Michele Haink, Daniela Liersch-Mazan, Franziska Müller, Ursula Müller-Werdan, Nils Lahmann, Sandra Strube-Lahmann

Besondere Beratungsbedarfe von Klient_innen der Pflegeberatung während der COVID-19-Pandemie: Eine qualitative Studie

Zusammenfassung Die COVID-19-Pandemie prägte seit mehr als drei Jahren das Leben von Menschen weltweit und stellte insbesondere pflegebedürftige Menschen, ihre Zu- und Angehörigen sowie professionelle Leistungserbringer_innen vor vielfältige Herausforderungen. Im Rahmen von leitfadengestützten Interviews wurden Pflegeberatende aus Berliner Pflegestützpunkten zu veränderten Beratungsbedarfen ihrer Klient_innen in den ersten zwei Jahren der Pandemie befragt. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte mithilfe einer Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Es zeigt sich, dass besonders häufig Beschwerden zu Kontaktbeschränkungen geäußert wurden. Pflegende Angehörige schienen besonders belastet, da unterstützende Angebote wie Tages- oder Kurzzeitpflege wegfielen und es an geeigneten Notfallstrukturen fehlte.

Schlüsselwörter Coronaspezifische Beratungsbedarfe, COVID-19, Pflegeberatung, Qualitative Inhaltsanalyse

Special counseling needs of clients of care support centers during the COVID-19 pandemic: A qualitative study

Abstract The COVID 19 pandemic had been shaping the lives around the world for more than three years and poses a variety of challenges, especially for people in need of care, their relatives, and professional care providers. In guideline-based interviews, care advisors from Berlin care support centers were asked about changes in their clients' need for advice in the first two years of the pandemic. The results were evaluated using a qualitative content analysis according to Mayring. It was found that complaints about contact restrictions were expressed particularly frequently. Family caregivers seemed to be particularly burdened, because of the discontinuation of support services such as day care or short-term care and the lack of appropriate emergency structures.

Keywords corona related consulting needs, COVID-19, care advising, qualitative content analysis

1 Einleitung

Pflegeberatung ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ihr Ziel ist es, die individuelle Pflegesituation von ratsuchenden Menschen zu erfassen sowie Strategien zur Problemlösung zu vermitteln. Sie ist nach § 7a SGB XI Pflegeberatung gesetzlich verankert und wird u. a. von Pflegekassen und Pflegestützpunkten angeboten.

Eingereicht 20. 07. 2023
Akzeptiert 06. 09. 2023

Dies sind wohnortnahe Anlaufstellen für Menschen, die sich zum Thema Pflege unabhängig und kostenfrei informieren lassen möchten. Pflegeberatende koordinieren und vermitteln dabei Unterstützungsangebote und beantworten Fragen zu Hilfsmitteln, alters- und pflegegerechten Wohnraumanpassungen sowie finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten (Senatsverwaltung für Wissenschaft 2022).

Ab 2020 stellte die COVID-19-Pandemie alle Beteiligten der Gesundheitsversorgung vor enorme Herausforderungen. Für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Zu- und Angehörigen war dies mit Unsicherheiten, Ängsten und Einschränkungen in vielen Lebensbereichen verbunden (Räker et al. 2021: 44–45). Eine quantitative Erhebung zum Informationsbedarf in der Pflegeberatung aus dem Jahr 2021 ergab, dass die Pflegeberatung auch in der Pandemie eine wichtige Anlaufstelle für pflegebedürftige Menschen sowie deren Zu- und Angehörige dargestellt hat (Strube-Lahmann et al. 2021: 62). Wie auch in anderen Arbeitsbereichen, wurde die Arbeit von Pflegeberatenden durch die pandemische Situation stark beeinflusst. Maßnahmen, wie z. B. Kontaktbeschränkungen, betrafen auch die Pflegestützpunkte. So wurde der Zugang zu entsprechenden Pflegeberatungsstellen für Ratsuchende deutlich erschwert. Vor Pandemiebeginn basierte die Pflegeberatung v. a. auf dem persönlichen Kontakt in den Beratungsstellen und Besuchen der Pflegeberatenden in der Häuslichkeit der zu beratenden Person auf (Dehl et al. 2020: 53–54, 104). Mit dem Inkrafttreten der coronabedingten Schutzmaßnahmen mussten Pflegeberatende dann plötzlich neue Kommunikationswege sowie Antworten auf coronaspezifische Fragestellungen finden. Dieser Artikel zeigt die besonderen Beratungsbedarfe von Klient_innen der Pflegeberatung während der ersten beiden Jahre der COVID-19 Pandemie auf und gibt Empfehlungen für die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und deren Zu- und Angehörige in zukünftigen pandemischen Gesundheitslagen.

2 Hintergrund und Zielsetzung

Die Pflegeberatung nach dem SGI XI stellt eine wichtige Möglichkeit für Menschen mit Pflegebedarf, ihre Zu- und Angehörigen dar, sich über Leistungen und Ansprüche umfassend und neutral zu informieren. In mehreren Erhebungen der letzten Jahre wurden bereits typische Themen, sowie häufigste Fragestellungen aus Beratungsgesprächen ermittelt (Dehl et al. 2020). Danach wurden Hilfsmittelversorgung, Pflegegradeinstufung und Widersprüche gegen Entscheidungen des Medizinischen Dienstes (MD) besonders häufig thematisiert. Allerdings beziehen diese Erhebungen noch nicht die speziellen Versorgungssituationen für Menschen mit Pflegebedarf aufgrund der COVID-19 Pandemie ein. Der Einfluss der Pandemie auf Beratungsbedarfe der Klient_innen der Pflegeberatung, sowie die Auswirkungen des veränderten Zugangs zur Pflegeberatung als Solches wurden bisher nicht beleuchtet. Vor diesem Hintergrund wurden fünf Pflegeberatende aus Berliner Pflegestützpunkten mittels leitfadengestützter Expert_inneninterviews zu ihren Erfahrungen in der Beratungstätigkeit seit Ausbruch der Pandemie Anfang 2020 befragt. Die Sicht der Expert_innen eröffnet dabei die Möglichkeit vertiefende Einblicke in die besonderen Beratungsabläufe der ersten beiden Pandemiejahre zu nehmen. Da Pflegeberatende einen be-

sonderen Zugang zu sensiblen Lebensbereichen von Menschen mit Pflegebedarf und ihrem persönlichen Umfeld haben, kann diese Untersuchung außerdem dazu beitragen, die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf vulnerable Gruppen unserer Gesellschaft zu bewerten und Empfehlungen für zukünftige pandemische Situationen zu geben.

3 Methoden

Die Sichtweisen der Expert_innen im Feld wurden mittels leitfadengestützter, halbstrukturierter Interviews eingeholt (Helfferich 2019: 679). Der Interviewleitfaden wurde mithilfe der SPSS-Formel nach Helfferich (2019) entwickelt, wobei die Autor_innen ihre Erfahrungen zum Thema aus einer vorangegangenen deutschlandweiten quantitativen Befragung zu den häufigsten Fragen in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI einfließen ließen (Strube-Lahmann et al. 2021). Im Rahmen dieser Erhebung gab es erste Hinweise darauf, dass die COVID-19-Pandemie spezielle Fragestellungen für die Pflegeberatung hervorgebracht hatte. Der Leitfaden wurde vor den Interviews mittels Pretest hinsichtlich dessen strukturellen und inhaltlichen Aufbaus überprüft.

Es wurden Interviewpartner_innen bei Pflegestützpunkten im Bundesland Berlin als Expert_innen rekrutiert. Da Berlin in der Pflegeberatung besondere Organisationsstrukturen aufweist und die spezielle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aufgrund landesrechtlicher Regelungen an die Pflegekassen übergeben wurde (Dehl et al. 2020: 107), lag der Fokus der Expert_innensuche auf Pflegeberatenden, die während der COVID-19-Pandemie in Pflegestützpunkten allgemeine Pflegeberatung nach SGB XI anboten und auch bereits vor Pandemiebeginn in der Pflegeberatung tätig waren. Die Rekrutierung für das Interview erfolgte über ein Rundschreiben per E-Mail bzw. telefonische Anfragen über die allgemeinen Kontaktadressen von insgesamt 37 Pflegestützpunkten in Berlin. Fünf Pflegestützpunkte erklärten sich für eine Teilnahme bereit.

Die Interviews wurden im September 2021 persönlich bzw. online über ein Videokonferenztool durchgeführt.

Das Interview wurde mit einem Digital Voice Recorder aufgezeichnet und nach Dresing et al. (2018) inhaltlich-semantisch transkribiert (Dresing et al. 2018: 21–25). Für die Transkription wurde das Transkriptionsprogramm „f4transkript“ genutzt. Die Transkripte haben einen Umfang von neun bis 30 Seiten. Es erfolgte die Anonymisierung in nach Meyermann et al. (2014) zur faktischen Anonymisierung von qualitativen Daten.

Danach wurden alle Transkripte mit Hilfe eines kombinierten Verfahrens der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Es erfolgte zunächst eine Strukturierung der Inhalte mit den vorab für den Leitfaden entwickelten übergeordneten Themen, die für die Analyse als deduktive Oberkategorien herangezogen wurden. Neben diesen sechs Kategorien wurden noch zwei zusätzliche deduktive Kategorien vergeben: Sonstiges (Fragen) und Sonstiges (keine Fragen), um neue und bislang unentdeckte Aspekte systematisch erfassen zu können. Für die Kodierung wurde ein Kodierleitfaden erstellt.

Als Analyseprogramm wurde die von Mayring selbst bereitgestellte Software QCAMap genutzt (Mayring et al. 2019: 638). Die Kodierung und Auswertung der einzelnen Text-

abschnitte erfolgte sowohl deduktiv, als auch induktiv, durch zwei der Autor_innen, unabhängig voneinander und unter Einhaltung ausreichender Übereinstimmung durch die Berechnung von Reliabilitätskoeffizienten.

Die induktive Kategorienbildung wurde vorgenommen, indem die einzelnen Textabschnitte der deduktiven Kategorien zunächst paraphrasiert, generalisiert und anschließend reduziert wurden (Mayring et al. 2019: 637). Aufgrund der Vielzahl an gebildeten Unterkategorien wurden zum Abschluss der Auswertung noch einmal zusammenfassende, induktiv abgeleitete Sub-Oberkategorien nach dem oben bereits beschriebenen Vorgehen gebildet.

Die Häufigkeit von Fragen zu bestimmten Themen sowie der Anteil einzelner Themen in den Beratungsgesprächen wurde von „nicht thematisiert" bis „sehr hoch" bewertet, um die die Relevanz und den Beratungsbedarf der einzelnen Themen besser vergleichen zu können.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden jeweils nur die Themen dargestellt, die aus Sicht der Autor_innen von besonderer Aussagekraft sind. Es wurden Zitate aus allen Transkripten verwendet, jedoch zum Schutz der Expert_innen auf eine Pseudonymisierung im Artikel verzichtet.

Alle interviewten Pflegeberatenden (im Folgenden nur noch Expert_innen genannt) waren zum Interviewzeitpunkt über 30 Jahre alt, bereits mindestens zwei Jahre in der Pflegeberatung tätig und verfügten über fachspezifische Abschlüsse in sozialen und pflegerischen Berufen.

Die Klient_innen der Pflegeberatung wurden als zumeist ältere Ratsuchende, überwiegend berentete Senior_innen beschrieben. Die Expert_innen gaben an, dass neben Personen mit Pflegebedarf, in allen Pflegestützpunkten auch An- und Zugehörige beraten werden. Aus einem Pflegestützpunkt wurde berichtet, dass häufiger Angehörige als Menschen mit Pflegebedarf Beratung suchten. In zwei Pflegestützpunkten wurden die Ratsuchenden als eher gut situiert beschrieben. Zwei Expert_innen verwiesen während der Interviews mehrmals auf die Sozialisation ihrer Klient_innen in der ehemaligen DDR und aus einem Pflegestützpunkt wurde berichtet, dass unter den Klient_innen mehr als ein Drittel über einen Migrationshintergrund verfügt.

4.1 Corona Allgemein

Besonders relevante coronaspezifische Beratungsbedarfe bestanden nach Aussagen aller Expert_innen v. a. im Bereich von Schutz- und Zugangsregelungen in stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen und Krankenhäusern. „Kontaktbeschränkungen" wurden von den Expert_innen als besonders wichtige Maßnahme im Alltag der Klient_innen wahrgenommen, wobei die „Besuchsregelungen im Pflegeheim" bzw. das „Besuchsverbot im Pflegeheim" besonders häufig thematisiert worden seien:

P: […] in der Anfangsphase ganz stark, als es dann die Kontaktbeschränkungen gab ähm und zum einen ‚Was darf ich?' beziehungsweise die Frage ‚Stimmt das, dass das Heim mir verbieten darf das und das zu tun?' (Auszug aus Transkripten 1–5, Z. 296–298)

„Impfungen", „Impftermine" sowie „Impfcodevergabe" waren nach Angaben der Expert_innen sehr relevante Beratungsbedarfe. Auch der „Transport zur Impfung" sei in den Gesprächsterminen mittel bis sehr häufig thematisiert worden.

P: […] und dann konnten eben pflegende Angehörige hier anrufen und unter bestimmten Voraussetzungen über die Pflegestützpunkte Impfcodes generiert zu bekommen, damit sie mit dem Code einen Termin vereinbaren konnten. Also das war, das ging eine ganze Weile, also über die ganze Zeit. Das war ein richtiger Hype, würde ich sagen. Zu wissen, wie mache ich das eigentlich mit der Impfung. Und wie ist das mit der Hotline und mach ich das online und wo ist das Impfzentrum. (Auszug aus Transkripten 1–5, Z. 438–443)

„(Kostenfreie) Testmöglichkeiten" waren bei mehreren Befragten ein häufiges bis sehr häufiges Thema. Die Expert_innen berichteten, dass seitens der Klient_innen auch Beschwerden geäußert worden seien. So konnten z. B. in den Interviews gerade für den Beginn der Pandemie „Beschwerden über Coronamaßnahmen", „Unverständnis über Masketragen" oder auch v. a. für den Sommer 2020 „Pflegepersonal trägt keine Maske", sowie insgesamt ein zunehmender „Verlust von Verständnis und Geduld bei Angehörigen gegenüber Kontaktbeschränkungen" als induktive Unterkategorien identifiziert werden, die als Themen mittel bis häufig in den Beratungen vorkamen.

In den Beratungen wurden nach Aussage der Expert_innen insbesondere die Pflichten des (Pflege-)Personals bezüglich einzuhaltender Coronaschutzmaßnahmen thematisiert. Die aus den Interviews gebildeten induktiven Kategorien lauten dazu u. a. „Impfstatus Pflegedienst", „Gesundheitsstatus Personal" und das „Einhalten der Schutzmaßnahmen durch das Pflegepersonal und durch Haushaltshilfen". Auch das Thema Coronaschutzausrüstung wie „fehlende Masken und Desinfektion" und die „Verteilstellen für (kostenlose) Masken", wurden von den Expert_innen als Themen der Beratung benannt.

4.2 Zugang zu Leistungen

Das Thema Zugang zu Leistungen hatte nach Aussage der Expert_innen einen wesentlichen Gesprächsbestandteil bei allen Beratungen und es seien hierzu unterschiedlichste Fragestellungen erörtert worden.

P: ‚[…] Ähm, ist es richtig, dass Sie hier ähm keine Beratungstermine mehr anbieten? Ähm, kann man nicht mehr zu Ihnen in den Pflegestützpunkt kommen oder wie kann ich jetzt meine Angehörigen ähm versorgen, ich bin ja auch berufstätig; wie soll ich das machen, wenn jetzt die Tagespflege ausfällt, ähm wenn ich ins Pflegeheim nicht mehr reinkomme und wenn der Pflegedienst, da einfach Kollegen ausfallen wegen Corona-Erkrankungen. Also wenn die Angebote, die ich

sonst als pflegender Angehöriger genutzt habe, eben nicht mehr zur Verfügung stehen.' (Auszug aus Transkripten 1–5, Z. 38–41)

„Ausfall Pflegedienst wegen COVID-Erkrankung" und „Betreuungsdienst nur noch telefonisch" konnten als induktive Kategorien mit besonders relevantem Beratungsbedarf für den Anfang der Pandemie abgeleitet werden. „Wegfall von Begleitdienst" und „Unterstützung bei Einkäufen" bis hin zu „eingeschränkter häuslicher Versorgung (Ausfall Haushaltshilfe, Hausbesuche, Mobilitätsdienste)" konnten als Kategorien von mittlerer Relevanz aus den Interviews herausgearbeitet werden.

Ebenso häufig seien die „Schließung [von] Tagespflege/Wegfall Tagespflege", „Teilöffnung Tagespflege", sowie „reduzierte Kurzzeitpflegeplätze" thematisiert worden. Die Expert_innen machten für das Thema der „Heimplatzsuche" als Beratungsbedarf eine mittlere bis hohe Relevanz aus:

P: […] Wenn die konkret nach einem Platz gesucht haben, konnten die sich ja jetzt in den letzten Monaten die Pflegeheime vorher nicht anschauen. Das war halt auch ein riesiges Problem, weil sie ja eigentlich ähm dann ihre Angehörigen in ein Pflegeheim gegeben haben was sie vorher gar nicht gesehen haben, nur im Internet. Und das war auch ein Problem. (Auszug aus Transkripten 1–5, Z. 98–101)

Das Thema Zugang zu Rehabilitationsleistungen war nach Angaben der Expert_innen eher selten in den Beratungen relevant. Nur eine interviewte Person sah überhaupt einen besonderen Beratungsbedarf bei dem Thema, nämlich im Zusammenhang mit „Quarantäne für Rehabilitationsklinikaufenthalt".

4.3 Psychische Unterstützung, Ent- und Belastungen

Bezüglich der psychischen Unterstützung, Ent- und Belastungen, wurde von den Expert_innen Angst als ein wichtiges Thema benannt. Es gab Ängste von einer allgemein „spürbaren Angst bei Ratsuchenden" bis hin zu spezielleren Befürchtungen wie „Angst vor einer [COVID-19-]Infektion", insbesondere im Krankenhaus oder verursacht durch den Pflegedienst. Die Ängste der Klient_innen hätten zudem von der „Angst [das] Haus zu verlassen", über die „Angst um Angehörige in Heimen", bis hin zu einer „Angst der Heimbewohner_innen vor Vereinsamung" aufgrund von Kontaktbeschränkungen gereicht. Auch die Angst vor einer „anhaltenden Pandemie" oder auch „Angst von Angehörigen im Heim nicht mehr erkannt zu werden" waren in den Beratungen laut der Expert_innen präsent.

P: […] Also man konnte nicht draußen die Kontakte pflegen, aber die Sorge war auch, wenn ich fremde Menschen in die Wohnung lasse, infiziere ich mich selbst als pflegende Angehörige, was ja extrem fatal wäre oder ich gefährde meinen Angehörigen. (Auszug aus Transkripten 1–5, 298–301)

Daneben berichteten die Expert_innen von Frust und Sorgen, die unmittelbar mit der Pandemie in Zusammenhang gestanden hätten, wobei ein hoher Beratungsbedarf angegeben wurde. „Frust über geschlossene Heime", „Traurigkeit aufgrund von Alleinsein" und ein spürbarer „steigender Frust mit Dauer der Pandemie" wurde von fast allen Expert_innen wahrgenommen. Sorgen seien häufiger von Angehörigen und weniger von den Personen mit Pflegebedarf geäußert worden und hätten sich v. a. auf „Angehörige in [der] Akutklinik" und auf ein „schlechtes Gewissen wegen persönlicher Kontakte zu Angehörigen" bezogen.

Die Klient_innen hätten immer wieder eine „Freude über [die] Erreichbarkeit [der] Pflegeberatung", trotz Coronaschutzmaßnahmen, rückgemeldet. Auch Akzeptanz für die Umsetzung der Maßnahmen wie z. B. die „Akzeptanz [für die] Schließungen [der] Tagespflege", „Entschleunigung als positiver Effekt der Pandemie" und „Dankbarkeit für Entlastung durch Nachbarn" konnten als induktive Kategorien in einzelnen Interviews identifiziert werden, spielten aber laut der Expert_innen eine eher untergeordnete Rolle in der Beratung.

> *P: […] Die fitten älteren Herrschaften, die haben sich über die Pandemie gefreut, weil das Tempo verlangsamt wurde. Und die haben gesagt: ‚Super, endlich läuft die Welt mal in unserem Tempo.' Gab es auch. Die haben wir aber weniger bei uns in der Beratung, ja. (Auszug aus Transkripten 1–5, Z. 474–477)*

Die Belastung von (pflegenden) Angehörigen konnte als ein mittlerer bis sehr häufiger Beratungsbedarf identifiziert werden. Die Expert_innen sahen v. a. die Angehörigen durch den Ausfall der Tages- und Kurzzeitpflege stark gefordert:

> *P: […] zum Teil aber auch die Anfragen, dass sie sagen: ‚Wir sind jetzt auf der Suche nach einer stationären Einrichtung, weil eben Tagespflege und so weiter nicht mehr greift und alleine schaffen wir es einfach nicht, dann können wir den Beruf nicht aufrechterhalten.' (Auszug aus Transkripten 1–5, Z. 379–381)*

Als Belastung konnten v. a. „fehlende Angebote", „eigene Organisation der Pflege", „Schutz vor Infektion geht für Angehörige vor Selbstfürsorge" und „psychische Gesundheit von Angehörigen" als Kategorien aus den Interviews herausgearbeitet werden. Ferner stand das Thema fehlende Entlastungsangebote nach Aussage der Expert_innen gerade zu Beginn der Pandemie häufig im Fokus der Pflegeberatung. Möglichkeiten der „Nachbarschaftshilfe" und der „Unterstützung durch [die] Familie" konnten ebenfalls als Kategorien identifiziert werden. Eine befragte Person gab zudem an, dass „Entlastung durch Impfung" als Thema in der Beratung von Klient_innen angesprochen worden sei.

Für die Mehrheit der Expert_innen war v. a. während der Kontaktbeschränkungen ein höherer Bedarf bei den Klient_innen an entlastenden Gesprächen spürbar. Die Expert_innen stellten heraus, dass ein reines „Telefonangebot nicht für alle Klient_innen ein adäquater Ersatz für [ein] persönliches Gespräch" gewesen sei.

Dieser besondere Gesprächsbedarf habe mit der Aufhebung von Kontakt- und Besuchsverboten sowie der Etablierung von COVID-19-Impfungen spürbar nachgelassen:

> *P: Also man könnte so ein bisschen sagen, wenn wir auf Arbeit nicht die Maske tragen müssten, die Menschen nicht immer noch auffordern würden, sich die Hände zu desinfizieren oder zu waschen und so auf Abstand sitzen, könnte man meinen, dass Corona nicht mehr existent ist. […] Ich würde fast denken, dass es bis auf so ein paar Bestimmungen innerhalb des Pflegestützpunktesystems, ist es für die Leute kein Thema mehr, die sagen immer: ‚Ich bin geimpft.' (Auszug aus Transkripten 1–5, 297–302)*

Die religiöse Seelsorge als Entlastungsmöglichkeit war nur bei einem oder einer der Expert_innen ein relevantes Beratungsthema: Es wurde von einem Fall berichtet, in dem es den „Wunsch nach mehr kirchlichen Angeboten während Corona" gab.

4.4 Soziale Kontakte

Für viele Klient_innen waren laut der Expert_innen im Themenbereich Soziale Kontakte, wie auch schon zuvor beim Thema Corona Allgemein, v. a. Fragestellungen im Zusammenhang mit Kontaktmöglichkeiten in Pflegeheimen und Kliniken wichtig. Es konnten neben den gebildeten Kategorien „eingeschränkte Sozialkontakte [als Schutz vor COVID-19]", auch die eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten zu Angehörigen im Pflegeheim oder auch zu anderen Pflegeheimbewohner_innen herausgearbeitet werden. Die Expert_innen erklärten dabei in den Interviews, dass die Pflegestützpunkte hierzu keine Lösungen hatten anbieten können. Anfragen und Beschwerden zu dem Thema seien erst weniger geworden, als auch die Coronaschutzmaßnahmen von staatlicher Seite gelockert wurden.

