung angeboten (3/11) und Gespräche mit den Patient_innen zu ihren Wünschen in der letzten Phase geführt (2/11). Im Falle einer Verlegung gaben 5 der Befragten an, keinen Einfluss mehr darauf zu haben, ob die Privatsphäre weiterhin gewahrt werde.

3.5 Einbindung der Angehörigen (Teilhabe)

Entsprechend der Aussagen der ersten Befragung gibt es gute Möglichkeiten, die Angehörigen in die Sterbebegleitung einzubinden (7/11) beziehungsweise sie bei dabei zu



unterstützen (9/11), beispielsweise durch gemeinsame Gespräche (6/11), Aufklärung und praktische Anleitung (6/11). Fünf der Befragten verspüren hingegen gelegentlich Druck durch die Angehörigen, da diese mit der Sterbesituation nicht richtig umgehen könnten und versuchen würden, die Pflegenden zu instrumentalisieren.

Der Großteil der Befragten (14/19) ist in der zweiten Befragung der Meinung, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst Hilfestellungen und/oder praktische Hinweise für den Umgang mit den Angehörigen böten. Durch eine offene Kommunikation mit den Angehörigen (1/19) und deren Einbindung in Prozesse (2/19) könne ihnen der Wille der Patient_innen verdeutlicht werden (1/19). Vonseiten der Pflege wird angemerkt, dass es schön wäre, wenn diese über potenzielle Angehörigenkontakte bspw. in Form eines kleinen Akteneintrags (elektronisch) informiert wären (1/19).

3.6 Gründe, die zu medizinisch-pflegerisch nicht indizierten Verlegungen führen sowie Maßnahmen, diese zu verhindern: der Effekt der Leitlinien bzw. des Palliativdienstes auf Verlegungen in der Sterbephase

In der ersten Befragung geben die Befragten an, dass Unsicherheiten (4/11), mangelndes Wissen zu palliativmedizinischem Vorgehen (3/11), ungeschultes Personal (2/11), Kommunikationsdefizite (2/11), Betten- (2/11) und Personalmangel (1/11) sowie die fehlende Empathie mit den Patient_innen zu medizinisch nicht indizierten Verlegungen in der Sterbephase geführt haben. Maßnahmen zur Vorbeugung dieser Verlegungen bestehen in gemeinsamen Gesprächen unter anderem auch mit den Angehörigen bezüglich der Wünsche der Patient_innen, der Unterstützung des Personals (2/11), Aufklärungs- (2/11) und Schulungsangeboten (3/11) sowie dem Vorhandensein aussagefähiger Patient_innenverfügungen (2/11).

Die zweite Befragung hat demgegenüber ergeben, dass der überwiegende Teil der Befragten (16/19) der Meinung ist, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst medizinisch nicht notwendige Verlegungen reduziert hätten durch eine bessere Aufklärung und/oder konkretere Angaben (2/19) sowie die potenzielle Stärkung der fachlichen Kompetenz (1/19), vor allem, weil auf die Patient_innenwünsche besser eingegangen werden könne (1/19).

4. Schlussbemerkungen

Auch wenn durch eine relativ kleine Kohorte ermittelt, zeigt die ethische Evaluation des Projekts Avenue-Pal, dass in beiden Einrichtungen, in denen die „Leitlinie Krankenhaus“ bzw. die „Leitlinie Pflegeheim“ und die mit den Leitlinien verbundenen Instrumente und Prozesse etabliert wurden, es zu systematischen Verbesserungen der Versorgungsqualität bzw. des Patient_innenwohls kommt. Das ist ein Ergebnis, dass sich auch in der Reduktion der Verlegungsanzahl ausdrückt.