> *P: […] Und diese Vorsichtsmaßnahmen mussten ergriffen werden und ähm die pflegenden Angehörigen mussten damit zurechtkommen. Bis hin, dass ich von einem Angehörigen erfahren habe, dass er seine demenzkranke Mutter in den letzten zwei Monaten vor ihrem Tod nicht mehr sehen durfte […]. So und die ist dann gestorben ohne die Familie. Das sind ja alles Erlebnisse, die man auch verkraften muss. (Auszug aus Transkripten 1–5, Z. 576–579)*

Für Menschen in der eigenen Häuslichkeit war nach Meinung der Expert_innen zu Beginn der Pandemie „Einsamkeit" ein mittleres bis häufig aufkommendes Thema in den Beratungen. Eine_r der Expert_innen verwies darauf, dass Impfungen die Einsamkeit reduziert habe.

4.5 Technik

Nach Angaben der Expert_innen thematisierten die Klient_innen das Thema Digitalisierung und Technik selten in der Beratung. Mehrere Expert_innen gaben an, dass es einzelne Nachfragen zu „Smartphone als Kontaktmöglichkeit mit Familie im Einzelfall", „fehlende Kontaktmöglichkeit über Telefon, wegen fehlendem Personal im Heim" und die „Kontaktmöglichkeit über WhatsApp [zum Pflegestützpunkt]" gegeben habe.

4.6 Kosten

Alle Expert_innen verdeutlichten, dass das Thema Kosten als spezieller Beratungsbedarf für die Klient_innen eher von geringer Relevanz war. Zwei der Expert_innen gaben an, Kosten in der Beratung im Zusammenhang mit Coronaschutzausrüstung, v. a. wegen des „Einsatz[es] zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel für Masken und Desinfektion" besprochen zu haben. Das Thema sei v. a. am Anfang der Pandemie als sehr wichtig erachtet worden. Die Expert_innen gaben an, bei dem Thema häufiger von sich aus zu beraten, da die Klient_innen nicht über Kostenmöglichkeiten informiert seien.

4.7 Sonstige Fragen

Bei der Auswertung der Interviews fielen bei der Kategorisierung zwei neue Themenbereiche auf, die als besondere Beratungsbedarfe von den Expert_innen im Rahmen der Interviews benannt und die nicht in den bereits deduktiv gebildeten sechs Oberkategorien zugeordnet werden konnten.

4.7.1 Begutachtung Medizinischer Dienst (MD)

Der veränderte Ablauf der Begutachtung durch den MD war für die überwiegende Anzahl der Expert_innen ein relevantes Thema in der Beratung. Für die Klient_innen habe v. a. Beratungsbedarf wegen der pandemiebedingten Umstellung von persönlicher auf telefonische Begutachtung durch den MD bestanden. Die Expert_innen gaben nur vereinzelt positive Rückmeldungen seitens der Klient_innen zur telefonischen Begutachtung an. Vielmehr berichteten sie, dass ihnen in der Beratung „Frust über Bewertung nach telefonischer Begutachtung" begegnet oder auch häufig der „Wunsch nach persönlicher Begutachtung" geäußert worden sei. Auch das Thema des „Widerspruch[s] bei telefonischer Beratung" wurde von den Expert_innen verstärkt in der Beratungsarbeit ab Beginn der Pandemie wahrgenommen.

> *P: Dass Begutachtungen ja sonst in der Häuslichkeit stattgefunden haben und jetzt auf einmal telefonisch. Ähm und in dem Zusammenhang dann auch die Nachfrage nach: ‚Gibt es da die Möglichkeit in Widerspruch zu gehen' beziehungsweise, ‚Was muss man bei einer telefonischen Begutachtung beachten', was ja dann für uns auch Neuland war, weil die bisher immer in natura zu Hause stattgefunden haben. (Auszug aus Transkripten 1–5, Z. 66–70)*

4.7.2 Beruf und Pflege

Zwei der Expert_innen äußerten im Interview jeweils, dass in ihren Beratungen aufgrund der Pandemiesituation vermehrt „Kombinationsmöglichkeiten für Pflege und Beruf" und eine „berufliche Auszeit für Pflegepersonen" angefragt wurden:

> *P: Ich würde sagen gezielte Nachfragen nicht, was jetzt Erstattung von Kosten oder so angeht. Ähm, vielleicht eher in die Richtung, dass es um die Kombination, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ging. Also, dass tatsächlich Menschen ähm aus dem beruflichen Alltag ausgestiegen sind, beziehungsweise Arbeitszeit reduziert haben und in dem Zusammenhang gefragt haben: ‚Was ist denn da offiziell ähm möglich, beziehungsweise was darf und kann man nutzen.' (Auszug aus Transkripten 1–5, Z. 366–370)*

5 Diskussion und Ausblick

5.1 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 besondere coronaspezifische Beratungsbedarfe in der Pflegeberatung hervorgebracht hat. Allerdings wird ersichtlich, dass nur vier der sechs Themenbereiche aus dem Leitfadeninterview eine besondere Relevanz in den Beratungsgesprächen hatten. Die Expert_innen sahen einen besonders hohen Beratungsbedarf im Bereich: Corona Allgemein, Soziale Kontakte, Zugang zu Leistungen und Psychische Unterstützung, Be- und Entlastungen. Als weniger relevante Themen der Pflegeberatung wurden die Kategorien Technik und Kosten aus den Aussagen der Expert_innen identifiziert. Zusätzlich hat die Auswertung zwei Themenbereiche aufgedeckt, die im Interviewleitfaden noch nicht berücksichtigt waren: Begutachtung MD; Beruf und Pflege.

Die Relevanz des Themas der COVID-19-Schutzimpfungen könnte einerseits auf die Zuständigkeit der Impfcodevergabe und -generierung der Berliner Pflegestützpunkte zurückzuführen sein, andererseits könnte auch die mediale Berichterstellung einen Beitrag dazu geleistet haben. Die vielfältigen Fragen und Unsicherheiten zu geltenden Coronaschutzmaßnahmen durch die Klient_innen zeigen, dass ein großer Informationsbedarf vorhanden war und es an speziellen Informationsangeboten für ältere, vulnerable und pflegebedürftige Personen sowie deren Zu- und Angehörige außerhalb der Pflegeberatung fehlte.

Die Einschränkungen und Verbote des Kontakts und Zugangs zu Leistungen scheinen einen starken Einfluss auf das Alltagserleben der Klient_innen der Pflegeberatung gehabt zu haben. Dieser Einfluss wird auch in einer Analyse des Max-Planck-Instituts zur häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen in Europa beschrieben. Danach wurde die notwendige pflegerische Versorgung für Pflegebedürftige aufgrund von Coronaschutzmaßnahmen erschwert bzw. deren Zugangsmöglichkeiten eingeschränkt (Bergmann et al. 2021: 18–22). Die Ergebnisse passen zu dem in den Interviews geschilderten Anstieg der Suche nach Heimplätzen für ansonsten ambulant betreute Menschen mit Pflegebedarf und der

vermehrten Nachfrage von Angehörigen zu Möglichkeiten, die eigene Arbeitszeit zugunsten der Pflege Angehöriger zu reduzieren. Es deckt sich auch mit einer der Kernaussagen des aktuellen deutschen Alterssurveys, in dem gerade zu Beginn der Pandemie von einem Anstieg an pflegerischer Unterstützung durch private Personen gesprochen wird. Obwohl als Thema in der Pflegeberatung relevant, zeigen die Daten des Alterssurvey, dass von den gesetzlichen Maßnahmen mit neuen Optionen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, schlussendlich nur wenige Berechtigte Gebrauch gemacht haben (Ehrlich et al. 2022: 15). Nach einer Studie des Deutschen Zentrums für Altersfragen stieg die Übernahme der Pflege durch informell Pflegende und die Pflege innerhalb der Nachbarschaft zum Pandemiebeginn im Vergleich zu den Vorjahren stark an (Klaus et al. 2021: 10). Hier könnte ein Anknüpfungspunkt gesehen werden, die Gesellschaft zukünftig pandemieresistenter aufzustellen, indem alternative Versorgungsstrukturen weiter ausgebaut, gefördert und öffentlich bekannt gemacht werden.

Es wurde ersichtlich, dass der veränderte Zugang zu Leistungen einen unmittelbaren Einfluss auf die psychische und soziale Situation von Menschen mit Pflegebedarf und deren Zu- und Angehörige hatte. Besonders häufig wurden in diesem Zusammenhang laut der Pflegeberatenden Einsamkeit und Ängste thematisiert. Ein systematisches Review von 2021 befasst sich mit der Einsamkeit von Bewohner_innen stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen und Menschen mit Pflegebedarf in der ambulanten Versorgung, die während des Pandemiebeginns verstärkt von Einsamkeit und Angst betroffen gewesen seien. In diesem Zusammenhang stünden auch verstärkte kognitive Einschränkungen der Personen mit Pflegebedarf sowie Ängste seitens der Angehörigen insbesondere bei Betroffenen von „social distancing" (Benzinger et al. 2021: 142–143). Auch die Expert_innen schilderten, dass Angehörige Ängste in Bezug auf negative psychische und physische Auswirkungen ihrer Familienmitglieder mit Pflegebedarf aufgrund der Kontaktbeschränkungen gehabt hätten.

Die geringe Relevanz digitaler Kontaktmöglichkeiten und Technik in den Beratungen der Expert_innen, könnte auf fehlende oder bereits anderweitig erlernte Technikkompetenzen, die geringe Motivation zur Nutzung oder das Vorziehen von persönlichem Kontakt zurückzuführen sein. Eine Studie von 2021 stellt fest, dass die fehlende Motivation zur Nutzung digitaler Kontaktmöglichkeiten der aktuellen Generation Älterer und das Fehlen von technischen Voraussetzungen und Kompetenzen bei Angehörigen Hürden für den Einsatz von Technik darstellen (Domhoff et al. 2021: 77). Auch professionell Pflegende haben Einfluss auf die gelebte soziale Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf. So wird durch die Ergebnisse klar, dass die S1-Leitlinie zur häuslichen Versorgung, sozialen Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontakt ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie weitgehend nicht berücksichtigt wurde (Fischer at al. 2021). Die Aufklärung und Schulung zu digitalen Kommunikationsmöglichkeiten für Menschen mit Pflegebedarf und allgemein älteren Menschen sollte stärker fokussiert werden.

Die Begutachtung durch den MD wurde während der Pandemie aufgrund der Kontaktbeschränkungen v. a. telefonisch durchgeführt und zeigt in der Analyse kritische Rückmeldungen seitens der Ratsuchenden und Pflegeberatenden. Dies ist insofern für die ak-

tuelle gesundheitspolitische Debatte interessant, als im neuen Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) die Möglichkeit strukturierter telefonischer oder digitaler Interviews mit versicherten Personen bei Begutachtungen weiter vorgesehen ist (Gesetzesentwurf, Drucksache 20/6544).

Religiöse Seelsorge war in den Beratungen nahezu irrelevant, was auf die Standorte der Pflegestützpunkte und damit auch auf den Hintergrund der Klient_innen zurückzuführen sein könnte.

Das Thema Kosten wurde ebenfalls wenig eigeninitiativ in den Beratungen erfragt, sondern eher durch die Pflegeberatenden thematisiert, um Klient_innen Möglichkeiten zur Kostenübernahme und veränderte Kosten von Leistungen näher zu bringen. Da die Klient_innen damit auf die jeweiligen Beratenden angewiesen sind, sollte erwogen werden, ob auch Pflegekassen vermehrt auf veränderte Kosten bei Pflegeversicherten hinweisen und entstehende Versorgungslücken frühzeitig schließen.

5.2 Limitationen

Limitierend für diese Erhebung ist die ausschließliche Fokussierung auf Pflegeberatende der Pflegestützpunkte des Bundeslandes Berlin.

Trotz der geringen Fallzahl, kann der Beitrag dennoch als Anregung für die beteiligten Akteur_innen (u. a. Gesundheitssektor, Politik) gesehen werden, den Zeitraum der Pandemie kritisch zu reflektieren und Besonderheiten, Versäumnisse oder auch positive Ansätze in den eigenen organisatorischen Abläufen aufzuarbeiten.

Eine weitere Limitation stellt dar, dass nicht die Beratungen an sich analysiert wurden, sondern nur die Perspektive der Pflegeberatenden eingeholt wurde, wodurch u. a. ein Recall-Bias nicht auszuschließen ist.

6 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Rahmen der geführten Interviews für die ersten beiden Pandemiejahre vielfältige coronaspezifische Beratungsbedarfe erfasst werden konnten.

Um zukünftigen Pandemielagen professionell entgegentreten zu können, müssen aus den gesammelten Erfahrungen der COVID-19 Pandemie Schlüsse für die zukünftigen Weichenstellungen in der Politik und dem gesellschaftlichen Zusammenleben gezogen werden. Zu einer solchen Aufarbeitung gehört auch das Reflektieren von Fehlern und die Suche nach besseren Lösungswegen. Die Implementierung neuer Kommunikationswege in ambulanten und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen muss beschleunigt und die Praxis an die realen Bedarfe der Bevölkerung angepasst werden. Insbesondere vulnerable Personengruppen für zukünftige Pandemielagen in psychosozialer Hinsicht sollten gestärkt werden. So stellten die teilweise über Monate eingeschränkten persönlichen Kontakte durch die Coronaschutzmaßnahmen eine starke Belastung dar.

Wenn zukünftig wegen neuer Infektionsgeschehen, noch einmal Kontaktbeschränkungen veranlasst werden sollten, müssten den Akteur_innen des ambulanten und stationären Sektors individuellere Möglichkeiten und weniger pauschalen Verboten begegnen. Nur dann können soziale und psychische Belastungen, wie z. B. soziale Isolierung, Vereinsamung oder auch Ängste vermieden werden, wenn das professionelle Gesundheitsnetzwerk im sozialen Umfeld von pflegebedürftigen Menschen über flexible Strukturen und gut durchdachte Notfallpläne verfügt. Hier sollten Koordinationsstellen wie die Pflegestützpunkte gezielt gefördert werden und mit entsprechend technischer und administrativer Ausstattung versorgt werden. Es bedarf einer differenzierten Kompetenzverteilung auf einzelne Leistungserbringer_innen.

Ein gesundheitspolitischer Fokus sollte auf den pflegenden Angehörigen liegen, die in den ersten beiden Jahren der Pandemie sehr stark mit ihrer Verantwortung auf sich allein gestellt waren. Der Ausbau von Nachbarschaftsnetzwerken und die finanzielle Förderung von alternativen Versorgungsstrukturen sollte von staatlicher Seite weiter intensiviert werden.

Bestimmte Verfahren, z. B. die telefonische Begutachtung des MD müssten noch einmal reflektiert und die Effizienz veränderter Beratungsabläufe in der Pflegeberatung aufgrund coronabedingter Schutzmaßnahmen überprüft werden. So kann telefonische Begutachtung und Beratung sowohl durch den MD als auch durch die Pflegeberatung zukünftig effizienter unter besonderen Umständen eingesetzt werden.

Literatur

Benzinger, P./Kuru, S./Keilhauer, A./Hoch, J./Prestel, P./Bauer, J./Wahl, H.-W. (2021): Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner von Pflegeheimen sowie deren Angehörige – Ein systematisches Review Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 54, 141–145

Bergmann, M./Wagner, M. (2021): Caregiving and care receiving across Europe in times of COVID-19. Working Paper Series. München: Max-Planck-Institute für Sozialrecht und Sozialpolitik

Dehl, T./Nolting, H.-D./Pflug, C./Rellecke, D. J./Rieckhoff, S./Wolff, D. J. K. (2020): Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI. Gesundheit Mobilität Bildung. Berlin: IGES Institut

Domhoff, D./Seibert, K./Rothgang, H./Wolf-Ostermann, K. (2021): Die Nutzung von digitalen Kommunikationstechnologien in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie. In: Frommheld, D./Scorna, U./Haug, S./Weber, K (Hrsg.): Gute Technik für ein gutes Leben im Alter?: Akzeptanz, Chancen und Herausforderungen altersgerechter Assistenzsysteme, Bielefeld: transcript Verlag, 2021, 65–86

Dresing, T./Pehl, T. (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag

Ehrlich, U./Kelle, N./Bünning, M. (2022): Pflege und Erwerbsarbeit: Was ändert sich für Frauen und Männer in der Corona-Pandemie? In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): dza-aktuell: Deutscher Alterssurvey. Heft 02/2022 Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen

Fischer, T./Kopke, K. (2021): S1 Leitlinie – Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie – Living Guideline. Duisburg: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) Leitlinienkommission

Helfferich, C. (2019): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N./Blasius (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, 669–686

Räker, M./Klauber, J./Schwinger, A. (2021): Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin: Springer, 33–57

Klaus, D./Ehrlich, U. (2021): Corona-Krise = Krise der Angehörigen-Pflege? Zur veränderten Situation und den Gesundheitsrisiken der informell Unterstützungs- und Pflegeleistenden in Zeiten der Pandemie. In: Deutsches Zentrum für Altersfrage (Hrsg.): dza aktuell: Deutscher Alterssurvey. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen

Mayring, P./Fenzl, T. (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N./Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, 635–642

Meyermann, A./Porzelt, M. (2014): Hinweise zur Anonymisierung von qualitativen Daten. In: Schuster, A. (Hrsg): forschungsdaten bildung informiert. 01/2024. Frankfurt am Main: Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Pflege, (2022): Kompetente Beratung – Pflegestützpunkte Berlin [Online]. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/pflege/pflege-und-rehabilitation/pflegestuetzpunkte/#:~:text=Die%20Berliner%20Pflegest%C3%BCtzpunkte%20sind%20wohnortnahe,und%20im%20Vorfeld%20von%20Pflege. [Stand 2023-07-04]

Strube-Lahmann, S./Müller, F./Liersch-Mazan, D./Haink, M./Lahmann, N. A. (2021): Beratungsbedarfe in der COVID-19 Pandemie. Pflegezeitschrift, 74, 60–62

Interessenkonflikt Es besteht kein Interessenkonflikt. Informationsmaterial, Interviewleitfaden und Ziel der Befragung wurde jeweils im Vorfeld an interessierte Pflegestützpunkte weitergeleitet, die Zustimmung der Leitungen der Pflegestützpunkte von den Interviewteilnehmenden eingeholt. Aufklärungen und Einwilligungen wurden mit der zuständigen Datenschutzstelle abgestimmt und die Anonymität aller teilnehmenden Personen gewährleistet. Unter Beachtung der Richtlinien der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) wurde deshalb bei den geführten Expert_inneninterviews auf die Einholung eines Ethikvotums verzichtet.

Michele Haink, M. Sc. (Erstautorin)
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum
Medizinische Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Forschungsgruppe Geriatrie
Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin
michele.haink@charite.de (Korrespondenzadresse)

Daniela Liersch-Mazan, Ass.jur. (Erstautorin)
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum, Medizinische Klinik für Geriatrie und Altersmedizin
Forschungsgruppe Geriatrie, Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin
daniela.liersch-mazan@charite.de (Korrespondenzadresse)

Franziska Müller, M. A.
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum, Medizinische Klinik für Geriatrie und Altersmedizin
Forschungsgruppe Geriatrie, Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin, franziska.mueller@charite.de

Prof. Dr. Ursula Müller-Werdan
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum
Medizinische Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Forschungsgruppe Geriatrie
Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin, ursula.mueller-werdan@charite.de

PD Dr. Nils Lahmann
1. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum
Medizinische Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Forschungsgruppe Geriatrie
Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin, nils.lahmann@charite.de (Letztautor)
2. Medical School Berlin
Fakultät Gesundheitswissenschaften, Berlin, Deutschland

Dr. Sandra Strube-Lahmann
1. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum
Medizinische Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Forschungsgruppe Geriatrie
Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin, sandra.strube-lahmann@charite.de (Letztautorin)
2. Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg e. V.
Geschäftsbereich hochschulische Aus- und Weiterbildung, Schwanebecker Chaussee 4 E-H,
13125 Berlin

Malte Klemmt, Silke Neuderth, Tanja Henking

Advance Care Planning in Deutschland und international – Ein Vergleich ausgewählter Ansätze

Zusammenfassung Mittels Advance Care Planning soll die Entscheidungsbildung und -findung einer Person mit Blick auf ihre letzte Lebensphase unterstützt werden. Es existiert eine Vielzahl an, unterschiedlich ausgestalteten, Ansätzen zur Umsetzung. Ziel des Beitrages ist eine vergleichende Darstellung ausgewählter internationaler Konzepte sowie nationaler Ansätze. Hierfür wurde eine Literatur- und Sachstandsrecherche durchgeführt. Ausgewählte Konzepte werden anhand von feststehenden Merkmalen beschrieben und vergleichend gegenübergestellt. Ideen zur Gestaltung und Umsetzung von Advance Care Planning unterscheiden sich in Deutschland und im internationalen Raum teilweise voneinander. Auch innerhalb Deutschlands zeigen sich Unterschiede. Die Ergebnisse liefern Hinweise darauf, bei der Bewertung von Konzepten die jeweiligen konstituierenden Charakteristika und Prämissen mitzudenken bzw. bei etwaiger Adaption die Übertragbarkeit zu hinterfragen.

Schlüsselwörter Advance Care Planning, Autonomie, Konzeptvergleich

Advance Care Planning in Germany and internationally – A comparison of selected approaches

Abstract Through advance care planning, the decision-making process of a person should be supported with regard to the last phase of life. There is a multitude of different approaches. The aim of the article is a comparative presentation of selected international concepts and national approaches. For this purpose, literature research was carried out. Selected concepts were described and compared using fixed characteristics. Advance care planning in Germany and internationally differs partially from each other. There are also differences within Germany. The results provide indications to consider the respective constitutive characteristics and premises when evaluating concepts or to question the transferability in the event of any adaptation.

Keywords Advance care planning, autonomy, concept comparison

1 Hintergrund

Advance Care Planning (ACP) sieht einen dialogischen und sich über eine längere Zeit erstreckenden Gesprächsprozess vor, der die Entscheidungsbildung und -findung einer Person mit Blick auf ihre letzte Lebensphase fördern soll (Sudore et al. 2017). Demnach sind zentrale Zielaspekte von ACP, Personen zu befähigen, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu definieren, zu formulieren, zu diskutieren und ggf. zu dokumentieren sowie bedarfsbezogen zu überprüfen. Zu beachten sind Individualitätsbezüge und die grundsätzliche wie

Eingereicht 18.04.2023
Akzeptiert 10.08.2023

auch aktuelle Bereitschaft dieser Personen sich auf den Gesprächsprozess einzulassen. ACP kann somit einen Beitrag zur Wahrung der Autonomie einer Person leisten (in der Schmitten et al. 2022, ZEKO 2019). Ursprünglich entstanden in onkologischen und palliativmedizinischen Versorgungsbereichen, ist ACP mittlerweile in diversen Indikationsbereichen und Settings etabliert (Fahner et al. 2019, Loupatatzis & Krones 2022) und sowohl in Nordamerika, Europa, als auch in vielen asiatischen Ländern verbreitet. Wie umfassend und auch wie standardisiert ACP in der Praxis durchgeführt wird, reicht von Einzelmaßnahmen wie „Surprise Questions" (Moss et al. 2010) bis zu national verbreiteten Konzepten. ACP findet sich auch in Deutschland in verschiedenen Settings und in unterschiedlicher Ausgestaltung und Implementierung, entwickelt aus der jeweiligen beteiligten Disziplin selbst. Mit § 132g SGB V sind seit dem 01. 01. 2018 erstmals und bisher einmalig Strukturen geschaffen worden, um ACP in Form der sog. gesundheitlichen Vorausplanung einschließlich Fallbesprechungen in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung über die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren.

Durch die Implementierung von ACP können bei Patient_innen klinischer Settings und Bewohnenden stationärer Pflegeeinrichtungen positive Effekte wie die Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase (Detering et al. 2010), die Verringerung von Entscheidungskonflikten (Brinkmann-Stoppelenburg et al. 2014) oder die Reduktion von ungewollten Krankhausaufenthalten (Klingler et al. 2016) beobachtet werden. Auch für Angehörige kann eine vorhandene Vorausplanung eine Entlastung darstellen (Brazil et al. 2018). Zudem können Kompetenzen von professionellen Akteur_innen im Gesundheitswesen gesteigert (Cornally et al. 2015) und autonomiegefährdende Routinen auf der institutionellen Ebene reflektiert werden (Flo et al. 2016). Kritik hinsichtlich (einer unreflektierten Implementierung von) ACP bezieht sich auf die Möglichkeit eines strukturellen oder von Personen (Angehörigen, Professionellen) ausgehenden Drucks auf Personen, die eigene gesundheitliche Vorausplanung anzugehen, welcher die Autonomie der Person gefährden kann (Lob-Hüdepohl 2019, Neitzke 2015). Zudem könnten mit einer weitgehenden Implementierung Veränderungen der sozialen Beziehungen und des professionellen Selbstverständnisses der betroffenen Berufsgruppen einhergehen bzw. es müssen ethische Anforderungen im Kontext von ACP auch auf professioneller Seite mitgedacht werden (Neitzke 2015, Riedel et al. 2019). Teilweise wird der Nutzen von ACP generell hinterfragt (Morrison 2020).

Mittlerweile existiert eine Vielzahl an unterschiedlichen Konzepten und Ausprägungsformen im internationalen Kontext. Auch in Deutschland wurden in den letzten Jahren vermehrt ACP-Ansätze entwickelt und teilweise evaluiert. Trotz einer auf den ersten Blick einheitlichen Definition und Zielsetzung von ACP (Rietjens et al. 2017), unterscheiden sich die jeweiligen Ansätze voneinander und dies nicht nur im internationalen Vergleich, was aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen wie Merkmalen des Gesundheitssystems oder der vorhandenen Rechtsordnung naheliegt, sondern auch innerhalb des nationalen Kontextes.

Ziel des Beitrages ist eine vergleichende Darstellung ausgewählter internationaler ACP-Konzepte sowie nationaler Ansätze, in den von § 132g SGB V abgedeckten Settings. Hierbei

werden sowohl Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ansätze und Prozesse identifiziert als auch deren Kontextfaktoren und Implikationen beschrieben. Dies soll dem Zweck dienen, die Übertragbarkeit von ACP-Konzepten und Ansätzen auf Settings, Personengruppen oder Innovationsideen prüfen zu können.

2 Recherche und Auswahl

Um einen Überblick der veröffentlichten (inter-)nationalen ACP-Konzepte zu erstellen, wurde von November bis Dezember 2022 eine Literatur- und Sachstandsrecherche durchgeführt. Diese bestand aus Website- und Datenbankrecherchen. Tabelle 1 zeigt die eingeschlossenen Datenbanken sowie die verwendeten Suchbegriffe. Einschlusskriterien waren: Publikationssprache Deutsch oder Englisch, Originalarbeiten (Evaluations- und Imple-

Eingeschlossene Datenbanken		
CINAHL	EthMed	LIVIVO
CareLit	GeroLit	PubMed
Verwendete Suchbegriffe (in Kombination)		
Gesundheitliche Vorausplanung		Advance Care Planning
(medizinisch-pflegerische) Vorausplanung		(medical and nursing) advance planning
Konzepte		concepts
Programme		programs
Vorsorge		precaution
Pflegeeinrichtung, Pflegeheim, Langzeitpflege		–
Eingliederungshilfe		–
Implementierung		implementation
Evaluation		evaluation
Exemplarischer Suchstring (PubMed)		
("advance care planning"[MeSH Terms] OR ("advance"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "planning"[All Fields]) OR "advance care planning"[All Fields]) AND ("concept"[All Fields] OR "concept s"[All Fields] OR "concepts"[All Fields]) AND ("evaluability"[All Fields] OR "evaluate"[All Fields] OR "evaluated"[All Fields] OR "evaluates"[All Fields] OR "evaluating"[All Fields] OR "evaluation"[All Fields] OR "evaluation s"[All Fields] OR "evaluations"[All Fields] OR "evaluative"[All Fields] OR "evaluatively"[All Fields] OR "evaluatives"[All Fields] OR "evaluator"[All Fields] OR "evaluator s"[All Fields] OR "evaluators"[All Fields]) AND ("implementability" [All Fields] OR "implementable"[All Fields] OR "implementation"[All Fields] OR "implementation s"[All Fields] OR "implementational"[All Fields] OR "implementations"[All Fields] OR "implementer"[All Fields] OR "implementers"[All Fields] OR "implementation"[All Fields])		

Tab. 1 Datenbanken und Suchbegriffe

mentierungsstudien) oder Reviews und Meta-Analysen. Ferner wurden Beiträge bzw. ACP-Ansätze eingeschlossen, die einen gewissen Grad an Konzeptualisierung und Standardisierung aufweisen. Aufgrund des Stellenwertes von § 132g SGB V im nationalen Kontext, beschränkten sich Recherche und Einschluss hier auf das Setting stationärer Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Auswahl und Darstellung der Konzepte erfolgten mit der Zielsetzung eine Übersicht hinsichtlich ACP zu generieren, die die Bandbreite von Ansätzen darstellt, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Außerdem wurden (vor allem im internationalen Kontext) Konzepte ausgewählt, die jeweils veröffentlicht wurden, u. a. in Bezug auf deren Evaluierung.

Die Erfassung der konstituierenden Merkmale der ausgewählten ACP-Konzepte verlief sowohl anhand der jeweiligen Internetpräsenzen als auch zugehöriger wissenschaftlicher Veröffentlichungen. Die Extraktion der beschreibenden Konzeptelemente erfolgte nach vorab festgelegten Merkmalskategorien: Verbreitungsgrad und Reichweite der Konzepte, Stakeholder und Finanzierung, Zielsetzungen und Zielgruppen, Ablauf der Vorausplanungsprozesse, durchführende Personen und etwaige Aus- und Fortbildungselemente, ethisch-normative Grundverständnisse, Konzeptmaterialien und deren Zugang, der Umgang mit Vorsorgedokumenten sowie Evaluation und Implementierung. Die Generierung dieser Merkmale geschah ausgehend von prominenten Konzepten in Bezug auf gemeinsame (beschreibende) Merkmale, die sich für einen Vergleich eignen.

3 Internationale Konzepte

Im Internationalen Raum konnte eine Vielzahl an ACP-Konzepten identifiziert werden. Nachfolgend dargestellt werden fünf ausgewählte Konzepte mit Verbreitung in Westeuropa, Nordamerika, Ostasien bzw. Australasien, die hinreichend veröffentlicht und evaluiert wurden. Auf weitere ACP-Konzepte (u. a. *ACP Swiss*/Schweiz, *Aichi*/Japan, *Let Me Decide*/Irland, *we DECide*/Belgien) wird in diesem Beitrag nicht eingegangen.

Advance Care Planning Australia (ACP-A) wird durch die australische Regierung gefördert. Zielgruppe sind alle in Australien lebenden (volljährigen) Personen, wobei es besondere Zuschnitte für Menschen mit Demenz, ältere Menschen oder Menschen mit Intelligenzminderung gibt (https://www.advancecareplanning.org.au). Die australische Bevölkerung soll mit Hilfe von ACP-A dabei unterstützt werden, (nicht erst im Krankheitsfall oder im Falle eines Unfalles oder ab einem bestimmten Alter) die eigene Vorsorgeplanung zu initiieren bzw. durchzuführen (Australian Commission of Quality and Safety in Health Care 2015). Das Konzept fußt auf einem relationalen Autonomieverständnis und der Prämisse, dass die Ermittlung und Bekanntheit von Werthaltungen und Behandlungspräferenzen ebenso wichtig sind, wie deren Dokumentation. Konzeptimmanente Vorlagen für Vorsorgedokumentationen werden, aufgrund territorialer Unterschiede in Bezug auf die Gültigkeit, nicht bereitgestellt, es wird jedoch auf territorial-gültige Dokumente (u. a. „Value Statement“, vgl. https://www.myvalues.org.au) verwiesen. ACP ist hier generell durch Laien durchführbar, es bestehen jedoch spezielle Weiterbildungsangebote

für professionelle Akteur_innen aus dem Gesundheitswesen. Für die Durchführung, welche auf wiederkehrenden Vorausplanungsgesprächen basiert, werden Laien und Professionellen Informations- und Gesprächsmaterialien (u. a. Leitfäden, Question Prompts) zur Verfügung gestellt. Zudem wurde eine kostenlose Hotline für Fragen rund um ACP implementiert. Wichtiger Bestandteil ist der Einbezug von Angehörigen (Nguyen et al. 2017). Das Konzept ist in einigen australischen Regionen implementiert und wurde durch diverse Studien evaluiert. Berichtet wird, dass Wünsche am Lebensende häufiger gekannt und beachtet werden und dass Angehörige weniger belastet sind (Detering et al. 2010). Eine Kostenreduktion durch das Konzept konnte nicht nachgewiesen werden (Sellars et al. 2019).

Das Konzept *Our Voice* hat zur Zielsetzung alle in Neuseeland lebenden (volljährigen) Personen dabei zu unterstützen, eine umfängliche Vorsorgeplanung zu gestalten, die über die pflegerische und medizinische Versorgung hinausgeht (z. B. Beerdigung, Organspende, Versorgung von Hinterbliebenen) (Ministry of Health New Zealand 2011). Fußend auf einem liberalen Autonomieverständnis sollen Vorausplanungsgespräche frühzeitig begonnen werden, damit die persönlichen Wünsche und Vorstellungen im Familien- und Angehörigenkreis bekannt sind. Neben der sozialen und kommunikativen Komponente (Ermittlung und Verbalisierung von Wünschen und Bedürfnissen) liegt der Fokus von *Our Voice* auch auf der Dokumentation von Behandlungspräferenzen. Hierfür bestehen konzeptimmanente Formularvorlagen. Ebenfalls von einer staatlichen Organisation (Health Quality & Safety Commission) angeboten und finanziell durch das Gesundheitsministerium gefördert, enthält *Our Voice* Spezifizierungen für Menschen mit Demenz und Covid-19 (https://www.hqsc.govt.nz/our-work/advance-care-planning). Das Konzept ist grundsätzlich von allen Personen (Laien) selbstständig durchführbar, u. a. mit Hilfe des Einsatzes von Online-Kursen und unterstützenden Materialien (z. B. ACP-Guide), es kann jedoch auch professionelle Hilfe, in Form von geschultem Gesundheitsfachpersonal, in Anspruch genommen werden. Zudem können bei Bedarf behandelnde Ärzt_innen in die Gesprächsprozesse eingebunden werden. Das Konzept soll national implementiert werden (Brown et al. 2020). Es existieren mehrere Evaluationsstudien, von denen einige in einer Übersichtsarbeit zusammengefügt wurden (Outcomes der Einzelstudien u. a.: Reduzierung des ungewollten Versterbens im Krankenhaus, Steigerung der subjektiv-wahrgenommene Kompetenz der Beratenden) (Duckworth & Thompson 2017).

Living Matters wird durch das Gesundheitsministerium Singapurs gefördert und hat zum Ziel alle in Singapur lebenden (volljährigen) Personen dabei zu unterstützen, für sich oder andere vorzusorgen, unabhängig von deren Alter oder Gesundheitszustand (https://www.aic.sg/care-services/advance-care-planning). Ein besonderer Fokus wird dabei auf den Einbezug von Familienmitgliedern (Verbindung zum ethischen Grundverständnis der familiären Autonomie) bzw. die Möglichkeit von rechtlichen Vertretungen gelegt. Neben dem Fokus auf die Allgemeinbevölkerung existieren spezielle Angebote für Menschen mit chronischen respektive terminalen Erkrankungen. Grundsätzlich können die Vorausplanungsprozesse von Laien für sich oder für andere unter Verwendung von Hilfsmaterialien (u. a. Informationsmaterialien, ACP-Workbook), wiederkehrend durchgeführt werden (Chan 2019). Im Bedarfsfall können professionelle, für das Konzept ausgebildete, facilitators angefragt werden. Es werden Verweise auf externe Vorsorgedokumente gegeben.

Das Konzept soll national implementiert werden und wurde mittels einer retrospektiven Querschnittsstudie evaluiert. Zentrales Ergebnis war, dass die Konkordanz von Vorsorgewünschen und dem realen Behandlungsverlauf durch *Living Matters* häufig sichergestellt werden konnte (z. B. 65 % derjenigen Personen, die zu Hause versorgt werden wollten, erhielten die gewünschte Art der Versorgung) (Tan et al. 2018).

Respecting Choices gehört zu den bekanntesten und am weitesten verbreiteten ACP-Konzepten weltweit und ist ursprünglich und schwerpunktmäßig in den USA verortet. Geführt von einer gleichnamigen, gemeinnützigen Organisation hat *Respecting Choices* zum Ziel, (volljährigen) Personen dabei zu unterstützen Vorausplanungsprozesse durchzuführen und dadurch u. a. eine personenzentrierte Versorgung zu ermöglichen, aber auch Kosten im Gesundheitssystem zu reduzieren (https://www.respectingchoices.org). Die Finanzierung erfolgt über Einnahmen und Spenden. Vorausplanungsgespräche werden von geschulten, nicht-ärztlichen Akteur_innen aus dem Gesundheitswesen, mit Unterstützung eines standardisierten Gesprächsleitfadens, durchgeführt. Die Vorausplanungsprozesse können an Personenmerkmale (Erkrankungen, Erkrankungsschwere, Versorgungssituation) angepasst werden. Neben Informations- und Qualifizierungsangeboten stehen außerdem Implementierungsangebote für Organisationen zur Verfügung. Der Fokus des Konzeptes liegt eher auf der Ermittlung von Wünschen, Haltungen und Behandlungspräferenzen als auf der Erstellung eines Vorsorgedokumentes, wenngleich derartige Dokumentationen durchaus inkludiert sind (u. a. Advance Directives, Physician Orders for Life-Sustaining Treatment – POLST) (Hickman et al. 2004)). *Respecting Choices* ist in einigen Bundesstaaten der USA in der Gesundheitsversorgung implementiert und wurde in diversen Ländern, auch außerhalb den USA (u. a. Niederlande, Nordirland) und Settings evaluiert (Brazil et al. 2018, Overbeek et al. 2018). Es existiert ein Review über ausgewählte Einzelstudien, in welchem eine Steigerung der Anzahl verfasster Vorsorgedokumente und eine gesteigerte Kongruenz zwischen den Wünschen von Betroffenen und dem Kenntnisstand ihrer rechtlichen Vertretungen berichtet wird (MacKenzie et al. 2018). Hinsichtlich der Verwendung von Gesprächsleitfäden wurden bereits Bias-Potenziale untersucht (Fahner et al. 2019).

Speak Up ist ein öffentliches Bildungskonzept, bereitgestellt durch die Canadian Hospice Palliative Care Association, für (volljährige) Personen in Kanada, mit dem Ziel das Bewusstsein und Verständnis von ACP in der kanadischen Bevölkerung zu fördern, die Thematik zu enttabuisieren (Canadian Hospice Palliative Care Association 2020) und Personen dabei zu unterstützen, sich ihrer eigenen Wünsche und Vorstellungen bewusst zu werden. Hierdurch soll es Personen erleichtert werden mit ihren Angehörigen/Nahestehenden und Vorsorgebevollmächtigten, in Form von wiederkehrenden Vorausplanungsgesprächen, zu sprechen. In diesem Zusammenhang basiert das Konzept auf einer relationalen Autonomieauffassung. ACP soll grundsätzlich von allen Personen selbstständig durchgeführt werden können, u. a. mit Unterstützung von konzeptimmanenten Materialien (Informationsmaterialien, ACP-Workbook), sowie bei Bedarf mit geschulten Akteur_innen aus dem Gesundheitswesen. Ebenso wird die Einbindung von weiteren Professionen (Ärzt_innen, Anwält_innen) angestrebt. Aufgrund territorialer Unterschiede in Bezug auf die Gültigkeit von Vorsorgedokumenten in Kanada, existieren ausschließlich Verwei-

se auf bestehende Vorsorgedokumente, deren Erstellung ein Teil der ACP-Prozesse sein kann. Es existiert keine nationale Implementierung, u. a. da neben *Speak Up* noch weitere ACP-Konzepte von Regierungsorganisationen finanziell gefördert werden (https://www.advancecareplanning.ca) bzw. es einzelnen Regionen selbst überlassen bleibt, wie sie ACP einsetzen oder umsetzen. Die Evaluation fand anhand von zwei prospektiven Evaluationsstudien statt (Ergebnisse: u. a. gesteigerte Bereitschaft hinsichtlich der Beschäftigung mit End-of-Life und im Hinblick auf die Erstellung von Vorsorgedokumenten) (Hanvey et al. 2016, Howard et al. 2018).

4 Nationale Ansätze

Im nationalen Raum lag der Fokus der Recherche und Ergebnisgenerierung auf den Settings der stationären Pflege und der Eingliederungshilfe, da durch § 132g SGB V ausschließlich in diesen Settings staatlich finanzierte Anreize für die Initiierung und Durchführung von ACP bestehen. Selbstredend existieren in Deutschland eine Vielzahl von Ansätzen, Ideen und Konzepten von ACP auch in anderen Settings. Zu nennen sind hier beispielsweise der onkologische bzw. palliative Bereich (AWMF 2020) oder die Pädiatrie (*MAPPS*) sowie ACP-Konzepte ohne exklusiven Settingbezug (u. a. *ACP-Thüringen, Für Sich Vor: Sorgen*).

Damit Einrichtungen gesundheitliche Vorausplanung im Sinne des § 132g SGB V für ihre Bewohnenden anbieten und zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können, müssen sie mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen eine Vergütungsvereinbarung schließen. Inhalte und Anforderungen (auch an Beratende) sind hierzu bereits spezifiziert worden (GKV-Spitzenverband 2020). Verschiedene Anbieter_innen in Deutschland haben entsprechende Curricula zur Umsetzung dieser Vorgaben, z. B. Qualifizierungskonzepte für Gesprächsführende (u. a. Lehmeyer et al. 2019), entwickelt. Für den Notfall bestehen neben der „klassischen" Patientenverfügung unterschiedliche Mustervorlagen als Vorlagen im Raum, die Namen wie PALMA (Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen) oder auch ÄNO (Ärztliche Notfallanordnung) tragen und wiederum ihre Vorbilder in der oben gewähnten POLST-Form finden oder von der Grundkonzeption einer Do-not-resuscitate-Anordnung oder Allow-natural-death-Anordnung aus dem stationären Klinikbereich haben. Die Idee von flächendeckenden und einheitlichen Konzepten und deren Implementierung liegt in der Annahme einer höheren Akzeptanz und Bereitschaft zur Beachtung der Vorgaben. Aus dem Blick der Qualitätssicherung wird es aber wohl weniger auf die Einheitlichkeit eines Konzepts ankommen, sondern auf die Sicherstellung der Beachtung des tatsächlichen Willens einer Person in einer konkreten Entscheidungssituation.

Das wohl bekannteste Konzept im nationalen Kontext *ACP-Deutschland,* findet sein Vorbild in *Respecting Choices.* Bereitgestellt durch Advance Care Planning Deutschland e. V., gehen die Urheber_innen dieses Konzepts davon aus, dass Patientenverfügungen in der Praxis keine wirkliche Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung am Lebensende bewirken (in der Schmitten et al. 2014). Ziel ist es Bewohnende in stationären

Pflegeeinrichtung und Einrichtungen der Eingliederungshilfe dabei zu unterstützen, entsprechend ihren individuellen Wünschen und Vorstellungen behandelt zu werden, wenn sie diese selbst nicht mehr äußern können. Spezifizierungen existieren für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen (Petri et al. 2021). Außerdem sind Modifizierungen für Menschen mit Demenz verfügbar (Voß & Kruse 2019). Durchführende Personen von mindestens zwei Vorausplanungsgesprächen sind auf das Konzept geschulte nicht-ärztliche gesprächsbegleitende Personen sowie zertifizierte Ärzt_innen (in der Schmitten et al. 2019). Mögliche weitere Teilnehmende an dem Gesprächsprozess sind (Haus-)Ärzt_innen, Angehörige und rechtliche Vertretungen. Als Ergebnis des Gesprächsprozesses ist die Dokumentation in Form von konzeptspezifischen Vorsorgedokumenten intendiert (https://www.acp-d.org). Hierzu gehören verschiedene Formulare wie z. B. die ÄNO oder ein Formular für den Fall dauerhafter Einwilligungsfähigkeit. *ACP-Deutschland* fußt auf einem relationalen Autonomieverständnis, der Idee des Shared-Decision-Making und dem hohen Stellenwert der Dokumentation von Vorsorgepräferenzen. Das Konzept wurde im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie evaluiert, indem eine Steigerung der Anzahl erstellter Patientenverfügungen in der Interventionsgruppe nachgewiesen wurde (in der Schmitten et al. 2014). Eine Implementierung fand bislang regional, u. a. durch den Einsatz von Netzwerken und regionalen Koordiantor_innen statt.

Das Konzept *Ich bestimmte selbst! Das ist mir wichtig* richtet sich an einwilligungsfähige Menschen mit Behinderung, die sich in Einrichtungen der Eingliederungshilfe befinden und soll diese Personen dabei unterstützen eine barrierefreie gesundheitliche Vorausplanung zu gestalten (Seehase & May 2019). Konkret sollen Vorausplanungsgespräche durchgeführt werden, welche von qualifizierten Beratenden initiiert und moderiert werden. Zur Strukturierung der Gespräche wird ein Leitfaden eingesetzt. Hinweise zur Nutzung des Instrumentes und weitere Erläuterungen sind publiziert (May et al. 2019). Einen hohen Stellenwert nehmen die Bereitschaft der Zielgruppe sowie die Anamnese von Werthaltungen und Einstellungen ein. Optional kann die Vorausplanung zur Erstellung einer Patientenverfügung führen. Hierfür ist eine konzeptimmanente Formatvorlage in leichter Sprache integriert. Es konnten keine Informationen zur bisherigen Implementierung des Konzeptes eruiert werden. Ebenso wurde bislang keine Evaluation des Konzeptes veröffentlicht.

Ein weiterer ACP-Ansatz für stationäre Pflegeeinrichtungen ist *Time to talk* (*Ttt*), das Anleihen bei *ACP-A* nimmt. Ausgangspunkt bildet, dass es vielen Bewohnenden stationärer Pflegeeinrichtungen schwer fällt den richtigen Zeitpunkt sowie die richtigen Ansprechpersonen für Vorausplanungsprozesse zu finden und sich viele Pflegefachpersonen mit dieser Aufgabe überfordert sehen. Personen, die Vorausplanungsgespräche in stationären Pflegeeinrichtungen durchführen, sollen durch strukturierte Gesprächsmaterialien unterstützt werden (https://www.autonomie-im-gesundheitswesen.thws.de). Das Konzept sieht mindestens ein Vorausplanungsgespräch mit der Möglichkeit der Wiederaufnahme vor. Durchführende Personen sind vornehmlich Pflegefachpersonen und Sozialarbeitende bzw. Personen mit Gesprächsführungserfahrungen. Außerdem können je nach Bedarf weitere, in die Versorgung integrierte, Berufsgruppen sowie Angehörige und Nahestehende an den Vorausplanungsgesprächen beteiligt werden. Die Gespräche finden anhand eines modular aufgebauten Gesprächsleitfadens statt und enthalten niederschwellige Angebote

zur Erstellung oder Aktualisierung von Vorsorgedokumenten (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuerverfügung, aber auch Patientenverfügung für schwere Krankheit unter Einbezug von Ärzt_innen). Die durchführenden Personen können bzgl. der Handhabung des Gesprächskonzeptes sowie weiterer Themen qualifiziert werden, zudem enthält der Gesprächsleitfaden ein Manual, welches es erfahrenden Fachkräften erlaubt, die Materialien direkt einzusetzen. Für die Bewohnenden werden Materialien zur Vor- und Nachbereitung der Gespräche zur Verfügung gestellt. *Ttt* beruht auf einem individuellen und liberalen Autonomieverständnis und dem hohen Stellenwert der Bereitschaft und Freiwilligkeit der Bewohnenden. Die (regionale) Implementierung des Konzeptes ebenso wie eine Wirksamkeitsprüfung stehen bislang noch aus, veröffentlicht wurde eine Entwicklungs- und Konsentierungsstudie (Neuderth et al. 2022).

Neben den genannten, existieren noch einige weitere ACP-Ausprägungen in den von § 132g SGB V abgedeckten Settings. Viele der ACP-Ansätze, die in der Praxis zur Anwendung kommen, kommen ausschließlich intern, d. h. träger- oder einrichtungsbezogen, zum Einsatz und sind somit nicht öffentlich zugänglich.