Dabei fällt der Wechsel von Cure zu Care zumindest im Universitätskrankenhaus der Maximalversorgung mit seinen unterschiedlichen Ziel- und Interessenlagen und den sich aus diesen ergebenden Konsensfindungen schwerer als der Pflegeeinrichtung. Dies kann nicht überraschen, handelt es sich im Krankenhaus in zahlreichen Fällen um nur bedingt antizipier- und planbare Verläufe; Situationen, die nicht nur die Sterbenden und deren Angehörige, sondern immer wieder auch die beruflichen Sterbegleiter_innen, trotz deren Erfahrungen und Fähigkeiten in Grenz- und Ausnahmesituation führt. Umso wichtiger ist es über Patient_innenverfügungen und dem Advance Care-Prozess (vgl. bspw. Brinkman-Stoppelenburg et al. 2014; in der Schmitt et al. 2016; Mullick et al. 2013) alle Betroffenen möglichst frühzeitig und immer wieder zur Ziel- und Konsensfindung zusammenzuführen, auch wenn diese Bezeichnung angesichts der gegebenen Situation technokratisch klingen mag. Dies gilt insbesondere in der Betreuung alter Menschen, von Personen mit schweren chronischen Erkrankungen und natürlich auch für die Bewohner_innen von Pflegeeinrichtungen. Um das Ziel einer bestmöglichen Gestaltung der letzten Lebensstage zu erreichen, bedarf es immer auch der Zusammenarbeit mit einem ‚Ethikkreis‘ in der jeweiligen Einrichtung. Denn viele der oben benannten normativ kritischen Punkte können als Risikofaktoren nicht nur die Qualität des Sterbens und damit die letzte verbleibende Zeit massiv beeinträchtigen, sondern eben auch zu unnötigen, medizinisch und sozial nicht indizierten Verlegungen Sterbender führen. Da sterbende Menschen immer als vulnerable Personen zu kennzeichnen sind, müssen diese betreffende Interventionen besonders sorgsam geprüft und abgewogen werden. Die strukturellen Bedingungen für eine bestmögliche Betreuung Sterbender – wie etwa eine hinreichende Personal- oder auch Raumausstattung, aber auch die Einbeziehung der Angehörigen – sind nicht verhandelbar. Die Etablierung eines in allen relevanten Abteilungen eines Krankenhauses handelnden, palliativen Konsildienstes kann nicht zuletzt aus ethischen Erwägungen als wichtige und zielführende Entwicklung bewertet werden. Die sollte gerade in einer Zeit gelingen, in der das Sterben in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen stark von ökonomischen Faktoren beeinflusst wird und damit regelmäßig nicht nur ethische Ansprüche unterlaufen werden.

5. Anmerkungen und Danksagung

Der vorliegende Beitrag ist im Rahmen der Arbeit an dem vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten Projekts „Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung“ (Avenue-Pal, <https://www.avenue-pal.de/>) mit dem Förderkennzeichen 01VSF17044 entstanden. Das Projekt hat das Ziel, neue Leitlinien zu entwickeln, um medizinisch-pflegerisch nicht indizierte Verlegungen Sterbender in andere Versorgungssettings zu reduzieren und somit die Lebens- und Versorgungsqualität der Sterbenden signifikant zu verbessern. Die Autor_innen bedanken sich bei allen Projektbeteiligten.

6. Interessenkonflikt und Ethikvotum

Ein Interessenkonflikt aufseiten der Autor_innen liegt nicht vor. Dem Projekt wurde im September 2019 ein positives Ethikvotum durch den FB Medizin Gießen erteilt.

Literatur

- Alt-Epping, B./Nauck, F. (2015): Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Vernetzung von Sektoren, Disziplinen und Professionen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58, 430-435
- Beutel, M. E. (2004): Psychotherapeutischer Umgang mit Todkranken und Sterbenden im Konsiliardienst. In: Arolt, V./Diefenbacher, A. (Hrsg.): Psychiatrie in der klinischen Medizin. Heidelberg: Steinkopff, 122-140
- Blumenthal-Barby, K. (1998): Sterbeaufklärung in Deutschland. Ein Beitrag zum Entwurf der Richtlinie der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Der Urologe [B] 38, 255-257
- Brinkman-Stoppelenburg, A./Rietjens, J. A./van der Heide, A. (2014): The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. In: Palliative Medicine 28, 1000-1025
- DHPV (2017): Wissen und Einstellungen der Menschen in Deutschland zum Sterben – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag des DHPV. https://www.dhpv.de/tl_files/public/Aktuelles/presseerklarungen/3_ZentraleErgebnisse_DHPVBevoelkerungsbefragung_06102017.pdf [Stand 2021-06-18]
- George, W. M. (2014) (Hrsg.): Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen: Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial Verlag.
- George, W. M./Banat, G. A./Herrmann, J. J./Richter, M. J. (2017): Empirische Befunde zur Verlegungspraxis Sterbender. In: MMW-Fortschritte der Medizin 159, 6-14
- George, W. M./Dommer, E./Szymczak, V. R. (2013) (Hrsg.): Sterben im Krankenhaus: Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Göth, M./Silberzahn-Jandt, G./Roser, T./Gratz, M./Jaun, C.a/Nau, H. (2018): Psychosoziale Begleitung von Sterbenden und Angehörigen. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin: Springer, 35-64
- Hall, P./O'Reilly, J./Dojeiji, S./Blair, R./Harley, A. (2009): From cure to care: Assessing the ethical and professional learning needs of medical learners in a care-based facility. In: Gerontology & Geriatrics Education 30, 351-366
- in der Schmitt, J./Nauck, F./Marckmann, G. (2016): Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): Ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 17, 177-195
- Knipping, C. (2006): Umfassende Pflege und Betreuung Schwerkranker und Sterbender am Beispiel ausgewählter Symptome und Interventionen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49, 1104-1112
- Kränzle, Susanne/May, Christian Albrecht (2018): Wenn nichts mehr zu machen ist. Der Beginn der Therapie ist der Anfang von Palliative Care. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin: Springer, 25-33
- Kunz, A./Pohlmann, S./Heinze, O./Brandner, A./Reiß, C./Kamradt, M./Szecsenyi, J./Ose, D. (2016): Strengthening interprofessional requirements engineering through Action Sheets: A pilot study. In: JMIR Human Factors 3, e25
- Marckmann, G./Feichtner, A./Känzle, S. (2018): Ethische Entscheidungen am Lebensende. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin: Springer, 85-98
- Meeker, M. A./Mcginley, J. M./Jezewski, M. A. (2019): Metasynthesis: Dying adults' transition process from cure?focused to comfort?focused care. In: Journal of Advanced Nursing 75, 2059-2071