5 Vergleich

Nachfolgend findet eine vergleichende Gegenüberstellung ausgewählter konstituierender Merkmale sowohl in Bezug auf die internationalen als auch nationalen ACP-Konzepten statt. Dieser Vergleich dient in erster Linie dazu, Unterschiede aufzuzeigen. Da die Konzepte, ihre Genese, ihre Implementierung, ihre Finanzierung, die Beteiligten etc. aber äußerst unterschiedlich sind, soll dieser Vergleich diese Unterschiede sichtbar machen und kontextualisieren.

5.1 Stakeholder und Zugang

Wer ACP-Ansätze entwickelt bzw. bereitstellt, unterscheidet sich zwischen dem nationalen und dem internationalen Kontext. Im internationalen Raum werden vier der fünf dargestellten Konzepte durch staatliche Organisationen angeboten. Ein staatlicher Stakeholder ist im nationalen Kontext nicht beteiligt. Dieser Unterschied steht auch mit der Zielsetzung der Konzepte in Verbindung. Der Zugang zu Konzeptbestandteilen bzw. Materialien variiert ebenfalls. Während in einigen Konzepten Informations- bzw. Gesprächsmaterialien vollständig frei zugänglich (z. B. *Living Matters, Ttt*), oder teilweise zugänglich (z. B. *ACP-A*) sind, ist die Nutzung der Materialen in anderen Konzepten an die Teilnahme an einer kostenpflichtigen Weiterbildung gebunden (z. B. *ACP-Deutschland, Respecting Choices*). Dies kann die Frage aufwerfen, inwieweit in bestimmten Konstellationen, in denen die medizinisch-pflegerischer Vorausplanung z. B. in einer stationären Pflegeeinrichtung ausschließlich mittels eines bestimmten Konzeptes angeboten und durchgeführt wird, die Selbstbestimmungsrechte von Bewohnenden respektiert werden, indem ein Konzept mehr oder weniger alternativlos ist.

5.2 Zielgruppen und Ziele

Während im internationalen Kontext überwiegend die Gesamtpopulation des jeweiligen Landes als Zielgruppe adressiert wird, teilweise inklusive Spezifizierungen für bestimmte Personengruppen (z. B. Personen mit Demenz bei *ACP-A*), existiert in Deutschland kein flächendeckendes Konzept/Programm. Der Fokus dieses Beitrages auf die Settings, in denen durch § 132g SGB V finanzielle Anreize zur Initiierung und Durchführung von ACP bestehen, darf nicht außer Acht lassen, dass auch weitere Konzepte im nationalen Raum häufig settingbezogen (z. B. *MAPPS:* Pädiatrie) oder regional begrenzt (z. B. *Für Sich Vor:Sorgen:* Region Augsburg) verortet sind. Ebenso existieren Curricula zur Ausbildung von Gesprächsführenden (z. B. Lehmeyer et al. 2019). Auch die Zielsetzungen der Konzepte unterscheiden sich zwischen dem nationalen und dem internationalen Raum. Während es national tendenziell eher um ein unterstützendes Gesprächsangebot, initiiert und durchgeführt von geschulten Personen geht, sollen in internationalen Konzepten Personen vorrangig darin unterstützt werden die medizinisch-pflegerische Vorausplanung selbstständig bzw. im Familien- und Bekanntenkreis durchzuführen (z. B. *Living Matters*).

5.3 Verständnisse von ACP

Die normativ-theoretische Grundlage von ACP unterscheidet sich zwischen den dargestellten Konzepten kaum, was sich letztlich in der Konsensus-Definition von ACP (Sudore et al. 2017) wiederfindet. Unterschiede zeigen sich jedoch hinsichtlich der praktischen Umsetzung. So sind in den identifizierten ACP-Konzepten in Deutschland professionelle und (überwiegend) geschulte Gesprächsbegleitende vorgesehen. Im Gegensatz dazu sind die ausgewählten internationalen Konzepte überwiegend durch alle Personen (Laien), entweder für sich selbst oder für Angehörige/Nahestehende durchführbar (Ausnahme: *Respecting Choices*). Die Zeitpunkte bzw. Situationen des Beginns von ACP-Prozessen sind ebenfalls unterschiedlich. Während die dargestellten Ansätze in Deutschland an Aufenthalte in bestimmten Settings geknüpft sind, zeigen sich die Eingangsvoraussetzungen in internationalen Konzepten zumeist generischer. Beispielsweise sollen durch *Living Matters* Personen unabhängig von ihrem Alter oder Gesundheitszustand dazu animiert werden, bereits zu einem frühen Zeitpunkt mit ACP-Prozessen zu beginnen. Ähnlich ist *Speak Up* ausgerichtet, welches sich als öffentliches Bildungs- und Sensibilisierungskonzept versteht. Gemeinsam ist allen dargestellten ACP-Ansätzen, dass es sich, per ACP-Definition, um ein wiederkehrendes und dynamisches Konzept handelt, bei der die medizinisch-pflegerische Vorausplanung geschehen und das Gespräch im Mittelpunkt stehen soll. Die dargestellten Konzepte sind zum Teil aneinander angelehnt, wie *Living Matters* und *ACP-Deutschland* an *Respecting Choices* oder *Our Voice* an *Speak Up.* Oder *ACP-A,* welches sich ebenfalls anfänglich an *Respecting Choices* orientierte, jedoch die facilitator-Logik als zu exkludierend ansah. Die jeweiligen ethischen Grundverständnisse der Konzepte zeigen sich u. a. in dem vorherrschenden Autonomieverständnis, welches (wenn ersichtlich) zwischen einem relationalen (z. B. *ACP-Deutschland, ACP-A*) und einem liberalen (z. B. *Our Voice*) Verständnis variieren.

5.4 Dokumentation und Vorsorgedokumente

Auf der einen Seite existieren Konzepte, die primär auf die Erstellung eines Vorsorgedokumentes ausgerichtet sind bzw. bei denen ACP-Prozesse in eine solche Erstellung münden sollen (z. B. *Respecting Choices*). Auf der anderen Seite stehen Konzepte, bei denen die Erstellung eines Dokumentes zwar optional, jedoch nicht zwingend im Konzept angelegt ist oder bei denen auf bestehenden Verfügungen aufgebaut wird (z. B. *ACP-A, Ttt*). Die Erstellung unterschiedlicher Arten von Vorsorgedokumenten ist mehr oder weniger im jeweiligen Konzept intendiert. So liegt der Fokus von *Living Matters* auf der Bestimmung einer rechtlichen Vertretung, während dieser u. a. bei *Respecting Choices* auf der Erstellung von Patientenverfügungen bzw. dem national gültigen Pendant liegt. Derartige Unterschiede werden auch im Umgang mit Formatvorlagen erkennbar. Während einige Konzepte eigene Formatvorlagen (z. B. *ACP-Deutschland, Ich bestimmte selbst!, Respecting Choices*) bzw. Templates (z. B. *Our Voice*) anbieten, arbeiten andere Konzepte mit Verweisen auf bestehende externe Formate (z. B. *Living Matters, Ttt*). Die konsentierte ACP-Definition (Sudore et al. 2017) sieht eher eine Dokumentation der Gesprächsergebnisse vor, die zwar in einem Vorsorgedokument münden können, dies jedoch nicht zwangsläufig müssen. So wird am Beispiel von *ACP Australia* u. a. deutlich, dass hier der Einbezug von Angehörigen und damit verbunden die Gespräche selbst vermeintlich einen höheren Stellenwert einnehmen als deren Verarbeitung in ein Vorsorgedokument. Eine starke Fokussierung auf die Erstellung eines Vorsorgedokumentes als Ergebnis von ACP wird teilweise kritisch gesehen, wenn hierdurch Druck auf die Betroffenen entstehen könnte und somit eine autonome Entscheidung für oder gegen die Erstellung möglicherweise eingeschränkt wird. Die Grundidee von ACP zielt darauf ab, die Selbstbestimmung von Betroffenen zu wahren bzw. zu stärken, demnach sollte bei Konzepten stets geprüft werden, ob dieser Fokus auf Selbstbestimmung besteht, z. B. bei der Frage, ob eine Beschäftigung mit der Thematik selbstbestimmt erfolgt.

5.5 Implementierung und Evaluation

Während in Deutschland bislang kein Konzept eine (settingbezogene) flächendeckende Implementierung erfahren hat, sind einige internationale Konzepte bereits national implementiert. Dies hängt natürlicherweise auch mit den o. g. Stakeholdern (staatliche Organisationseinheiten) und Zielgruppen (Allgemeinbevölkerung) zusammen. Auch wenn teilweise Unterschiede bzgl. des Implementierungsfortschrittes bestehen, ist die Zielsetzung der internationalen Konzepte überwiegend in der Integration in die Regelversorgung der Bevölkerung zu sehen. In Deutschland flossen die Vorgaben des § 132g SGB V in viele unterschiedliche Konzepte, Ideen und ACP-Ausprägungen ein, wodurch sich keine flächendeckend-verbreiteten ACP-Konzepte entwickelten. Hinsichtlich der wissenschaftlichen Evaluation ist *ACP-Deutschland* national bislang das einzige Konzept, welches mittels einer kontrollierten Interventionsstudie seine Wirksamkeit wissenschaftlich betätigen konnte (in der Schmitten et al. 2014). Weitere Wirksamkeitsstudien laufen derzeit (BEVOR

study group 2022). International zeigt sich der Evaluationsstatus der Konzepte durchaus heterogen, auch in Verbindung mit dem Entstehungszeitpunkt bzw. dem Fortschritt der Entwicklung und Verbreitung der Konzepte. Insgesamt scheinen die Konzepte jedoch sowohl quantitativ als auch qualitativ umfangreicher evaluiert zu sein. Generell ist strittig, welche Effekte bzw. Outcomes gemessen werden sollten, um die Wirksamkeit eines ACP-Konzeptes sinnvoll evaluieren zu können (Brinkmann-Stoppelenburg et al. 2014). Gerade in Verbindung mit dem unter 5.4. genannten Aspekt in Bezug auf die Dokumentation von ACP-Gesprächsergebnissen, können teilweise verwendete Outcomes wie die Anzahl von erstellten Vorsorgedokumenten hinterfragt werden. Aus Sicht der Autor_innen dieses Beitrages stellt die Konkordanz zwischen dem eruierten Willen der Bewohnenden und der tatsächlichen medizinisch-pflegerischen Versorgung hierbei ein relevantes Zielkriterium dar, welches teilweise auch in internationalen Evaluationsstudien untersucht wurde (Tan et al. 2018).Allerdings wird man auch kritisch fragen müssen, ob hinter der ACP-Idee nicht mehr steckt, das sich eben nicht in Outcome-Parametern fassen lassen: nämlich das Thema in die Familien zu bringen, Reflexionsprozesse anzuregen, gesundheitliche Krisen, Krankheit und auch Sterben als Teil des Lebens zu begreifen.

5.6 Rahmenbedingungen

Die beschriebenen Unterschiede zwischen den ausgewählten ACP-Konzepten stehen auch mit den unterschiedlicher Rahmenbedingungen, z. B. in Bezug auf das medizinische Versorgungssystem oder die existierenden Rechtsordnungen, wie auch kulturellen Unterschieden in Zusammenhang. Ein relevanter Unterschied zeigt sich im Kontext des bereits beschriebenen Umgangs mit Vorsorgedokumenten. Während in Deutschland u. a. die Patientenverfügung seit 2009 landesweit zivilrechtlich geregelt ist (§ 1827 BGB), jedoch unzählige Formatvorlagen und Textbausteine existieren (https://www.ethikzentrum.de), sind in Kanada und Australien territoriale Unterschiede hinsichtlich der Gültigkeit von Vorsorgedokumenten vorhanden (https://www.advancecareplanning.ca, Nguyen et al. 2017). Ein Resultat hieraus ist auch, dass z. B. das *ACP-A* die Anregung der Kommunikation zwischen der Familie und dem sozialen Umfeld und weniger die Erstellung eines bestimmten Formulars zum Ziel hat (Luckett et al. 2015). Weitere Unterschiede finden sich im Zusammenhang mit der medizinischen Grundversorgung der Zielgruppen von ACP. So ist das Konzept des Family Doctor in Kanada verbreitet (CMA 2018), weshalb die (enge) Einbindung dieser Berufsgruppe in ACP-Prozesse nicht weiter verwundert. Unterschiede aufgrund kultureller Begebenheiten zeigen sich u. a. im asiatischen Raum. Hier ist die Kommunikation über End-of-Life-Care in vielen Ländern stark tabuisiert und verbleibt im privaten Raum der Familie, respektive des Familienoberhauptes und der Ärzt_innen (Martina et al. 2020). Hierauf könnte auch der Stellenwert von rechtlichen Vertretungen als Ergebnis und Implikation des Konzeptes *Living Matters* in Singapur zurückzuführen sein. Generell lassen sich weitere kleinere und größere Unterschiede finden, die Einfluss auf die Ausgestaltung von ACP-Konzepten haben dürften. Zu nennen sei hier u. a. der beschränkte Zugang zur medizinischen Versorgung in den USA (United States Census Bureau 2018) oder auch As-

pekte der Finanzierung von Gesundheitsleistungen allgemein bzw. bezogen auf ACP (u. a. sektorale Gliederung des Gesundheitssystems in Deutschland, rein staatliche Finanzierung in Schweden, Kombination aus Arbeitgeber-/Privatversicherungen und staatlichen Programmen in den USA).

5.7 Die Rolle von Pflegefachpersonen

Der Grad der Involvierung von professionellen Akteur_innen variiert zwischen den dargestellten Konzepten. Professionelle (geschulte) Akteur_innen können jegliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen, inkl. Pflegefachpersonen, sein. Der internationale Forschungsstand zeigt, dass Pflegefachpersonen selbst einige Vorteile von ACP für Betroffene und auch für das eigene berufliche Handeln sehen, wie z. B. die Möglichkeit der Autonomiewahrung der Betroffenen (Stewart et al. 2011) oder die Verringerung von Entscheidungskonflikten (Cornally et al. 2015). Es werden jedoch Barrieren wie knappe zeitliche Ressourcen oder Unsicherheiten hinsichtlich der Thematisierung von Sterben und Tod (Jeong et al. 2011) deutlich. National wird der überwiegende Teil der ACP-Prozesse im Rahmen des § 132g SGB V durch Altenpfleger_innen (46 %) und Gesundheits- und Krankenpfleger_innen (32 %) umgesetzt (GKV-Spitzenverband 2020). Die Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes (2020) nennen als Grundqualifikationen für durchführende Personen einschlägige Berufsausbildungen. Davon unberührt bleiben konzeptimmanente Schulungen (u. a. bei *ACP Deutschland, Ttt*), bei denen auch Pflegefachpersonen als Zielgruppe vorgesehen sind.

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Da sich die Bedarfe und Präferenzen von Betroffenen hinsichtlich der medizinisch-pflegerischen Vorausplanung mitunter stark unterscheiden, sollen die vorangegangenen Darstellungen als Portfolio von Ideen und Ansätzen verstanden werden, um ACP bedarfsgerecht und personenzentriert anbieten zu können. ACP in Deutschland und im internationalen Raum unterscheiden sich teilweise hinsichtlich der Zielgruppen, der Durchführung und der vorhandenen Rahmenbedingungen voneinander. Auch innerhalb Deutschlands zeigen sich Unterschiede. Hierdurch wird auch deutlich, dass das Ziel von ACP, Personen in einem Gesprächsprozess dabei zu unterstützen medizinisch-pflegerische Versorgungspräferenzen, orientiert am eigenen Willen, vorauszuplanen, auf verschiedene Wege erreicht werden kann. Die Ergebnisse liefern diesbezüglich Hinweise darauf, bei der Bewertung internationaler Konzepte die jeweilig konstituierenden Charakteristika und Prämissen mitzudenken bzw. bei etwaiger Adaption die Übertragbarkeit zu hinterfragen. Internationale Trends zeigen, dass sich ACP geographisch verbreitet und inhaltlich immer weiter ausdifferenziert und dass Ansätze, im Sinne der Personenzentriertheit, auf weitere Zielgruppen (z. B. Menschen mit Demenz, Menschen mit Intelligenzminderung) ausgeweitet werden (Rietjens et al. 2021). In Deutschland traten Vereinbarungen nach § 132g Abs. 3 SGB V ab dem 01. 01. 2018 in Kraft. Für das Jahr 2019 konnten diesbezüglich gesteigerte Ausgaben

der gesetzlichen Krankenkassen beobachtet werden (GKV-Spitzenverband 2020), aktuellere Daten liegen bislang nicht vor.

7 Limitationen

Der Beitrag gibt einen Überblick über nationale Ansätze und ausgewählte internationale ACP-Konzepte, die teilweise als Vorbilder für nationale Ansätze wirken oder zukünftig wirken könnten. Es wird ausdrücklich kein Anspruch auf Vollständigkeit der Darstellung erhoben, insbesondere, da vorhandene und in der Praxis genutzte und etablierte Konzepte nicht unbedingt publiziert sind. Aufgrund der Auswahl verbreiteter und hinreichend publizierter internationaler Konzepte, kann hier die Möglichkeit einer Verzerrung nicht ausgeschlossen werden. Diesbezüglich konnten u. a. keine Kenntnisse über ACP in Afrika, Lateinamerika oder in arabisch-geprägten Ländern gewonnen werden.

Literatur

ACP Deutschland e. V. (2023): Advance Care Planning Deutschland. https://www.acp-d.org [Stand: 2023-01-27]

Advance Care Planning Australia (2023): Advance Care Planning Australia. https://www.advancecareplanning.org.au [Stand: 2023-01-27]

Agency for integrated care (2023): Advance Care Planning. https://www.aic.sg/care-services/advance-care-planning [Stand: 2023-01-27]

Australian Commission of Quality and Safety in Health Care (2015): The national consensus statement: essential elements for safe and high-quality end-of-life care. Sydney: Australian Commission of Quality and Safety in Health Care

AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2020): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Berlin: AWMF.

Barwon Health (2023): My Values. https://www.myvalues.org.au [Stand: 2023-01-27]

Brazil, K./Carter, G./Cardwell, C./Clarke, M./Hudson, P./Froggatt, K./McLaughlin, D./Passmore, P./Kernohan, W. G. (2018): Effectiveness of advance care planning with family carers in dementia nursing homes: A paired cluster randomized controlled trial. In: Palliative medicine 32(3), 603–612

Brinkman-Stoppelenburg, A./Rietjens, J. A. C./van der Heide, A. (2014): The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. In: Palliative medicine 28(8), 1000–1025

Brown, W./Baken, D./Stephens, C. (2020): Advance care planning in New Zealand: A qualitative study of the motivators and barriers to uptake. In: Australien Journal on Ageing 40, 162–167

Canadian Hospice Palliative Care Association (2023): Advance Care Planning Canada. https://www.advancecareplanning.ca [Stand: 2023-01-27]

Canadian Hopsice Palliatice Care Association (2020): Advance care planning in Canada. A pan-canadian framework. Ottawa: Canadian Hopsice Palliatice Care Association

Chan, T. E. (2019): Advance care planning: A communitarian approach? In: Journal of Law and Medicine 26(4), 896–921

CMA – Canadian Medical Association (2018): Family Medicine Profile. Ottawa: Canadian Medical Association

Cornally, N./McGlade, C./Weathers, E./Daly, E./Fitzgerald, C./O'Caoimh, R./Coffey, A./Molloy, D. W. (2015): Evaluating the systematic implementation of the ‚Let Me Decide' advance care planning pro-

gramme in long term care through focus groups: Staff perspectives. In: BMC Palliative Care 14(55), online, DOI: https://doi.org/10.1186/s12904-015-0051-x

Detering, K. M./Hancock, A. D./Reade, M. C./Silvester, W. (2010): The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. In: BMJ 340, online, DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.c1345

Duckworth, S./Thompson, A. (2017): Evaluation of the Advance Care Planning Programme. Wellington: Health Quality & Safety Commission New Zealand

Ethikzentrum – Zentrum für angewandte Ethik (2023): ACP. https://www.ethikzentrum.de [Stand: 2023-01-27]

Fahner, J. C./Beunders, A. J. M./van der Heide, A./Rietjens, J. A. C./Vanderschuren, M. M./van Delden, J. J. M./Kars, M. C. (2019): Interventions guiding advance care planning conversations: A systematic review. In: Journal of the American Medical Directors Association 20(3), 227–248

Flo, E./Husebo, B. S./Bruusgaard, P./Gjerberg, E./Thoresen, L./Lillemoen, L./Pedersen, R. (2016): A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes. In: BMC Geriatrics 16(24), online, DOI: https://doi.org/10.1186/s12877-016-0179-4

GKV-Spitzenverband (2020): Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung. Berlin: GKV-Spitzenverband

BEVOR study group (2022): Effectiveness of a complex regional advance care planning intervention to improve care consistency with care preferences: study protocol for a multi-center, cluster-randomized controlled trial focusing on nursing home residents (BEVOR trial). In: Trials 23(1), online, DOI: https://doi.org/10.1186/s13063-022-06576-3

Hanvey, L./Howard, M./Elston, D./Arora, N./Mroz, L./Barwich, D./Heyland, R./Heyland, D. (2016): Efficacy of speak up tools to improve patient engagement in advance care planning. In: Journal of Pain and Symptom Management 52(6), e72–e73

Health Quality & Safety Commission (2023): Advance Care Planning. https://www.hqsc.govt.nz/our-work/advance-care-planning [Stand: 2023-01-27]

Hickman, S. E./Tolle, S. W./Brummel-Smith, K./Carley, M. M. (2004): Use of the physician orders for life-sustaining treatment program in oregon nursing facilities: beyond resuscitation status. Journal of the American Geriatric Society 52(9), 1424–1429

Howard, M./Allatt, P./Bernard, C./Klein, D./Elston, D./Tan, A./Slaven, M./Barwich, D./You, J. J./Sudore, R./Arora, N./Mroz, L./Heyland, B./Mueen, M./Heyland, D. (2018): Efficacy of advance care planning interactive web sites and workbooks to improve patient engagement in primary care: The results of tool evaluations. In: Journal of Pain and Symptom Management 56(6), e42–e43

in der Schmitten, J./Rixen, S./Marckmann, G. (2022): Advance Care Planning: ein Konzept zur Stärkung der Autonomie pflegebedürftiger Menschen (nicht nur) am Lebensende. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2022. Springer: Berlin, 83–104

in der Schmitten, J./Nauck, F./Marckmann, G. (2019): Behandlung im Voraus Planen. In: MMW – Fortschritte der Medizin 161(11), 38–43

in der Schmitten, J./Lex, K./Mellert, C./Rothärmel, S./Wegscheider, K./Marckmann, G. (2014): Implementing an advance care planning program in german nursing homes: Results of an inter-regionally controlled intervention trial. In: Deutsches Ärzteblatt International 111(4), 50–57

Jeong, S./Higgins, I./McMillan, M. (2011): Experiences with advance care planning: nurses' perspectives. International Journal of Older People Nursing 6(3), 165–175

Klingler, C./in der Schmitten, J./Marckmann, G. (2016): Does facilitated advance care planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. In: Palliative Medicine 30(5), 423–433

Lehmeyer, S./Riedel, A./Linde, A.-C./Treff, N. (2019): Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohner*innen in der stationären Altenhilfe. Detmold: Jacobs

Lob-Hüdepohl, A. (2019): Gelassen. Gestalten. Moraltheologische Erkundungen zum Advance Care Planning. In: Höfling, W./Otten, T./in der Schmitten, J. (Hrsg.): Advance Care Planning/Behandlung im Voraus Planen: Konzept zur Förderung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos, 109–130

Loupatatzis, B./Krones, T. (2022): Geschichte der gesundheitlichen Vorausplanung (Advance Care Planning). In: Krones, T./Obrist, M./Spycher, S./Buchser, C./Karzig-Roduner, I. (Hrsg.): Wie ich behandelt werden will. Advance Care Planning. Zürich: Rüffer & Rub, 128–137

Luckett, T./Bhattarai, P./Phillips, J./Agar, M./Currow, D./Krastev, Y./Davidson, P. M. (2015): Advance care planning in 21st century Australia: A systematic review and appraisal of online advance care directive templates against national framework criteria. In: Australian Health Review 39(5), 552–560

MacKenzie, M. A./Smith-Howell, E./Bomba, P. A./Meghani, S. H. (2018): Respecting choices and related models of advance care planning: A systematic review of published evidence. In: The American Journal of Hospice & Palliative Care 35(6), 897–907

Martina, D./Mori, M./Kim, S.-H./Ng, R. (2020): Advance care planning in Asian culture. In: Japanese Journal of Clinical Oncology 50(9), 976–989

May, A. T./Seehase, B./Wachter, A. (2019): Advance Care Planning (ACP) in der Eingliederungshilfe. Münster: Lit

Ministry of Health New Zealand (2011): Advance care planning – A guide for the New Zealand health care workforce. Wellington: Ministry of Health New Zealand

Morrison, R. S. (2020): Advance Directives/Care Planning: Clear, Simple, and Wrong. Journal of Palliative Medicine 23(7), 878–879

Moss, A. H./Lunney, J. R./Culp, S./Auber, M./Kurian, S./Rogers, J./Dower, J./Abraham, J. (2010): Prognostic significance of the „surprise" question in cancer patients. In: Journal of Palliative Medicine 13(7), 837–840

Neitzke, G. (2015): Gesellschaftliche und ethische Herausforderungen des Advance Care Planning. In: Coors, M./Jox, R. J./in den Schmitten, J. (Hrsg.): Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Stuttgart: Kohlhammer, 141–151

Neuderth, S./Heizmann, E./Klemmt, M./Radovic, T./van Oorschot, B./Henking, T. (2022): Advance Care Planning in stationären Pflegeeinrichtungen – Das „Time to talk" Gesprächskonzept. In: Pflegewissenschaft 3, 176–184

Nguyen, K./Sellars, M./Agar, M./Kurrle, S./Kelly, A./Comans, T. (2017): An economic model of advance care planning in Australia: A cost-effective way to respect patient choice. In: BMC Health Services Research 17, online. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-017-2748-4

Overbeek, A./Korfage, I. J./Jabbarian, L. J./Billekens, P./Hammes, B. J./Polinder, S./Severijnen, J./Swart, S. J./Witkamp, F. E./van der Heide, A./Rietjens, J. A. C. (2018): Advance care planning in frail older adults: A cluster-randomized controlled trial. In: Journal of the American Geriatrics Society 66, 1089–1095

Petri, S./Rahn, B./Trautwein, E. M. (2021): Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und die Voraussetzungen der Vorausplanung für schwere gesundheitliche Krisen. Berlin, Frankfurt a. M.: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutsche interprofessionelle Vereinigung BVP

Respecting Choices (2023): Respecting Choices. https://www.respectingchoices.org [Stand: 2023-01-27]

Riedel, A./Lehmeyer, S./Linde, AC./Treff, N. (2019): Advance Care Planning – Ethische Implikationen und der damit verbundene professionelle Auftrag im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung in der stationären Altenhilfe. In: Riedel, A./Lehmeyer, S. (Hrsg.): Ethik im Gesundheitswesen. Berlin & Heidelberg: Springer, online. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_85-1

Rietjens, J. A. C./Korfage, I./Taubert M. (2021): Advance care planning: The future. In: BMJ Supportive & Palliative Care 11(1), 89–91

Rietjens, J. A. C./Sudore, R. L./Connolly, M./van Delden, J. J./Drickamer, M. A./Droger, M./van der Heide, A./Heyland, D. K./Houttekier, D./Janssen, D. J. A./Orsi, L./Payne, S./Seymour, J./Jox, R. J./Korfage, I. J. (2017): Definition and recommendations for advance care planning: An international consensus supported by the European Association for Palliative Care. In: The Lancet Oncology 18(9), 543–551

Seehase, B./May, A. T. (2019): Ich bestimme selbst! Das ist mir wichtig. Wünsche für die letzte Lebensphase mit Patientenverfügung in leichter Sprache. Münster: Lit.

Sellars, M./Clayton, J. M./Detering, K. M./Tong, A./Power, D./Morton, R. L. (2019): Costs and outcomes of advance care planning and end-of-life care for older adults with end-stage kidney disease: A person-centred decision analysis. In: PloS One 14(5), online, DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217787

Stewart, F./Goddard, C./Schiff, R./Hall, S. (2011): Advanced care planning in care homes for older people: a qualitative study of the views of care staff and families. Age and Ageing 40(3), 330–355

Sudore, R. L./Lum, H. D./You, J. J./Hanson, L. C./Meier, D. E./Pantilat, S. Z./Matlock, D. D./Rietjens, J. A. C./Korfage, I. J./Ritchie, C. S./Kutner, J. S./Teno, J. M./Thomas, J./McMahan, R. D./Heyland, D. K. (2017): Defining advance care planning for adults: A consensus definition from a multidisciplinary delphi panel. In: Journal of Pain and Symptom Management 53(5), 821–832

Tan, W. S./Bajpai, R./Chan, K. L./Ho, A. H. Y./Car, J. (2018): Using routinely collected data to ascertain concordance with advance care planning preferences. In: Journal of Pain and Symptom Management 56(5), 659–666

Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt (2023): Autonomie am Lebensende. https://www.autonomie-im-gesundheitswesen.fhws.de [Stand: 2023-01-27]

United States Census Bureau (2018): Health Insurance Coverage in the United States 2017. Washington DC: United States Census Bureau.

Voß, H./Kruse, A. (2019): Advance Care Planning im Kontext von Demenz. Entwicklung eines Instruments zur Exploration von Perspektiven der Betroffenen. In: Zeitschrift Für Gerontologie und Geriatrie 52(S4), 282–290

ZEKO – Zentrale Ethikkommission der Deutschen Ärztekammer (2019): Stellungnahme Advance Care Planning. In: Deutsches Ärzteblatt 116(50), online, DOI: https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.zeko_sn_acp_01

Interessenskonflikte Die Autor_innen geben an, dass keine Interessenskonflikte bestehen. Das Forschungsprojekt, in dessen Rahmen dieser Beitrag entstanden ist, wird gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst.

Dr. Malte Klemmt (Korrespondenzautor)
Institut für Angewandte Sozialwissenschaften (IFAS), Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt, Münzstraße 12, 97070 Würzburg
malte.klemmt@thws.de

Prof. Dr. Silke Neuderth
Institut für Angewandte Sozialwissenschaften (IFAS), Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt, Münzstraße 12, 97070 Würzburg
silke.neuderth@thws.de

Prof. Dr. Tanja Henking
Institut für Angewandte Sozialwissenschaften (IFAS), Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt, Münzstraße 12, 97070 Würzburg
tanja.henking@thws.de

Frauke Wiegräbe, Marleen Schönbeck, Paul Wunderlich, Annette Nauerth, Helene Dörksen

KI-basiertes Unterstützungstool für pflegende Erwerbstätige

Zusammenfassung Forscher_innen des „Instituts für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich der Hochschule Bielefeld“ (InBVG) und des „Institute Industrial IT der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe“ (inIT) haben das Ziel verfolgt, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und damit die Situation für pflegende Erwerbstätige zu verbessern. Im Rahmen des EU-geförderten Forschungsprojekts „work & care“ konnte in diesem Kontext ein digitales Tool zur Planung von Versorgungssituationen entwickelt werden, welches zur Ersteinschätzung in einer Pflegesituation dient. Das Tool DigiHelpCare gibt passende Empfehlungen für die weitere Versorgung und/oder mögliche nächste Pflegeschritte u. a. mit Hinweisen auf Pflege- und Gesundheitseinrichtungen. Das Forscher_innenteam hat dieses digitale Instrument im Sinne der Nutzerorientierung für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung entwickelt und im Rahmen eines Co-Creation-Prozesses als Prototyp umgesetzt.

Schlüsselwörter Digitales Unterstützungstool, pflegende Erwerbstätige, Interdisziplinarität, KI-Anwendung, Maschinelles Lernen, Nutzerorientierung

AI-based support tool for working caregivers

Abstract Researchers at the Institute for Education and Health Care Research at Bielefeld University of Applied Sciences (InBVG) and the Institute Industrial IT at the Ostwestfalen-Lippe University of Applied Sciences (inIT) have pursued the goal of improving the compatibility of care and work and thus the situation for employed caregivers. As part of the EU-funded research project “work & care”, a tool for planning supply situations was developed in this context, which serves as an initial assessment in a care situation. This tool DigiHelpCare provides suitable recommendations for further care and/or possible next care steps with references to, for example, care and healthcare facilities and service providers. The research team developed this digital tool in the sense of user orientation for needs-based care and implemented as a prototype as part of a co-creation process.

Keywords Digital care support tool, caring workforce, interdisciplinarity, AI application, machine learning, user orientation

1 Einleitung

Nach aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes (2022) sind in Deutschland bereits fünf Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) pflegebedürftig. Bedingt durch eine alternde Gesellschaft ist in den kommenden Jahren zusätzlich mit einem Anstieg von chronischen, insbesondere neurodegenerativen, Erkrankungen zu

Eingereicht 07.04.2023
Akzeptiert 17.04.2024

rechnen. „Die Pflegebedürftigkeit steigt an. Es zeigt sich nämlich, dass die Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit in hoher Korrelation zu einem Pflege- und Hilfebedarf steht“ (Glaeske 2020: 4).

Vier von fünf aller Pflegebedürftigen werden im häuslichen Umfeld versorgt (Statistisches Bundesamt 2020). Davon werden 2,33 Millionen Pflegebedürftige (56 %) durch Angehörige gepflegt. Hochgerechnet vier bis fünf Millionen Privatpersonen im Erwerbsalter (16 bis 64 Jahre) kümmern sich um pflegebedürftige Angehörige (Wetzstein et al. 2015, Rothgang et al. 2017). Für pflegende Erwerbstätige sind Beruf und Pflege oftmals nur schwer zu vereinbaren und es kommt zu typischen Belastungen wie Zeitmangel, fehlenden Entspannungsphasen oder sozialen Einschränkungen. Dies kann zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit zu einem erhöhten Krankenstand in Unternehmen führen. Hierzu konstatierten Völz et al. (2021), dass die Folge die Reduktion der Arbeitszeit oder das Ausscheiden aus dem Berufsleben von pflegenden Angehörigen sein können. Daher werden zunehmend technische Lösungen im Kontext der medizinischen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in den Blick genommen. Im Fokus stehen dabei nicht nur beruflich Pflegende, sondern das gesamte Sorgenetzwerk.

Tritt eine Pflegesituation ein, stehen die Betroffenen und ihre Angehörigen oft jedoch einer unübersichtlichen Anzahl von Versorgungsangeboten im deutschen Gesundheitswesen gegenüber. Genau hier knüpft das Forschungsprojekt „work & care“ an, welches im folgenden Kapitel beschrieben wird.

2 Vorstellung des Projektes Work and Care

Das von der EU geförderte dreijährige Projekt „work & care“ (FKZ: 34.EFRE-0300198) wurde von einem Kompetenznetzwerk unter der Leitung des „Zentrums für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL“ (ZIG) umgesetzt. Projektpartner sind neben dem ZIG das „Zukunftsbüro des Kreises Lippe“, das „Institute Industrial IT“ (inIT) der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe, das „Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich „(InBVG) der Hochschule Bielefeld, das „Institut Arbeit und Technik“ (IAT) der Westfälischen Hochschule sowie das „Netzwerk Plan G“.

Der interdisziplinäre Forschungsansatz dieses Vorhabens nimmt mit seinen sozialwissenschaftlichen Anteilen die pflegenden Angehörigen mit deren Belastungsfaktoren sowie ihren Bedarfen und Bedürfnissen in den Blick und fördert den co-kreativen Arbeitsprozess. Der technologische Anteil übernimmt die Konzeption eines digitalen Angebots zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen in der Bewältigung der individuellen Pflegesituation unter Nutzung von künstlicher Intelligenz.

3 Pflegende Erwerbstätige im Fokus

Um eine zielgerichtete Versorgung für pflegebedürftige Personen übernehmen zu können, benötigen die Angehörigen ein breites Spektrum an Informationen über mögliche Versorgungsschritte. Viele pflegende Erwerbstätige berichten von starken Belastungen, wenn es um das Erkunden und Einfordern von Hilfen und Informationen geht. Oftmals bemängeln sie das Fehlen von aktiv angebotenen Informationen seitens der professionellen Akteure (Schönbeck et al. 2022). Die Informationen, welche sich die pflegenden Angehörigen wünschen, unterteilen Nickel et al. (2010) in vier Kategorien: „Information zum Versorgungssystem", „zu individuellen Zugangsmöglichkeiten", „zu regionalen Dienstleistern" sowie zu „situations- und krankheitsspezifischen Fragen". Am häufigsten wurde der Aspekt „Information zu individuellen Zugangsmöglichkeiten" (29 %) genannt. Der zweithäufigste Wunsch (28 %) waren „Informationen zum Versorgungssystem". Ebenfalls mit 28 % wurden die „situations- und krankheitsspezifischen Fragen" genannt. 16 % der Befragten gaben den Wunsch nach „Informationen zu regionalen Dienstleistern" an.

Die Informationsbeschaffung erfolgt herkömmlich insbesondere über Freund_innen und Bekannte, welche bereits Erfahrung in der Angehörigenpflege haben oder professionelle Pflegefachpersonen sind. Ebenfalls angesprochen wurden Krankenkassen und Hausärzt_innen. Eine weitere Vertiefung des Wissens erfolgt über Broschüren oder das Internet. Das Internet wird dabei unterschiedlich eingeschätzt. Es bietet einen großen Nutzen, da die Informationen schnell und ausführlich verfügbar sind. Allerdings bringt eine Internetrecherche auch Herausforderungen mit sich. Es müssen spezifische Sucheinträge eingegeben werden, die Vielzahl an Ergebnissen kann überfordernd sein sowie deren Sichtung viel Zeit in Anspruch nehmen. Wichtig sind schnell zur Verfügung stehende Informationen sowie ein „knappes, gut und einfach erklärtes, schriftliches und grafisches Material – elektronisch wie auf Papier" (ebd. 55 ff.).

4 KI als Option im Gesundheitsbereich

Die zielgerichtete Entwicklung von intelligenten Systemlösungen, die die medizinische und pflegerische Versorgung entscheidend verbessern können, gilt es in diesem Kontext bedarfs- und bedürfnisorientiert zu gestalten. Künstliche Intelligenz (KI) ist eine der wegweisenden Technologien der Zukunft und findet zunehmend Eingang in den Gesundheitsmarkt beispielsweise hinsichtlich der enormen Datenbestände (Big Data) im Gesundheitswesen. In der Literatur wird deutlich, dass die Bedeutung des Themas KI in der Pflege seit 2019 sprunghaft angestiegen ist, doch bei Weitem noch nicht in der Grundversorgung angekommen ist. „Wir haben jedoch gerade erst damit begonnen, an der Oberfläche des Möglichen zu kratzen, da es viel mehr Einsatzmöglichkeiten der künstlichen Intelligenz im Gesundheitswesen gibt, die es ermöglichen, die Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig Wartezeiten und Kosten zu reduzieren" (Glauner 2022: 143).

Die Bereiche im Gesundheitswesen, in denen KI eingesetzt wird, sind bisher überwiegend die direkte Patient_innenversorgung wie beispielsweise auf Intensivstationen, in

der Wundversorgung, im Delir- oder Entlassmanagement sowie in der Versorgung älterer Menschen im Hinblick auf Sturzereignisse, Infektionen und gesundheitliche Notfallsituationen. Weitere KI-Anwendungsbereiche sind Pflegedokumentation, Personalmanagement sowie Verwaltung und Bildung (O'Connor et al. 2023). KI ist für die Gesundheitsversorgung insbesondere im pflegerischen Kontext von besonderer Relevanz, weil die in der Versorgung erfassten Daten Auskunft zum Patientenoutcome, zu Pflegemaßnahmen, in Anspruch genommenen Gesundheitsdienstleistungen sowie zu Kennzahlen für Management und Administration geben.

Ein spezielles Segment der KI ist das maschinelle Lernen. In diesem Kontext beschäftigt man sich mit intelligenten Algorithmen, die von Menschen programmiert werden. Ziel ist, dass das entwickelte lernende System mit der Zeit klüger wird. Die erstellten Algorithmen werden eingesetzt, um nach Mustern und Strukturen, z. B. in unbekannten Daten zu suchen. Im Vordergrund steht dabei die Genauigkeit der Erkennung und Klassifizierung der Daten auf Basis von zuvor festgelegten Regeln. Nach der Analyse werden die Daten zum eigenständigen Lernen verwendet. Das Lernen erfordert mehrere Durchläufe bzw. Wiederholungen. Die Daten werden vor dem Lernen aufbereitet und der Algorithmus versucht, Muster oder Zusammenhänge der Daten zu den jeweiligen Labels zu erkennen bzw. zu erlernen, um Unterschiede herauszuarbeiten. Nach der Lernphase können die generierten, ausgewerteten und interpretierten Daten als Entscheidungsgrundlage herangezogen und genutzt werden (Pfannstiel 2022).

Insbesondere im Gesundheitswesen wird der Einsatz von KI-Systemen jedoch durchaus auch kritisch betrachtet. Vor allem wird das fortschreitende Ersetzen von ärztlichen und pflegerischen Handlungssegmenten durch KI-Komponenten in der Literatur kritisiert. Zudem wird angenommen, dass sich Patient_innen nicht mehr als Person wahrgenommen fühlen könnten, sondern eher als Datensatz. Hinter einer solchen Objektivierung könnten sich die Patient_innen zunehmend allein gelassen fühlen, wie der Deutsche Ethikrat (2023: 154) konstatierte: „[…] um der Gefahr zu wehren, dass die jeweiligen Behandelnden immer mehr hinter der Technik verschwinden und sich die von ihnen behandelten Personen mit ihren Fragen und Ängsten zunehmend allein gelassen fühlen." Ferner wird ein Verlust der Sorgfalt auf Seiten der Nutzer_innen beim Einsatz von KI-Systemen befürchtet, wenn sich ein blindes Vertrauen gegenüber der Technik (Automation Bias) einstellen sollte. Um einen selbstbestimmten Einsatz im pflegerischen Versorgungsprozess zu gewährleisten, sollten professionell und informell Pflegende daher immer eine kritische Überprüfung der maschinell gegebenen Handlungsempfehlungen in Betracht ziehen und grundsätzlich einer Plausibilitätsprüfung unterziehen.

5 Aufgabenstellung

In der Literatur wird deutlich, dass zwar eine steigende KI-Forschungsaktivität in der professionellen Pflege zu verzeichnen ist, aber die informelle Pflege im Sinne einer Unterstützung von pflegenden Angehörigen in der Pflegesituation nicht fokussiert wird. Ferner ist eine Forschungslücke im Bereich der partizipativen Technikentwicklung zu beobachten:

„Hier scheint ebenfalls Raum für die Implementierung und den Ausbau von partizipativer Entwicklung und Co-Creation-Prozessen zu bestehen, um letztlich eine bedarfsgerechte Entwicklung von KI-Systemen, die von den jeweiligen Zielgruppen akzeptiert werden, zu erreichen" (Wolf-Ostermann et al. 2021: 21). Daher war das Ziel des Projektes „work & care", in einem partizipativen, co-creativen Prozess ein digitales Planungsstool (DigiHelpCare) im Kontext eines pflegerischen Versorgungsprozesses zu entwickeln, das eine Hilfe für pflegende Angehörige darstellen kann. Mit dem DigiHelpCare-System sollen pflegende Angehörige befähigt werden, bei Eintritt einer Pflegesituation adäquate Empfehlungen zu erhalten, um zielgerichtete Entscheidungen im Pflegeversorgungsprozess treffen zu können. Das Tool besteht aus einem Erhebungstool auf der Eingabeseite zur Erfassung der Situation und aus einem Empfehlungsbaustein auf der Ausgabeseite für die Nutzer_innen, der unter Einsatz von KI entwickelt wird.

6 Partizipatives Vorgehen

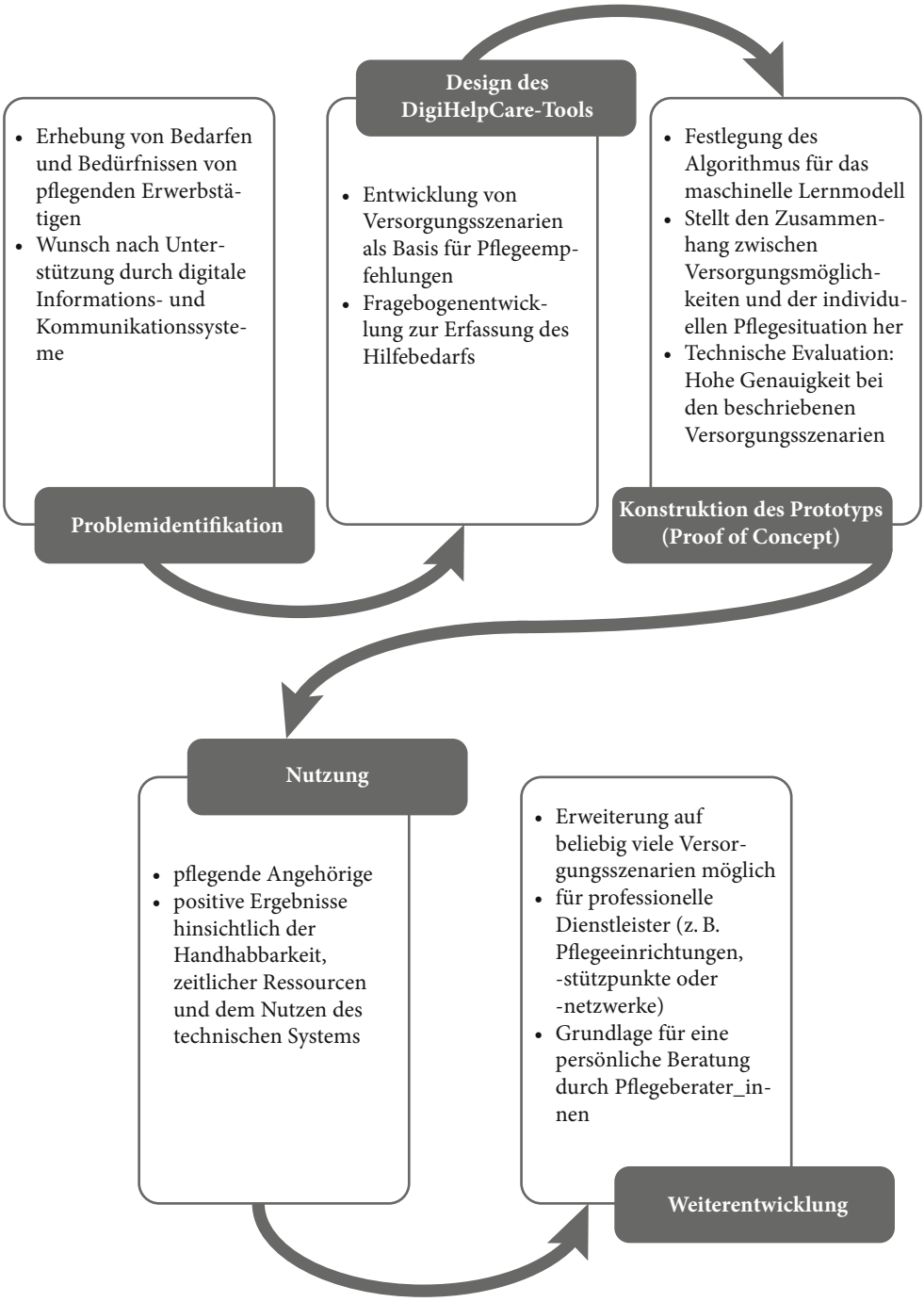
Für den partizipativen Technikentwicklungsprozess wurde das Konzept der Co-Creation-Methode verfolgt. Dabei erfolgte eine Orientierung an der Vorgehensweise nach Sonnenberg und vom Brocke (2012), die eine wiederholte Evaluation nach jeder Entwurfsaktivität vorschlagen. Die Entwurfsaktivitäten erfolgten in vier Schritten: 1) Problemidentifikation, 2) Design, 3) Konstruktion und 4) Nutzung. (s. Abbildung 1: Ablauf des Co-Creation-Prozesses).

Im vorliegenden Projekt wurden im ersten Schritt die Anforderungen an die Anwendung durch eine qualitative (n = 15) Erhebung von Bedarfen und Bedürfnissen von pflegenden Erwerbstätigen hinsichtlich unterstützender Angebote im Pflegeversorgungsprozess (Schönbeck et al. 2022) konkretisiert. Im Vorfeld der Befragung wurden die ethischen Richtlinien mittels des Dokuments des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (BDP 2016, DGPs 2016) überprüft und für unbedenklich eingestuft, da keine vulnerablen Gruppen, sondern im Erwerbsleben stehende Erwachsene und damit voll zustimmungsfähige Personen befragt wurden. Aufgrund dessen wurde von einem Ethikantrag abgesehen. Ein Ergebnis dieser Erhebungen war der Wunsch nach Unterstützung durch digitale Informations- und Kommunikationssysteme.