Beiträge

- Mullick, A./Martin, J./Sallnow, L. (2013): An introduction to advance care planning in practice. In: *BMJ* 347, f6064-f6064
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften (2015): Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung. Halle (Saale).
- Nauck, F. (2011): Ethische Aspekte in der Therapie am Lebensende. In: *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 106, 137-148
- Rehmann-Sutter, C./Lehnert, H. (2016): Ethische Aspekte der Palliativmedizin. In: *Internist* 57, 946-952
- Reiter-Theil, S./Hiddemann, W. (2000): Patientenautonomie statt Paternalismus. Ein Paradigmenwechsel in der klinischen Ethik? In: *Der Onkologe* 3, 190-197
- Schäfer, Rainer (2018): Zur Entwicklung der Palliativ- und Hospizmedizin. Blick aus der Praxis. In: *Medizinrecht* 36, 749-754
- Schmeling-Kludas, C. (2006): Die Rolle des Arztes und die Kommunikation mit Sterbenden. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49, 1113-1121
- Schuster, H.-P. (1999): Ethische Probleme im Bereich der Intensivmedizin. In: *Internist* 40, 260-269
- Seeger, C. (2018): Grundsätze von Palliative Care. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.): *Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium*. 6. Auflage. Berlin: Springer, 17-21
- Warren, N./Addison, C. (2020): Post-cure. In: *Medicine Anthropology Theory* 7, 93-108
- Weber, K. (2017): Demografie, Technik, Ethik: Methoden der normativen Gestaltung technisch gestützter Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft* 22, 338-352
- Weber, K. (2019): Methoden der ethischen Evaluation von IT. In: Draude, C./Lange, M./Sick, B. (Hrsg.): *INFORMATIK 2019: 50 Jahre Gesellschaft für Informatik*. Informatik für Gesellschaft (Workshop-Beiträge), Gesellschaft für Informatik e.V., 431-444
- Wiese, C. H. R./Vagts, D. A./Kampa, U./Pfeiffer, G./Grom, I.-U./Gerth, M. A./Graf, B. M./Zausig, Y. A. (2011): Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen. Empfehlungen zur ambulanten Versorgungsoptimierung. In: *Anaesthesist* 60, 161-171

Ulrike Scorna, M.A.

Institut für Sozialforschung und Technikfolgenabschätzung, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, Postfach 12 03 27, 93025 Regensburg, Ulrike.Scorna@oth-regensburg.de

Prof. Dr. Wolfgang M. George

Technische Hochschule Mittelhessen, TransMIT Projektbereich für Versorgungsforschung, Jahnstraße 14, 35394 Gießen, george@transmit.de

Prof. Dr. Karsten Weber

Institut für Sozialforschung und Technikfolgenabschätzung, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, Postfach 12 03 27, 93025 Regensburg, Karsten.Weber@oth-regensburg.de
[Korrespondierender Autor]