Daraufhin wurde im zweiten Schritt das Design des DigiHelpCare-Systems erarbeitet. Dieser Arbeitsschritt beinhaltete die Entwicklung von Versorgungsszenarien als Basis für die Pflegeempfehlungen und die Konzeption des Fragebogens zur Erfassung des Unterstützungsbedarfs von pflegebedürftigen Personen. Diese Instrumente wurden durch Experteninterviews mit professionellen Case Managerinnen (n = 3) evaluiert.

Die darauffolgende technische Umsetzung des Systems erfolgte im Sinne eines Prototyps. Zunächst wurde der Algorithmus des maschinellen Lernmodells definiert. Dieser stellt den Zusammenhang zwischen den Versorgungsmöglichkeiten und der individuellen Pflegesituation her und gibt die Empfehlungen für weitere Pflegeschritte. Dieser dritte Arbeitsschritt wurde abschließend durch verschiedene technische Parameter (s. Kap. 7.5) evaluiert.

Abb. 1 Ablauf des Co-Creation-Prozesses



Im vierten Schritt wurde der Prototyp des DigiHelpCare-Tools pflegenden Angehörigen zur Verfügung gestellt, um ihn zu erproben (n = 6). Nach den vier Prozessschritten inklusive den Evaluationsstufen ergaben sich Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des DigiHelpCare-Tools.

Für die iterativen Evaluationsschritte wurden leitfadengestützte Interviews geführt, die je nach Arbeitsphase die pflegenden Angehörigen oder Pflegeexpert_innen adressierten und qualitativ ausgewertet wurden. Die technische Evaluation umfasste die Analyse der bisherigen Verfahrensschritte und eine kritische Sichtung der Daten. Sie erfolgte mittels einer zehnfachen Kreuzvalidierung anhand der Metriken-Genauigkeit und des Hamming loss (Tsoumakas et al. 2007). Der verwendete Datensatz enthält 1000 generierte Pflegesituationen. Die Kreuzvalidierung ist eine Resampling-Methode, bei der verschiedene Teile der Daten zum Testen und Trainieren eines Modells in verschiedenen Iterationen verwendet werden.

7 Das DigiHelpCare-Tool

7.1 Schwerpunktsetzung bei den Versorgungssituationen

Für die Entwicklung des DigiHelpCare-Tools war in einem ersten Schritt zu klären, für welche Pflegesituationen das ML-Modell zunächst entwickelt wird. Die Entscheidung fiel auf Pflegesituationen mit den Schwerpunkten Demenz und Apoplex sowie die Situation einer der Angehörigenpflege vorausgehenden Sorgearbeit. Bei einer Demenz handelt es sich um eine neuro-degenerative Erkrankung, die nahezu ausschließlich im höheren Lebensalter auftritt. Die absolute Anzahl der Menschen mit Demenzerkrankungen wird nach Daten des Statistischen Bundesamtes ansteigen von aktuell 1,6 Mio. auf voraussichtlich 3 Mio. Menschen in 2050 und damit auch die Notwendigkeit der Therapie, vor allem aber der Pflege.

Eine ähnliche Versorgungssituation lässt sich bei der Diagnose Schlaganfall konstatieren. „Aufgrund des demografischen Wandels ist in den kommenden Jahren in vielen Ländern mit einem Anstieg der Gesamtzahl an Schlaganfällen zu rechnen“ (Busch 2017: 71). Die Folgen eines Schlaganfalls können gravierend sein und früher oder später zu einer Pflegebedürftigkeit führen, die zumeist mit einer komplexen Versorgungssituation einhergehen. „Viele der überlebenden Patienten sind in ihren Alltagsaktivitäten mehr oder weniger eingeschränkt und bleiben z. T. langfristig auf Pflege und/oder Therapie angewiesen“ (Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN) 2019, die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) 2019).

Weiterhin wurde ein Fokus auf pflegende Angehörige gelegt, die eine Sorgetätigkeit für ihre noch selbständigen Angehörigen übernehmen. Care-Arbeit ist international der gebräuchliche Begriff für Sorgearbeit und wird sehr weit gefasst, er „… umfasst Tätigkeiten der Pflege, Zuwendung, Versorgung für sich und andere“ (Rudolph 2015: 150). Dabei bezieht sich Care auf alle Arten von Sorgetätigkeiten – das bedeutet, der Begriff bezieht unbezahlte und bezahlte sowie professionelle und private Sorgearbeit oder auch ehrenamtliche

Arbeit und Erwerbsarbeit ein" (Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung 2017: 35).

In Abgrenzung zur Pflege von Menschen mit Demenz oder einem Apoplex wurde die Sorgetätigkeit im vorliegenden Projekt demnach als die Betreuung von noch selbständigen Personen verstanden.

Aufgrund dieser Vorentscheidungen wurden unterschiedliche standarisierte Fallszenarien (Use Cases) entwickelt, die im nächsten Abschnitt dargestellt werden.

7.2 Entwicklung von Use Cases

Das Format von standarisierten **Fall**szenarien zu den Themen Demenz, Apoplex und Sorgetätigkeit wurde gewählt, um geeignete Kriterien zur Klassifikation von Pflege-Cases zu erstellen. In der Software- und Systemtechnik ist der Ausdruck **Anwendungsfall** (Use Case) wie folgt zu verstehen: Ein **Nutzungsszenario** wird verwendet, um Situationen zu beschreiben, in denen eine Software nützlich sein kann (Bittner et al. 2003). „Sie dient als Methode, um **Anwendungsfälle** zu identifizieren, indem man abstrakten, so genannten Aktoren (Menschen, Systeme) Handlungen zuweist" (Fischer et al. 2011: 948). In diesem Kontext konnten damit exemplarisch die oben genannten komplexen und langfristigen Versorgungssituationen dargestellt werden. Die standardisierten **Fallszenarien** zum Thema Sorgetätigkeit wurden bewusst in Abgrenzung von medizinisch diagnostizierten Erkrankungen gewählt, um etwaige Unterschiede hinsichtlich der Pflegeschritte herauszukristallisieren. Um dies zu erreichen, wurden die Use Cases anhand der von der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagenen Aspekte analysiert. Die Klassifikationen orientieren sich an den folgenden übergeordneten Kategorien: Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation. Ergänzt wurden diese Aspekte in der Fallentwicklung um die von Corbin und Strauss (2010) herausgearbeiteten Arbeitslinien im Rahmen chronischer Erkrankung und die auf dieser Basis beschriebenen Bewältigungsstrategien nach Schaeffer und Moers (2008). Nach diesem Muster wurden alle Use Cases aufgebaut. Sie beinhalten die Beschreibung der Bedarfslage, aus der dann die pflegerische Versorgung resultiert. Ferner wird die häusliche Versorgungssituation beschrieben, d. h. welche Personen sich um die pflegebedürftige Person kümmern und welches Netzwerk die pflegenden Angehörigen unterstützt. Aus diesen Beschreibungen leiten sich mögliche Versorgungsschritte ab.

7.3 Erfassung des Hilfebedarfs: Entwicklung des Fragebogens

Für die Nutzung des DigiHelpCare-Tools, musste eine Situationseinschätzung vorgenommen werden. Um eine Datengrundlage für das ML-Modell zu schaffen, wurde ein Erhebungsinstrument im Sinne eines Fragebogens erarbeitet. Dessen Ziel war die Erfassung des konkreten Hilfebedarfs, um daraufhin passende Empfehlungen für die weitere Versorgung und/oder mögliche nächste Pflegeschritte mit Hinweisen auf Pflege- und Gesund-

heitseinrichtungen, Pflegehilfsmittel oder barrierefreien Wohnmöglichkeiten anzubieten. Dieser Fragebogen wurde auf der Basis des Fragebogens des Medizinischen Diensts entwickelt, der nach dem Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG 2 2015) als ein erweitertes Begutachtungsinstrument vorgelegt wurde. Dieses Instrument berücksichtigt Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Funktionseinschränkungen in unterschiedlichen Bereichen des alltäglichen Lebens (Glaeske 2020). Ferner sind aus Gesprächen mit Case Managerinnen und einer Literaturrecherche weitere Assessments aus der geriatrischen Versorgung in die Befragung eingeflossen, wie beispielsweise der Barthel-Index (Mahoney 1965) und der Fragebogen „Instrumentelle Aktivitäten" nach Lawton/Brody (IADL) (Lawton et al. 1969).

Der Fragebogen setzt sich aus sieben Modulen zusammen und besteht aus insgesamt 47 Fragen in Form einer vier-stufigen Likert-Skala. Die Module beziehen sich auf die Aspekte: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit Krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, Gestaltung des Alltagslebens und Gestaltung der Betreuungssituation.

Auf der Basis dieser Daten werden von DigiHelpCare die jeweiligen Ausgangssituationen erhoben.

7.4 Entwicklung von Versorgungsszenarien als Basis für die Empfehlungen

In einem nächsten Schritt musste eine Datenbasis geschaffen werden, um über KI an die Situation angepasste Empfehlungen zu generieren. Die verwendete KI unterstützt die Verarbeitung von vorher erhobenen Daten und Informationen und stellt Erkenntnisse und Zusammenhänge her. Sie greift auf zuvor generierte Daten zurück, lernt aus einer Vielzahl von Fällen, um für individuelle Pflegesituation bestmögliche Empfehlungen zu weiteren Pflegeschritten auszugeben. Um diese optimalen Empfehlungen abgeben zu können, benötigt das digitale Versorgungstool einen entsprechenden Datensatz. Trotz intensiver nationaler und internationaler Recherchen konnten keine bestehenden Datensätze in dieser Ausrichtung eruiert und für den Entwicklungsprozess nutzbar gemacht werden. Zudem konnte das Forscherteam nicht auf vorhandene Patientendaten zurückgreifen, daher wurde der benötigte Datensatz, künstlich erzeugt. Dazu wurden die entwickelten Use Cases, wie in Kap. 7.2 beschrieben, Pflegeexpertinnen und Case Managerinnen vorgelegt. Nach der Fallbegutachtung wurden die Probandinnen in einem leitfadengestützten Experteninterview gefragt, welche Lösungsoptionen sie wählen würden. Diese Einschätzungen wurden als mögliche Versorgungsoptionen in die bestehenden Use Cases eingearbeitet.

7.5 Entwicklung des Modells für das DigiHelpCare-Tool

Das DigiHelpCare-Tool ist als Proof-of-Concept im Sinne eines Machbarkeitsnachweises entwickelt worden. Diese Methode ist ein übliches Vorgehen im Bereich der Ingenieurwissenschaften, womit „die prinzipielle Durchführbarkeit eines Vorhabens belegt ist" (Rat für Forschung und Technologieentwicklung 2013: 40). Der entwickelte Prototyp diente dazu, die wesentlichen Funktionen dieses digitalen Tools für Nutzer_innen demonstrieren und erproben zu können (Bendel 2021). Vor diesem Hintergrund ist die folgende Grundlage des DigiHelpCare-Systems verwirklicht worden. Dabei ergibt sich folgender Ablaufplan für die Nutzer_innen (s. Abbildung 2).

Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit öffnet der_die Nutzer_in das digitale Tool zur Planung von Versorgungssituationen und beantwortet die Fragen aus dem in Kap. 7.3 beschriebenen Fragebogen. Anschließend bestätigt er_sie mittels eines Knopfdrucks, dass die Angaben vollständig sind und die Analyse gestartet werden kann.

Im Hintergrund wird das maschinelle Lernmodell mit den Antworten zu den einzelnen Fragen „gefüttert". Das ML-Modell vergleicht die Antworten mit dem Modell bereits bekannter Pflegesituationen bzw. Antworten und gibt eine Empfehlung für die weiteren Pflegeschritte aus, welche am besten zu der vom/von der Benutzer_in beschriebenen Versorgungssituation passen.

Zur Bestimmung dieser weiteren Empfehlungen für die Versorgung durch die Angehörigen bedarf es eines weiteren Modells (Alpaydin 2019), welches die Zusammenhänge zwischen den Versorgungsmöglichkeiten und der jeweiligen Pflegesituation kennt. Um dieses Modell zu entwickeln, sind einige Schritte nötig, die in Abbildung 3 dargestellt sind.

Zunächst wurden basierend auf den zuvor vorgestellten Use Cases und dem Fragebogen Daten generiert. Außerdem wurden von Pflegeexpert_innen die entsprechenden Versorgungsschritte hinzugefügt. Diese Daten dienen als Grundlage zum Lernen eines Modells und sind elementare Bestandteile des maschinellen Lernens. Hierfür wurden die Daten in zwei Teile aufgeteilt, die Trainingsdaten und die Testdaten. Die Trainingsdaten dienten als Input zum Anlernen des Modells. Anschließend wurde das gelernte Modell mittels der Testdaten, die dem ML-Modell selbst unbekannt sind, evaluiert und weitere Hyperparameter vom Modell selbst optimiert. Weist das Modell im Rahmen der Evaluation eine aus-

Abb. 2 Ablaufplan des DigiHelpCare-Tools

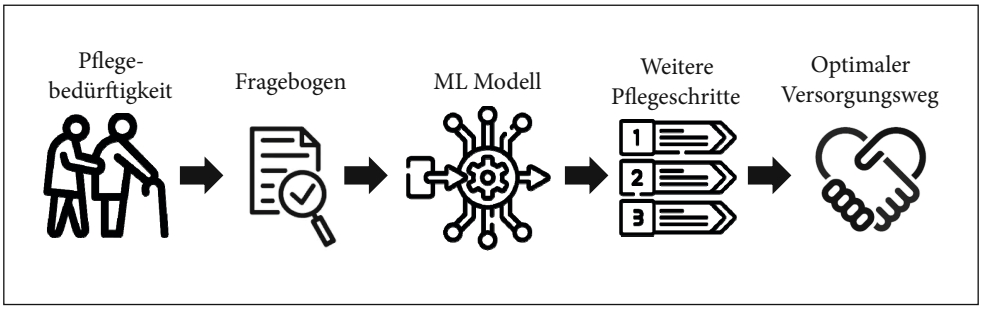
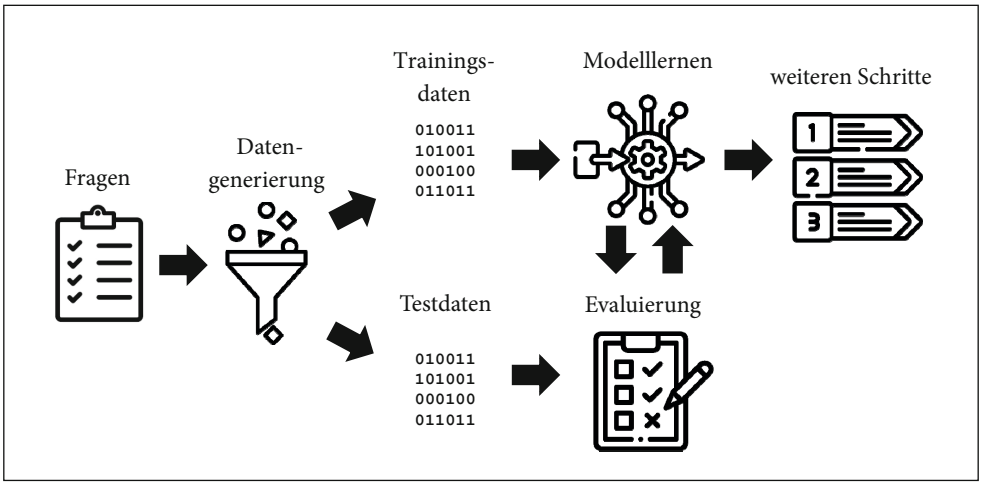


Abb. 3 Modell Ergebnisgenerierung



reichende Genauigkeit bei den Testdaten auf, wird es für die Prognose der weiteren Versorgungsemfehlungen verwendet.

Aufgrund dieser Entwicklungsschritte liegt nun ein Prototyp des DigiHelpCare-Tools vor, der bereits technisch und von pflegenden Angehörigen evaluiert wurde.

8 Evaluationsergebnisse

Das vorliegende Instrument des DigiHelpCare-Tools basiert auf einem interdisziplinär entwickelten Fundament, das die Ansätze des klassischen Case Managements der Sozial- und Gesundheitswissenschaften mit der Integration von maschinellem Lernen und künstlicher Intelligenz im Kontext des pflegerischen Handelns kombiniert. Vor diesem Hintergrund wurde der DigiHelpCare im Rahmen des beschriebenen Co-Creation-Prozesses auf unterschiedlichen Ebenen evaluiert. Zum einen erfolgte eine technische Evaluierung, die sich mit der Performance der verwendeten Verfahren aus dem maschinellen Lernen befasste. Hierbei wurden anerkannte Metriken, wie Genauigkeit oder Hamming loss (Tsoumakas et al. 2007), erstellt und ausgewertet. Sie beschreiben, wie gut der Algorithmus in der Anwendung auf ihm unbekannten Testdaten funktioniert. Die ersten Evaluationsergebnisse zeigen, dass der DigiHelpCare bei der Eingabe einer neuen Pflegesituation, bezüglich der in Kap. 7.2 beschriebenen Versorgungssituationen, exakte Empfehlungen anzeigt. Die Erprobung machte zusätzlich deutlich, dass das Tool auch für professionelle Dienstleister (z. B. Pflegeeinrichtungen, -stützpunkte oder -netzwerke) als Grundlage für eine persönliche Beratung durch Pflegeberater_innen genutzt werden kann.

Zum anderen wurde eine Evaluierung durch pflegende Angehörige im Rahmen von leitfadengestützten Interviews durchgeführt. Diese Interviews erfassten den Nutzen des technischen Systems, die Handhabbarkeit sowie die zeitlichen Ressourcen bei der Anwen-

dung des DigiHelpCare. Die ersten Ergebnisse zeigen eine positive Einschätzung bezüglich der Handhabbarkeit sowie der Verständlichkeit. Auch Optimierungspotentiale hinsichtlich ausführlicherer Pflegeinformationen wurden deutlich.

Der Co-Creation-Prozess als Design-Thinking-Methode stellte sich als ein probates Mittel heraus, um die Wünsche der pflegenden Angehörigen und die daraus resultierenden Anforderungen an das KI-System abzuleiten und den Prototypen des DigiHelpCare-Tools nutzerorientiert umzusetzen.

9 Ausblick

Im Rahmen der Aufgabenstellung, inwieweit ein digitales Planungsstool im Rahmen eines pflegerischen Versorgungsprozesses in der informellen Pflege eine wertvolle Hilfe für pflegende Angehörige darstellen kann, zeigen die Evaluationsergebnisse eine vielversprechende positive Tendenz auf. Zukünftig wird daher das vorliegende Proof-of-Concept überarbeitet und optimiert. Es soll eine zielgerichtete Weiterentwicklung des digitalen Systems für professionelle Pflegedienstleister erfolgen, da sich herausgestellt hat, dass die Erstbearbeitung der Fragestellungen durch die Nutzer_innen eine gute Grundlage für eine persönliche Beratung durch Pflegeberater_innen darstellen kann.

Stark et al. bekräftigten im Jahr 2021, dass die „individuellen situationsspezifischen Bedürfnisse der Angehörigen bei der Entwicklung neuer Informations- und Beratungsangebote berücksichtigt werden müssen, damit Informationsdefizite abgeschafft und die Potenziale neuer Technologien bei der Versorgung von Personen mit Demenz ausgeschöpft werden können". Dieser Aufforderung ist das Forscherteam im Rahmen des Forschungsprojekts „work & care" nachgekommen und hat ein digitales Instrument im Sinne der Nutzerorientierung für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung entwickelt und evaluiert.

Literatur

Alpaydin, E. (2019): Maschinelles Lernen. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg

Bendel, O. (2021): Prototyp. Online verfügbar unter: https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/prototyp-122469/version-384553 [Stand 2023-10-31]

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (2016): Berufsethische Richtlinien. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.dgps.de/fileadmin/user_upload/PDF/berufsethik-foederation-2016.pdf [Stand 2023-02-11]

Bittner, K./Spence, I. (2003): Use case modeling. Boston, San Francisco, New York: Addison-Wesley Professional

Busch, M. (2017): 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (1). Berlin: Robert-Koch-Institut, 71

Buxmann, P./Schmidt, H. (2018): Künstliche Intelligenz: Mit Algorithmen zum wirtschaftlichen Erfolg. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag

Corbin, J./Strauss, A. (2010): Weiterleben lernen – Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Göttingen: Hogrefe Verlag

Deutscher Ethikrat (2023): Stellungnahme – Mensch-und-Maschine – Herausforderungen durch künstliche Intelligenz. Berlin, 154. Online verfügbar unter: https://www.ethikrat.org/mitteilungen/mitteilungen/2023/ethikrat-kuenstliche-intelligenz-darf-menschliche-entfaltung-nicht-vermindern/?cookieLevel=not-set [Stand 2023-08-08]

Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (2019): Schlaganfall: Epidemiologie, Risikofaktoren, Anzeichen, Diagnostik und Therapie. Berlin. Online verfügbar unter: https://idw-online.de/de/attachmentdata73448 [Stand 2023-11-02]

Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (2016): Berufsethische Richtlinien. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.dgps.de/fileadmin/user_upload/PDF/berufsethik-foederation-2016.pdf [Stand 2023-02-11]

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (2019): Schlaganfall: Epidemiologie, Risikofaktoren, Anzeichen, Diagnostik und Therapie. Berlin. Online verfügbar unter: https://idw-online.de/de/attachmentdata73448 [Stand 2023-11-02]

Fischer, P./Hofer, P. (2011): Lexikon der Informatik. 15. überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 948

Glaeske, G. (2020): Demenzreport 2020. Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. Bremen: Universität Bremen, 4

Glauner, P. (2022): Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen: Grundlagen, Möglichkeiten und Herausforderungen. In: Grinblat, R./Etterer, D./Plugmann, P. (Hrsg.): Innovationen im Gesundheitswesen – Rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen und Potentiale. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag, 143

Klein, H. Ch./Oschinsky, F. M./Stelter, A./Niehaves, B. (2021): Design-Thinking als Werkzeug für Co-Kreation und Co-Design – Ein Erfahrungsbericht in 5 Thesen. Universität Siegen. Online verfügbar unter: https://link.springer.com/article/10.1365/s40702-021-00761-9 [Stand 2023-08-03]

Lawton, MP./Brody, EM. (1969): Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. In: Gerontologist. 1969 Autumn, 9 (3), 179–186. Online verfügbar unter: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5349366/ [Stand 2023-08-27]

Mahoney, FI. (1965): Barthel DW. Functional Evaluation. The Barthel Index. MD State Med J 1965 Feb, 14, 61–65. Online verfügbar unter: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/ [Stand 2023-08-27]

Nickel, W./Born, A./Hanns, S./Brähler, E. (2010): Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, (44), 109–114

Nilsson, N. J. (2009): The quest for artificial intelligence – A history of ideas and achievements. Stanford University Artificial Intelligence Laboratory (Hrsg.). Online verfügbar unter: https://ai.stanford.edu/~nilsson/QAI/qai.pdf [Stand 2023-11-06]

O'Connor, S./Yan, Y./Thilo, F. J. S./Felzmann, H./Dowding, D./Lee, J. J. (2023): Artificial intelligence in nursing and midwifery: A systematic review. Journal of Clinical Nursing, 32, 2951–2968. Online verfügbar unter: https://doi.org/10.1111/jocn.16478 [Stand 2023-10-08]

Pfannstiel, M. A. (2022): Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen – Entwicklungen, Beispiele und Perspektiven. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag

Pflegestärkungsgesetz – PSG II (2015): Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Gesetz vom 21. 12. 2015 – BGBl. I 2015, Nr. 54 28. 12. 2015, S. 2424. Bundesanzeiger Verlag. Online verfügbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*%5B@attr_id=%2527bgbl115s2424.pdf%2527%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2424.pdf%27%5D__1651046697791 [Stand 2023-11-07]

Rat für Forschung und Technologieentwicklung (2013): Empfehlung zu einer optimierten Proof-of-Concept-Unterstützung im Wissenstransfer. Wien, 40. Online verfügbar unter: https://www.parlament.gv.at/dokument/XXV/III/113/imfname_368002.pdf [Stand 2023-09-29]

Rothgang, H./Müller, R./Runte, R./Unger, R. (2017): BARMER Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 5. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH

Rudolph, C. (2015): Geschlechterverhältnisse in der Politik. Eine genderorientierte Einführung in Grundfragen der Politikwissenschaft. Opladen, Toronto: Barbara Budrich Verlag, 150

Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (2017): Erwerbs- und Sorgearbeit neugestalten. Gutachten für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, 35. Online verfügbar unter: http://www.gleichstellungsbericht.de/gutachten2gleichstellungsbericht.pdf [Stand 2023-11-03]

Schaeffer, D./Moers, M. (2008): Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. Pflege und Gesellschaft 13 (1), 6–31

Schneekloth, U./Geiss, S./Pupeter, M. (2017): Abschlussbericht – Studie zur Wirkung des PflegeNeuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). TNS Infratest Sozialforschung, 59. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf [Stand 2023-08-22]

Schönbeck, M./Jabs, L. F./Fries, S./Nauerth, A. (2022): Work & Care – Pflegende Erwerbstätige im Fokus. Zwischenbericht des Forschungsprojektes. Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich. Bielefeld: Fachhochschule Bielefeld

Sonnenberg, C./vom Brocke, J. (2012): Evaluation Patterns for Design Science Research Artefacts. Prac Aspect Des Sci. Online verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-642-33681- 2_7 [Stand 2023-08-03]

Sozialgesetzbuch XI (1994): Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014). Zuletzt geändert durch Art. 2d G v. 28. 6. 2022 I 938. Online verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html [Stand 2023-11-06]

Stark, A. L./Heumann, M./Dockweiler, C. (2021): Informationsbedürfnisse pflegender Angehöriger zu neuen Technologien der häuslichen Versorgung bei Demenz. Eine qualitative Studie. Online verfügbar unter: https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/1012-5302/a000848 [2023-09-22]

Statistisches Bundesamt (2022): Pflegestatistik. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html [Stand 2023-10-15]

Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse5224001199004.pdf [Stand 2023-09-04]

Tsoumakas, G./Katakis, I. (2007): Multi-label classification: An overview. In: International Journal of Data Warehousing and Mining (IJDWM) 3, 1–13

Völz, S./Schnecke, J. H. (2021): Beruf und Pflege besser vereinbaren: individuelle und betriebliche Perspektiven als regionaler Gestaltungsansatz. In: Forschung Aktuell 03-2021, Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen: Bocholt, Recklinghausen. Online verfügbar unter: https://www.zig-owl.de/assets/meldungen/pdf/210305_forschung_aktuell_2021-03.pdf [Stand 2023-09-05]

Weltgesundheitsorganisation – WHO (2004): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). (Hrsg.): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln

Wetzstein, M./Rommel, A./Lange, C. (2015): Pflegende Angehörige. Deutschlands größter Pflegedienst. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): GBE kompakt 6 (3), Berlin. Online verfügbar unter: http://www.gbebund.de/pdf/GBE_kompakt_03_2015_pflegende_angehoerige.pdf [Stand 2023-08-20]

Wolf-Ostermann, K./Fürstenau, D./Bergmann, L./Biessmann, F./Domhoff, D./Schulte-Althoff, M./Seibert, K. (2021): Konzept zur Einbettung von KI-Systemen in der Pflege: Sondierungsprojekt zu KI in der Pflege (SoKIP). Universität Bremen. Online verfügbar unter: https://doi.org/10.26092/elib/496 [Stand 2023-08-20]

Wunderlich, P./Wiegräbe, F./Dörksen, H. (2023): Digital Case Manager – A Data-Driven Tool to Support Family Caregivers with Initial Guidance. In: International Journal of Environmental Research and Public Health. Special Issue „Artificial Intelligence in Healthcare and Health Services“, 1–17. Online verfügbar unter: https://www.mdpi.com/1660-4601/20/2/1215 [Stand 2023-11-06]

Interessenskonflikt Das Forschungsprojekt work & care wird aus Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) im Durchführungszeitraum von November 2019 bis März 2023 gefördert. In Bezug auf das eingereichte Manuskript besteht bei keinem der Autor_innen ein Interessenskonflikt.

Frauke Wiegräbe, M. A.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin (Korrespondenzanschrift)
Technische Hochschule Ostwestfalen-Lippe, Institut für industrielle Informationstechnik (inIT)
Campusallee 6, 32657 Lemgo, frauke.wiegraebe@th-owl.de

Marleen Schönbeck, B. A.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin (Korrespondenzanschrift)
Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG)
Kurt-Schumacher-Straße 6, 33615 Bielefeld, marleen.schoenbeck@fh-bielefeld.de

Paul Wunderlich, M. Sc.
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Technische Hochschule Ostwestfalen-Lippe, Institut für industrielle Informationstechnik (inIT)
Campusallee 6, 32657 Lemgo, paul.wunderlich@th-owl.de

Prof._in Dr. med. Annette Nauerth
Biomedizinische Grundlagen der Gesundheitsberufe
Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG)
Interaktion 1, 33619 Bielefeld, annette.nauerth@fh-bielefeld.de

Prof._in Dr. rer. nat. Helene Dörksen
Mathematik und Authentifikation
Technische Hochschule Ostwestfalen-Lippe, Institut für industrielle Informationstechnik (inIT)
Campusallee 6, 32657 Lemgo, helene.doerksen@th-owl.de

Jacob Loeckle, Peter Sikl, Hermann Brandenburg

Kritische Gerontologie und deutschsprachige Pflege(-wissenschaft) – ein Scoping Review

Zusammenfassung Aktuelle Bestrebungen zur Theorieentwicklung können in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft (DPW)[1] als dürftig beschrieben werden. Gleichzeitig gibt es ein wachsendes Interesse an der Schnittstelle von Altern und Pflege, wie die Ausschreibung von Forschungsprojekten oder die Entwicklung von Expertenstandards deutlich machen. Daher lässt sich ein Interesse der DPW vermuten, sich mit Theoriefragen aus dem Bereich der Gerontologie zu beschäftigen. Besonders die Kritische Gerontologie (KG) bietet hier interessante Ansätze. Im Rahmen eines Scoping Review wird der Frage nachgegangen, ob Zusammenhänge im wissenschaftlichen Diskurs zwischen der KG und der DPW bestehen. Ziel ist es, im Ansatz eine theoretische Landkarte der Schnittstelle dieser beiden Disziplinen zu zeichnen. Das Ergebnis zeigt, dass eine Verbindung der KG und der DPW – bis auf Ausnahmen – nicht vorhanden ist. Als Nebenbefund wird deutlich, dass im Bereich der KG durchaus zu Pflegethemen geforscht und publiziert wird. Die dabei gewählte Sichtweise ist meist nicht mit dem pflegewissenschaftlichen Diskurs verbunden – zumindest nicht explizit. Dem gegenüber stehen Publikationen, welche zwar im Bereich der Pflegewissenschaft angesiedelt sind und einen kritischen Standpunkt offenbaren, allerdings nicht mit den theoretischen Perspektiven der KG verbunden sind.

Schlüsselwörter Pflegewissenschaft, Kritische Gerontologie, kritische Theorie, Theorieentwicklung in der Pflege

Critical gerontology and German-speaking nursing (science) – a scoping review

Abstract Current efforts to (further) develop theory in German-speaking nursing science (GNS) seem to be quite limited. At the same time, there is a growing interest in the interaction between ageing and care, as can be seen in the call for research projects or the development of expert standards. Therefore, it can be assumed that nursing science would benefit from a robust review of theoretical questions from the field of gerontology in order to make them accessible within its own field. In particular, critical gerontology (CG) provides interesting approaches for this task. Therefore, within the framework of a scoping review, the following question is investigated: Are there any links in the scientific discourse between CG and nursing science in the German-speaking countries? The aim is to draw rudimentary a theoretical map of the interface between these two disciplines. The result shows that a link between CG and GNS is – besides exceptions – tenuous at best. As a secondary finding, it becomes apparent that in the field of CG, nursing topics are indeed being studied. Due to the academic background of the authors, the perspective chosen is usually not connected with the discourse of nursing science. On the other hand, there are publications that are located in the field of nursing science and reveal a critical point of view, but are not connected to the theoretical perspectives of CG.

Keywords Nursing Science, critical gerontology, critical theory, theory development in nursing science

1 Inkludiert sind damit auch Arbeiten aus Österreich und der Schweiz, da ein historischer, kultureller, wissenschaftlicher, und sprachlicher Zusammenhang gegeben ist.

Eingereicht 04.04.2023
Akzeptiert 27.07.2023

Einleitung

Weil die Kritische Gerontologie (KG) einen Denkrahmen für Theorieentwicklungen rund um Altersfragen anbietet, ist es wenig verwunderlich, dass diese spezifische theoretische Sichtweise ebenfalls für die Pflegewissenschaft interessant ist, gerade in Zeiten einer „spärlichen Theoriebildung in der deutschen Pflegewissenschaft" (Moers et al. 2011: 349).

Grundsätzlich ist das breite Feld der Gerontologie durch einen epistemologischen, methodologischen und methodischen Pluralismus gekennzeichnet. Unter „kritischer Gerontologie" kann eine spezifische Denkart verstanden werden. Diese Denkschule, inspiriert von der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule (zuletzt auch von postkolonialen Debatten), hinterfragt eine positivistische Weltanschauung und die damit verbundenen „traditionellen" Methoden; sie setzt die (doppelte) soziale Konstitution des Alterns theoretisch voraus (Schroeter 2021: 20 f., Baars 1991). Die KG kann als „umbrella term" gesehen werden und ist ein Konglomerat aus verschiedenen kritischen Strömungen, z. B. feministische, humanistische, und kulturwissenschaftliche, die „[…] je unterschiedliche Probleme, oder Stufen des Prozesses der sozialen Konstitution fokussieren […]" (Aner 2021: 137). Das „kritische" Moment der verschiedenen Ansätze der KG ist die Untersuchung von immanenten Herrschaftsstrukturen, und allgemeines Ziel ist die Veränderung der sozialen Wirklichkeit. Diese Art der Kritik wird in der Literatur als Ideologiekritik diskutiert, die versteckte Haltungen und Dispositionen von Wissenschaftsbemühungen dechiffriert. Das Besondere an kritischen Wissenschaften ist, dass gleichzeitig die Ideologiegebundenheit der eigenen wissenschaftlichen Arbeit bewusst ist (Jaeggi 2013).

Die Pflegewissenschaft ist ebenfalls durch einen Pluralismus unterschiedlicher methodischer und theoretischer Ansätze gekennzeichnet, sie verfolgt (überwiegend) einen eher klinischen Fokus und kann als „eine empirisch orientierte Sozial- und Humanwissenschaft" eingeordnet werden (Brandenburg/Dorschner 2021: 48). Dabei werden ebenso Ziele der Grundlagenforschung zur (Weiter-)Entwicklung eines begrifflich-theoretischen und methodischen Fundaments im interdisziplinären Diskurs verfolgt, als auch angewandte Forschung hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Pflegepraxis im weitesten Sinne verstanden. Die enge Verbindung von Grundlagenforschung und angewandter Forschung ist für die Pflegewissenschaft als Bestandteil einer praxisorientierten Disziplin essenziell. Dabei richtet sie ihre Forschungsfragen primär auf gesellschaftlich notwendige Fragestellungen der pflegerischen Versorgung insgesamt und der Verbesserung der Pflegequalität (Brandenburg und Dorschner 2021, Bartholomeyczik 2021, Schaeffer und Wingenfeld 2014).

Nachdem es bis in die späten 1990er Jahre einen Diskurs um Pflegetheorien in der DPW gegeben hatte (vor allem fokussiert auf die Relevanz bzw. Irrelevanz der „grand theories"), ist es nach der Jahrtausendwende still geworden. Die damalige Diagnose kann sicher im Kern auch heute noch aufrechterhalten werden (Brandenburg 2019, Schroeter 2019). Zwar kann ein Zuwachs an Programmtheorien und Konzeptanalysen beobachtet werden, aber insgesamt ist der Anteil an Theoriearbeiten im Publikationszeitraum von 2016 bis 2021 in der Pflegewissenschaft gering einzustufen. Er liegt bei Autor_innen aus dem deutschspra-

chigen Bereich, die in nationalen und internationalen Pflegefachzeitschriften mit Peer Review publizieren, bei 2,0 Prozent (Eppel-Meichlinger et al. 2021).[2]

Man könnte jetzt vermuten, dass aufgrund der eher zurückhaltenden Theoriediskurse in der DPW ein Zusammenhang zur KG eher rudimentär erkennbar sein dürfte. Denn wenn schon Theoriedebatten generell in der DPW eher verhalten geführt werden, warum sollte dann ausgerechnet ein Zugang zu theoretisch anspruchsvollen Diskursen vorhanden sein? Man sollte aber auch die mehr oder weniger offenkundigen Verbindungen zwischen der KG und DPW nicht außer Acht lassen. Zu denken ist hier z. B. an die Relevanz zwischen der Political Economy of Aging (Estes et al. 1996) im Hinblick auf eine kritische (und systemvergleichende) Analyse des bundesdeutschen Pflegesystem, etwa mit Blick auf die Rolle der Fachpflege und der pflegenden Angehörigen. Auch bei der Humanistic Gerontology (Moody 1988) und ihrem kritischen Rekurs auf Aktivierungskonzepte in der Pflegepraxis lässt sich eine Verbindung zur Sinnhaftigkeit der entsprechenden Konzepte in der deutschen Altenpflege herstellen. Ebenfalls sind die in letzter Zeit verstärkt beachteten feministischen und intersektionalen Ansätze (Calasanti et al. 2006) für eine damit verbundenen Neubewertung der Geschlechterrollen in der deutschen Pflegelandschaft bedeutsam. Und schließlich ist der Konnex zwischen der Narrative Gerontology und dem Sinn (und Unsinn) der Biographiearbeit in institutionalisierten Kontexten unmittelbar gegeben (Gubrium 2001).

Fragestellung und Ziel

Aufgrund der oben ausbuchstabierten Problemstellung wurde untersucht ob Zusammenhänge im wissenschaftlichen Diskurs zwischen Ansätzen der KG und der DPW feststellbar sind, und inwieweit die KG Einfluss auf das theoretische Denken der DPW nimmt. Ziel ist die Entwicklung einer theoretischen „Landkarte", die sowohl die Verbindungen zwischen der KG und der Pflege(-wissenschaft) aufzeigt, als auch die blinden Flecken erkennbar werden lässt.

Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Scoping Review durchgeführt. Im Unterschied zu Systematic Reviews, wo traditionellerweise quantitative Primärstudien zu bestimmten Interventionen unter Berücksichtigung von a priori festgelegten Kriterien zusammengeführt werden, haben Scoping Reviews im Allgemeinen zum Ziel die bestehende Literatur zu einer breiten Fragestellung auszuleuchten (Peters et al. 2015, Arksey/O'Malley

2 Anders stellt sich die Situation im internationalen Kontext (vor allem den USA und Großbritannien) dar. Hier hat es immer schon eine lebhafte Theoriediskussion gegeben, deren wichtigste Beiträge in großen Sammelbänden zusammengestellt wurden, vgl. hierzu Nicoll 1986 oder Reed 2012. Hier wurden bereits Bezüge zu den verschiedenen Ansätzen einer Kritischen Gerontologie (KG) hergestellt.

2005). Im Vordergrund steht ein Überblick über die aktuelle Forschungslandschaft zu einer bestimmten Fragestellung, ein „mapping" der relevanten Konzepte sowie der vorliegenden Evidenz. Scoping Reviews sind außerdem nützlich, um Literatur verwandter Wissenschaftsdisziplinen zu verbinden, bei denen sich ein „Body of Evidence" überschneidet. Damit zielt der Wert der gewonnenen Erkenntnisse auf die Identifizierung von Lücken in der Wissensbasis der Forschung ab (Peters et al. 2015). Trotz der iterativen Natur von Scoping Reviews wird methodisch, ebenso wie bei klassischen Systematic Reviews, auf einen systematischen Ansatz wert gelegt (Peters et al. 2015).

Die Einschlusskriterien des vorliegenden Scoping Reviews umfassen Publikationen, die a) einerseits zu einem von insgesamt acht Ansätzen der KG, so wie sie von Aner/Schroeter (2021) beschrieben wurden, gezählt werden können. Darunter (1) Political Economy of Aging, (2) Alter als Stigma, (3) Ageism, (4) Humanistic Gerontology, (5) Narrative Gerontology, (6) Feministische und intersektionale Ansätze, (7) Foucauldian Gerontology und (8) kulturwissenschaftliche Gerontologie. Andererseits b) werden Publikationen aus der DPW eingeschlossen bzw. Veröffentlichungen, die sich explizit mit der Pflege beschäftigen. Weiterführend ist an dieser Stelle die Definition von Brandenburg/Dorschner (2021: 48), wie sie bereits in der Einleitung zu diesem Artikel dargelegt wurde. Das Erkenntnisinteresse richtet sich demnach auf „[…] gesunde und […] pflegebedürftige Menschen bzw. […] Menschen in besonderen Lebenssituationen in [ihrem] Lebensumfeld", auf „Interaktionen zwischen Pflegeempfängern und Pflegenden sowie Pflegenden und Mitpflegenden" und auf „das pflegerische Handeln selbst" (Brandenburg/Dorschner 2021: 48). Dabei geht es der Pflegewissenschaft nicht nur um die Erzeugung empirischer Befunde, sondern im Besonderen auch um eine Theorie- und Methodenentwicklung. Als letztes werden c) ausschließlich Publikation aus dem deutschsprachigen Raum, also Deutschland, Österreich und der Schweiz eingeschlossen. Aufgrund des breiten Erkenntnisinteresses wurden keine Kriterien bezüglich des Publikationszeitraum, der Publikationsart und der methodischen Qualität definiert. Graue Literatur, zum Beispiel Kongressbände oder Lehrbücher, wurden ebenso wie Peer reviewte Beiträge eingeschlossen.

Die systematische Recherche fand in den Datenbanken MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) und GeroLit, von März bis April 2022 statt. Dabei wurde die Fragestellung, wie dies für komplexe Suchstrategien empfohlen wird, in separate Cluster unterteilt (Simon 2015: 185). Diese beziehen sich auf den Begriff der Pflege(-wissenschaft) (Block 1), die Gerontologie (Block 2) sowie den Aspekt der „Kritik" im Sinne der KG (Block 3); sie sind beispielhaft zur Veranschaulichung in der Tabelle 1 dargestellt. Die im „Kritik"-Block verwendeten Begriffe stellen Schlüsselbegriffe dar, welche aus den beschriebenen Ansätzen einer KG herausgearbeitet wurden (Aner/Schroeter 2021: 35 ff.). Die Suchwörter der verschiedenen Cluster wurden sinnvoll mit den Boole'schen Operatoren „OR" oder „AND" verbunden. Für die Suche in MEDLINE wurden lediglich englischsprachige, für die Suche in GeroLit sowohl englische als auch deutsche Begriffe verwendet. In CINAHL wurde die Suche mit den ersten beiden Blöcken durchgeführt, da die Verwendung des dritten Blocks die Suche zu stark einschränkt. Als letzten Schritt wurde in allen drei Datenbanken ein Filter für deutschsprachige Literatur bzw. Autoren verwendet.

Zusätzlich zur systematischen Recherche wurde eine Handsuche in einschlägigen Zeit-

Operationalisierung Pflege(-wissenschaft)
nurs*, caring
Operationalisierung Gerontologie
gerontology, gerontological, aging, elderly
Operationalisierung kritischer Ansätze
Allgemein Critical, critique
The political economy of aging social inequality, medicalization, medicalisation, structural problem*, structural issue*, societal, gender, ethnicity, economy, economisation, economization, social construction
Alter als Stigma stigma*, discriminat*, stereotyp*
Ageism generational conflict*, intergenerational conflict*, generation gap, racis*, bigotry, separat*, scapegoat*, disgust, abhorrence, hostility, ageism, exclu*, suppress*
Humanistic Gerontology theor* aging, theory gap, self-criticism, multidimensional, hermeneutic*, meaning age, Dialectic, empowerment, autonomy, self-realisation, self-realization, marginali*, participat*, conscious aging, emancipat*
Narrative Gerontology life stor*, narrative, construct* age
Feministische und intersektionale Ansätze age relation, women* stud*, loss power, cultural devaluation, medical undersupply, Medical underuse, carework, sexuality
Foucauldian Gerontology foucault, foucaultian, social policy, resourc*, risk discourse, social integration
Kulturwissenschaftliche Perspektive cultural, age class*, social justice, age ideology, age war, age fiction*
Verbindung der Suchblöcke Die Begriffe wurden innerhalb der einzelnen Operationalisierungen mit OR verbunden. Anschließend wurden die Blöcke „Operationalisierung Pflege(-wissenschaft)“, „Operationalisierung Gerontologie“ und „Operationalisierung kritische Ansätze“ mit AND verbunden. Abschließend wurde die Filterfunktion für deutschsprachige Publikationen verwendet. Die Suche wurde am 29. 03. 2022 durchgeführt.

Tab. 1 Suchstrategie in Medline

schriften, darunter die „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie", „Pflege" und „Gero-Psych" realisiert. Ebenso fand eine Sichtung der Publikationslisten einschlägiger Autor/innen der KG statt, welche im Rahmen der systematischen Suche identifiziert werden konnten. Das Schneeballsystem begleitete die gesamte Recherchephase.

Das Titel- und Abstract-Screening, unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien wurde von zwei Reviewern verblindet[3] durchgeführt. Konflikte wurden nach Aufhebung der Verblindung diskutiert und eine finale Entscheidung herbeigeführt. Die im Screening identifizierten Publikationen wurden im gesamten Forschungsteam, mit einschlägiger Expertise im Bereich der KG und der Pflegewissenschaft, hinsichtlich der definierten Einschlusskriterien nochmals diskutiert. Auf dieser Grundlage und weiterer Recherchen zu den Autoren, besonders im Hinblick auf deren akademischen Fachbereich, Publikationsschwerpunkt und Mitarbeit in einschlägigen Fachausschüssen, wurde abschließend eine begründete Entscheidung über den Ein- bzw. Ausschluss der jeweiligen Publikation getroffen. Leitend bei diesem Prozess war die Forschungsfrage, welche darauf ausgerichtet ist, alle Publikationen zu identifizieren, die sich in der Schnittmenge der KG und DPW befinden. Nach dem Auswahlprozess wurden neben Metainformationen der eingeschlossenen Literatur (Autor, Jahr, Titel, Publikationsart, methodischer Zugang und Fachbereich) die wesentlichsten Inhalte der jeweiligen Publikationen extrahiert. Jedem eingeschlossenen Beitrag wurde ein KG-Ansatz zugeteilt, basierend auf den Experteneinschätzungen unter Berücksichtigung des Publikationsschwerpunktes und der einschlägigen Mitarbeit in Fachausschüssen von den Autoren. Ebenfalls wurden die jeweiligen Referenzlisten eingeschlossener Publikationen in Hinblick auf Schlüsselbeiträge der KG durchgesehen, um die Zuteilung des KG-Ansatzes weiter zu fundieren. Weil das Ziel die Erstellung einer theoretischen Landkarte an der Schnittstelle der deutschsprachigen PW und der KG war, wurden die extrahierten Daten tabellarisch dargestellt (siehe Tab. 1).

In nachfolgender Abbildung 1 (S. 292) ist der Auswahlprozess in Form eines Flow-Charts ersichtlich.

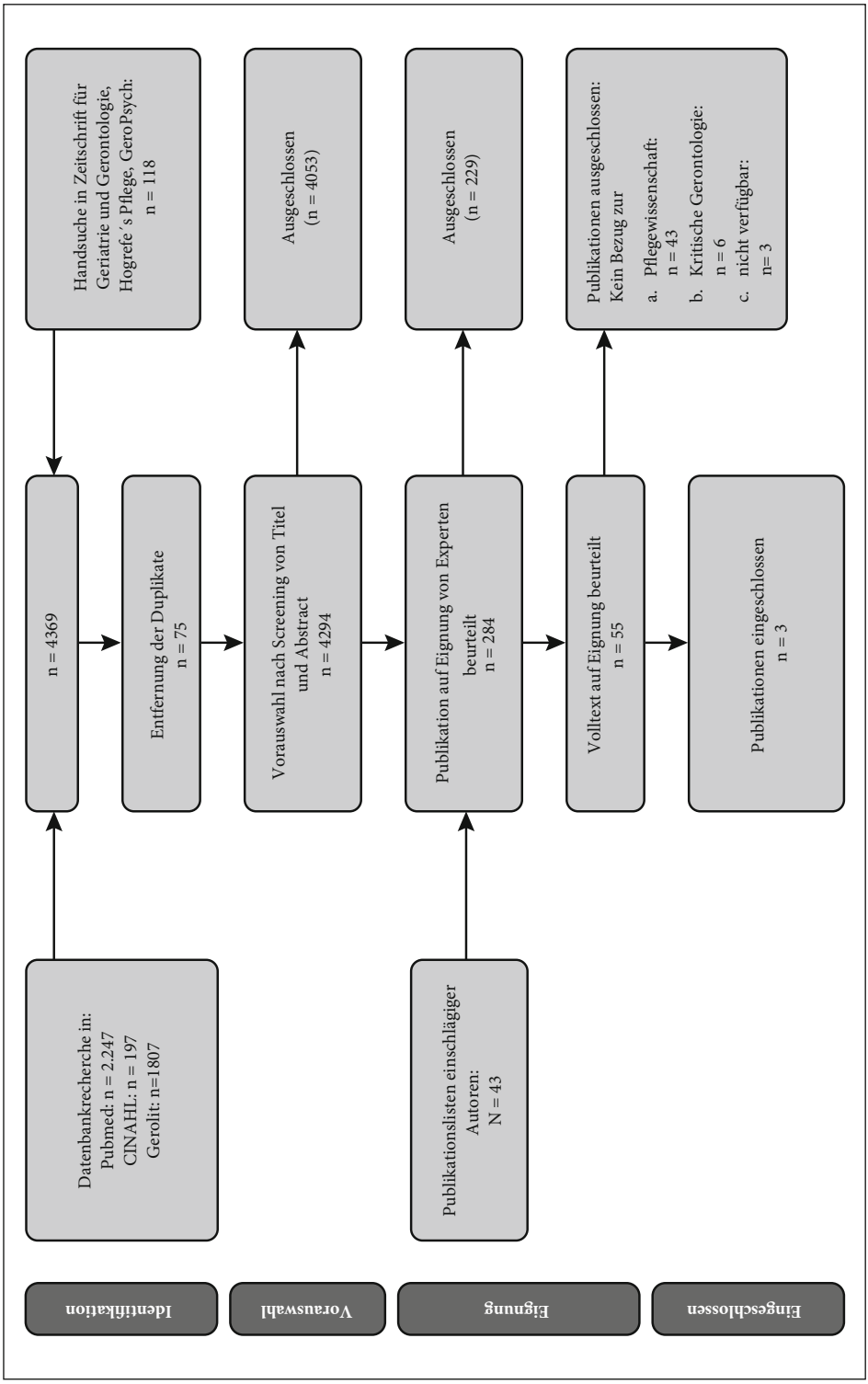
Zentrale Ergebnisse

Von insgesamt 4369 Treffern aus der Datenbankbankrecherche und der Handsuche wurden nach Entfernung der Duplikate (n = 75) und nach dem Titel- und Abstract-Screening 284 Publikation von Experten auf Eignung geprüft. Nach der ersten Diskussionsrunde wurden 229 ausgeschlossen und 55 Beiträge im Volltext gelesen und diskutiert. Am Schluss konnten drei zentrale Beiträge eingeschlossen werden. Tabelle 2 gibt nähere Auskunft über diese Publikationen.

Alle eingeschlossenen Beiträge lassen sich (überwiegend) dem Ansatz der Foucauldian Gerontology zuordnen, welcher – wie der Name schon verrät – auf die Sozialphilosophie von Foucault aufbaut, in der die Konstruktion des Alters anhand von Diskursen und

3 Es handelt sich um Jacob Loeckle und Peter Sikl.

Abb. 1 Flow-Chart



Praktiken verschiedener Disziplinen erklärt wird. Die Diskurse dienen dazu, ältere Menschen zu regulieren und zu kontrollieren sowie entsprechende Narrative zu rechtfertigen (Schroeter/Rüßler 2021).

Der Hauptbefund des vorliegenden Scoping Reviews ist, dass eine Schnittstelle zwischen KG und DPW nur rudimentär existiert. Bis auf wenige Ausnahmen sind, angesichts der vorliegenden Daten, die Diskursstränge der KG und der DPW nicht miteinander verbunden.

Darüber hinaus konnten jedoch Arbeiten identifiziert werden, die zwar sowohl inhaltlich pflegerische Themen zum Gegenstand haben und gleichzeitig Überlappungen zum Gedankengut der KG aufweisen. Sie sind theoretisch und methodisch allerdings in den Strukturen ihrer Heimatdisziplin verortet z. B. Soziologie, Soziale Arbeit, Kulturwissenschaft, etc. Vorliegende Daten zeigen also eine höhere Präsenz von kritischen Beiträgen aus anderen Wissenschaftsdisziplinen über pflegerische Themen als aus der Pflegewissenschaft selbst. Dieser Nebenbefund ist ein weiterer Hinweis dafür, dass zwar kritische Pflegediskurse in der Wissenschaftslandschaft geführt werden, allerdings überwiegend von anderen Fachdisziplinen. Exemplarisch soll auf einige Arbeiten eingegangen werden, um inhaltliche Impulse für die DPW zu bieten.

Von Seiten der Soziologie beschäftigte sich zum Beispiel Haubner (Haubner 2017), orientiert an marxistisch-feministischen Ansätzen, mit den Grauzonen der Sorgearbeit im häuslichen Setting. Angesichts der prekären Lage der „Live Ins" in Deutschland wird mit dem Begriff „Ausbeutung" operiert. Dieser spielt auf die rechtliche, soziale und finanzielle Grauzone an, die mit vielen Arbeitsverhältnissen in diesem Bereich verbunden ist. Ebenfalls muss hier die Arbeit von Newerla (2012) genannt werden, die – stark an der „Kunst der Menschenführung" von Foucault orientiert – die Regulierungsregime im Hinblick auf Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege untersucht hat. Anschlussfähig an diesen Diskurs ist auch Schulz-Nieswandt (2021a), der vor dem Hintergrund der (frühen) Kritischen Theorie für eine Neuaufstellung der Pflegelandschaften votieren. Migala/Flick (2020) arbeiten aus erziehungswissenschaftlicher und psychologischer Sicht mithilfe einer Diskursanalyse und Experteninterviews im Setting des Hospiz- und Palliativwesens heraus, dass eine diversitätssensible Gestaltung von Versorgungsangeboten im politischen Diskurs, sowie in der Praxis nicht abgebildet wird. Aus kulturanthropologischer und geschlechtstheoretischer Perspektive leisten Binder et al. (2019) einen Beitrag zum Feld der Care- und Fürsorgearbeit, welches als machtpolitisches und ambivalentes Feld diskutiert wird. Heusinger und Dummert (2016) untersuchten mittels qualitativer Interviews aus Sicht der Sozialen Arbeit ungleichheitsrelevante sowie geschlechterspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohner/innen. Auch Gröning (2014) könnte mit ihrem Klassiker „Entweihung und Scham" in diese Tradition eingeordnet werden.

Festzustellen ist also, dass es durchaus kritische Debatten mit Verbindungen zur KG in Deutschland gibt – allerdings eben nicht explizit im Feld der DPW und somit nicht mit dem speziellen „nursing view". Das bedeutet aber nicht, dass kritikorientierte Pionierarbeiten aus der DPW übersehen werden sollten. Genannt werden können hier, wieder nur exemplarisch, die Arbeiten von Behrens (2019), Brandenburg und Güther (2015), Friesacher (2004, 2008), Remmers/Kohlen (2010) Hülsken-Giesler et al. in dem Sammelband

KG-Ansatz	Autor (Jahr): Titel der Publikation	Publikationsart, methodischer Zugang, Fachdisziplin	Inhaltlicher Fokus, Datenkorpus und Befunde
Foucauldian Gerontology	Schroeter (2005): Pflege als Dispositiv. Zur Ambivalenz von Macht, Hilfe und Kontrolle im Pflegediskurs. In: Schroeter (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Weinheim: Juventa, 385–404*	• Beitrag in Sammelband, theoretische Arbeit • Soziologie	Obwohl Schroeter nicht originär der Pflegewissenschaft zuzuordnen ist, beteiligt sich der Autor aktiv an der pflegewissenschaftlichen Theoriedebatte (Schroeter 2019). Auch im Hinblick auf die konkrete Pflegepraxis in den Heimen hat der Autor wesentliche Beiträge geliefert, u. a. mit der Arbeit zu „Pflege als Dispositiv" die Ambivalenz von Macht, Hilfe und Kontrolle im Pflegediskurs adressiert und an die theoretische Tradition der Foucauldian Gerontology angeknüpft.
	Panke-Kochinke et al. (2015): Ein wissenschaftlicher Diskurs über Demenz – Erste Ergebnisse der exemplarischen Anwendung eines integrativen Analyseansatzes. In: Pflege, 28 (4): 219–232	• Studie, Diskursanalyse • Soziologie, Pflegewissenschaft	Panke-Kochinke et al. (2015) führten eine integrative Diskursanalyse von wissenschaftlichen Beiträgen zum Metathema „Demenz" aus den Disziplinen der Pflegewissenschaft und der Gesundheitswissenschaft durch. Die Ergebnisse zeigen, dass das Hauptaugenmerk des Diskurses auf die Belastung pflegender Angehöriger gerichtet ist (und auf medizinisch-psychologische Interventionen). Die Strukturen der Unterstützungsangebote sind entsprechend ausgerichtet. Die Perspektive der eigentlich Betroffenen, d. h. der Menschen mit Demenz (und deren Partizipation), wird im Diskurs nicht abgebildet. Die Berücksichtigung dieser Perspektive findet sich allerdings in eigenen Arbeiten der Autorin wieder (vgl. hierzu Panke-Kochinke 2013).
	Schnabel (2018): Macht und Subjektivierung. Eine Diskursanalyse am Beispiel der Demenzdebatte. Vallendarer Schriften der Pflegewissenschaft. Wiesbaden: Springer	• Dissertation (Monographie), Diskursanalyse • Pflegewissenschaft, Soziale Arbeit	Schnabel (2018) näherte sich dem Thema der Demenz mithilfe einer hegemonietheoretischen Diskursanalyse. Den Datenkorpus bildeten Texte aus verschiedenen Disziplinen (Biowissenschaften, Sozialwissenschaften, Theologie, etc.), sowie Zeitungsartikel und Kongressbeiträge. Drei zentrale Diskurse wurden identifiziert und implizite normative Grundannahmen freigelegt. Die natürliche Ordnung und die Schicksalshaftigkeit von Demenz werden im „anthropologischen" Diskurs rekonstruiert. Der „gesellschaftspolitische" Diskurs spiegelt Inklusionsgedanken wider. Im „naturwissenschaftlichen" Diskurs liegt der Fokus auf Funktionserhalt und auf einer Grenzziehung zwischen „krank" und „gesund" im diagnostischen Sinn. Das Wissen der Experten, Forschungsförderung und der Ausbau der medizinischen Infrastruktur steht im Vordergrund. Menschen mit Demenz bleiben als Merkmalsträger „blass und passiv" (vgl. auch Schnabel 2021).

* Vgl. zur selben Thematik auch Schroeter 2004

Tab. 2 Eingeschlossene Publikation an der Schnittstelle der KG und der DPW

„Critical approches in nursing theory and nursing research" von Foth et al. (2017). Des Weiteren konnten Beiträge identifiziert werden, welche sich der Kritischen Theorie, der Systemtheorie Luhmannscher Prägung oder der Ethnologie zugeordnet werden können, z. B. Greb (2006), Twenhöfel (2007) und Koch-Straube (1997). Allerdings – und das war unser Anliegen – lassen sich keine expliziten Verbindungen zwischen der KG und der DPW herausarbeiten.

Limitation und Diskussion

Zunächst soll auf die Limitation aufmerksam gemacht werden, denn eine Operationalisierung von Aspekten der KG ist niemals mit Schlüsselbegriffen vollständig zu erfassen. Die bei Aner/Schroeter (2021) identifizierten Zugänge und Begrifflichkeiten stellen lediglich einen direkten oder indirekten Bezug zu einzelnen Konzepten her, die eine grundlegende Kritikperspektive anstoßen. Dabei geht es um – aus dieser theoretischen Perspektive – als notwendig angesehene Veränderungen, die mit einem Wandel der Pflege und des Pflegesystems verbunden sind. Auch wenn diese (Such-)Begriffe ebenso in anderen Kontexten Verwendung finden, besteht eine gute Chance gerade jene Publikationen zu identifizieren, welche sich diese Konzepte zunutze machen, um die erwähnte kritische Diskussion zu führen. Gleichzeitig kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch die hier durchgeführte Recherche- und Auswahlstrategie relevante Publikationen übersehen wurden, welche sich im Bereich einer reinen Theoriekritik, bzw. Theorie-Dekonstruktion bewegen und ihren Bezugsrahmen einer KG nicht explizit kenntlich gemacht haben.

Die Antwort auf die Forschungsfrage, nämlich ob Schnittstellen im wissenschaftlichen Diskurs zwischen der KG und der DPW vorzufinden sind, kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse mit rudimentär beantwortet werden. Wie ist dieser Befund zu erklären? Die Gründe können vielfältig interpretiert und diskutiert werden.

Eine erste Ursache kann zum Beispiel darin liegen, dass die durchgeführte Recherche gewisse Limitationen aufweist. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Zeitschriften oder Publikationen übersehen wurden, welche einen Beitrag zu den (Neben)Ergebnissen hätten leisten können. Des Weiteren wird nicht angezweifelt, dass bei den Expertendiskussionen über die Auswahl der Literatur eine andere Expertengruppe abweichende Entscheidungen getroffen hätte.

Eine zweite Ursache kann auch darin gesehen werden, dass die Pflegewissenschaft überwiegend an Fachhochschulen etabliert wurde und schlichtweg zu wenig Zeit, Energie und Ressourcen für einen elaborierten Theoriediskurs gegeben sind. Moers et al. (2011: 349) haben das bereits vor mehr als zehn Jahren treffend formuliert und die Frage aufgeworfen, ob die Pflegewissenschaft „too busy to think" ist.

Ein dritter Grund mag darin liegen, dass vor allem in den letzten Jahren der deutsche Pflegediskurs immer weiter auf klinische Fragen enggeführt wurde und hier vor allem evidenzbasierte Interventionen im Vordergrund stehen. Strukturelle und (sozial-)politische Frage- und Problemstellungen werden weitgehend aus dem DPW-Diskurs ausgeblendet, Ausnahmen bilden z. B. Bartholomeyczik (2021), Kersting (2020) sowie Höhmann (2022).

Damit bestimmen andere Fachgebiete den Diskurs rund um sozialpolitische Problemstellungen. Durch den fehlenden kritischen Beitrag aus der Pflegewissenschaft und immer neuen „anwendungsorientierten" Projekten besteht die Gefahr, dass das Narrativ einer sich sukzessiv verändernden Praxis bedient wird.

Berücksichtigt werden muss allerdings, dass es immerhin gelungen ist, Änderungen im SGB XI (vor allem im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen sowie des Pflegebedürftigkeitsbegriffs) durchzusetzen. Aber grundlegende Fragen etwa dahingehend, warum eigentlich (vor allem in der Altenpflege) überwiegend Stagnation und wenig nachhaltige Innovationen erkennbar sind, werden viel zu wenig in der pflegewissenschaftlichen Forschung aufgeworfen.

Ein letzter Grund mag darin liegen, dass die Pflegewissenschaft nach wie vor weder eine eigene kognitive Identität noch eine Forschungssystematik hat ausbilden können (Schroeter 2019). Stattdessen bewegt sich die DPW immer wieder in „closed circles" und ist damit auch nicht anschlussfähig an Theoriedebatten in den Sozial- und Kulturwissenschaften insgesamt. Die Konsequenz aus dieser Befundlage kann nur sein, dass ein Theoriediskurs in der deutschen Pflegewissenschaft offensiv angestoßen werden muss und dabei eine deutlich stärker gesellschaftskritische Perspektive eingenommen wird. Insgesamt sollte nicht nur beachtet werden, dass die KG fruchtbare Anstöße für die DPW geben kann, sondern auch – umgekehrt – die DPW die Aufgabe hat, ihre eigenen kritischen Ansätze zu finden, zu diskutieren und in der Öffentlichkeit zu präsentieren. Ansätze in diese Richtung sind erkennbar, denn die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) hat immer wieder Anstöße für eine Debatte geliefert. Und aktuell stößt die Gründung einer AG „Theorieentwicklung in der DGP" auf „großes Interesse" (Büker 2022). Es wird sich zeigen, ob diese Initiativen einen Unterschied machen.

Fazit für die Praxis

Der Spruch „Nichts ist so gut für eine Praxis wie eine gute Theorie" ist deswegen nicht falsch, weil er immer wieder erwähnt wird. Denn um echte (und nicht inszenierte) Verbesserungen in den Praxisfeldern nachhaltig umsetzen zu können, ist eine theoretische Reflexion der Ursachen vor Ort notwendig. Einen Vorschlag, wie dies gelingen kann, bietet die Arbeit von Schulz-Nieswandt (2021b), in welcher dieser sich mit der Frage: „Wann ist eine soziale Innovation innovativ?", beschäftigt. Hier wird vorgeschlagen vermeintliche soziale Innovation anhand eines Index der „Non-Exklusion" zu prüfen. Das wäre die erste Ebene für die Praxis, nämlich die Reflexion und das kritische Denken, warum die Dinge so sind, wie sie sind.

Die zweite Ebene betrifft den Theorie-Praxis-Transfer, d. h. die Frage der Umsetzung von wissenschaftlichen Befunden aus der Pflegewissenschaft, welche die Praxis voranbringen. Die nachhaltige Umsetzung scheitert aber oft, hier können Abschlüsse an Diskurse der KG hilfreich sein. Etwa dahingehend genauer zu prüfen, warum Veränderungen so schwierig sind. Das kann z. B. an strukturellen Ursachen liegen (etwa bezogen auf eine zunehmende Ökonomisierung der (Langzeit-)Pflege, die zu Qualitätsproblemen führt). Das

muss aber auch im Hinblick auf die Personalfrage diskutiert werden. Hier stellt sich aber die Frage, wie ein immer weiter fortgeschrittenes downgrading von Qualifikationsprofilen zu erklären ist, denn weiterführende Ansätze eines Qualifikationsmixes (auch unter Einsatz von akademisierten Pflegekräften) sind in Deutschlands bislang rudimentär. Und schließlich sind konzeptionelle Fragen anzusprechen. Denn ein weitgehendes Fehlen von Theoriensätzen in der pflegerischen Arbeit ist nach wie vor evident. Die Notwendigkeit ist also da, über den klinischen Tellerrand hinauszublicken und an die emanzipatorische Tradition von Akademisierung und Professionalisierung in der Pflege anzuknüpfen.

Ein dritter Aspekt bezieht sich auf den Befund, dass manche Einrichtungen erfolgreich arbeiten – und viele eben nicht. Schon in den 1980er Jahren hatte man in den USA Krankenhäuser beobachten können, die für Personal hochgradig attraktiv waren. Bei diesen „magnet hospitals" wurde festgestellt, dass das Management die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigte, die Arbeitsbedingungen mitarbeiterorientiert ausgerichtet werden, Partizipation und Mitwirkung der Betroffenen einen ganz anderen Stellenwert hatten als im Mainstream (vgl. für eine aktuelle Übersicht: Rodríguez-García et al. 2020). Die Kritik an Strukturen und Verhältnissen ist die eine Seite. Aber ein auf Interessen von Mitarbeitern, Patienten und Bewohnern ausgerichtetes Management ist die andere Seite, die einen Unterschied machen kann. Auch dieser Hinweis kann durch Bezüge zur KG untermauert werden.

Literatur

Aner, K. (2021): Zur Kritischen Gerontologie im Kontext Sozialer (Alten-)Arbeit. In: Aner K./Schroeter K. R. (Hrsg.): Kritische Gerontologie. Eine Einführung. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 131–140

Aner K./Schroeter K. R. (Hrsg.) (2021): Kritische Gerontologie. Eine Einführung. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

Arksey, H./O'Malley, L. (2005): Scoping studies: towards a methodological framework. In: International Journal of Social Research Methodology 8, 19–32.

Baars, J. (1991): The challenge of critical gerontology: The problem of social constitution. In: Journal of Aging Studies 5, 219–243

Bartholomeyczik, S. (2021): Pflegetheorie: Bedeutung für Praxis und Gesundheitspolitik. In: Pundt J./Rosentreter H. (Hrsg.): Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet. Aktuelle Tendenzen. Bremen: Apollon University Press, 31–55

Behrens, J. (2019): Theorie der Pflege und der Therapie. Grundlagen für Pflege- und Therapieberufe. 1. Auflage. Bern: Hogrefe

Binder, B./Bischoff, C./Endter, C./Hess, S./Kienitz, S./Bergmann, S. (2019): Care: Praktiken und Politiken der Fürsorge: ethnographische und geschlechtertheoretische Perspektiven. Unter Mitarbeit von Binder B./Bischoff C./Endter C./Hess S./Kienitz S./Bergmann S. Opladen: Verlag Barbara Budrich

Brandenburg, H. (2019): Einige Bemerkungen zur Theoriediskussion in der Pflegewissenschaft. In: Pflege & Gesellschaft 24, 43–54

Brandenburg, H./Dorschner, S. (2021): Pflegewissenschaft – Eine Einführung. Pflegewissenschaft – Vier Definitionen und ein eigener Vorschlag. In: Brandenburg H./Dorschner S. (Hrsg.): Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. Bern: Hogrefe, 44–48

Brandenburg, H./Güther, H. (Hrsg.) (2015): Lehrbuch Gerontologische Pflege. 1. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag

Büker, C. (2022): Gründung einer AG Theorieentwicklung in der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP). In: Pflege & Gesellschaft 27, 287

Calasanti, T. M./Slevin, K. F./King, N. (2006): Ageism and Feminism: From „Et Cetera“ to Center. In: NWSA Journal 18, 13–30

Eppel-Meichlinger, J./Wallner, M./Mayer, H. (2021): Theoriedebatte – wo stehen wir aktuell? Ein Blick in die deutschsprachige Landschaft der Theoriediskussion und -entwicklung. https://pflegewissenschaft.univie.ac.at/forschung/download/ [Stand 09. 11. 2022]

Estes, C. L./Linkins, K. W./Binney, A. (1996): The Political Economy of Aging. In: Robert H. Binstock und James E. Birren (Hrsg.): The handbooks of aging and the social Sciences. Consisting of three volumes; critical comprehensive reviews of research knowledge, theories, concepts, and issues. San Diego, Calif.: Acad. Press

Foth, T./Holmes, D./Hülsken-Giesler, M./Kreutzer, S./Remmers, H. (Hrsg.) (2017): Critical approaches in nursing theory and nursing research. Implications for nursing practice. Göttingen: V & R unipress, Universitätsverlag Osnabrück

Friesacher, H. (2004). Foucaults Konzept der Gouvernementalität als Analyseinstrument für die Pflegewissenschaft. Pflege 17, 364–374

Friesacher, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Göttingen: V & R Unipress

Greb, U. (2006): „Helfen“ im Diskurs der Negativen Dialektik – eine Chiffre für pflegerisches Handeln-Pflege & Gesellschaft 11, 12–16

Gröning, K. (2014): Entweihung und Scham: Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Gubrium, J. F. (2001): Narrative, Experience and Aging. In: Kenyon G./Clark P./de Vries B. (Hrsg.): Narrative gerontology. Theory, research, and practice. New York, NY: Springer, 19–30

Haubner, T. (2017): Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft: Laienpflege in Deutschland. Campus Verlag, Frankfurt

Heusinger, J./Dummert, S. (2016): „Gender-specific needs of nursing home residents“: Focus on personal hygiene. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 49, 685–691

Höhmann, U. (2022): Qualitäts- und Personalentwicklung: Synergien und Ambivalenzen. In: Schilder M./Boggatz T./Brandenburg H. (Hrsg.): Praxisentwicklung und Akademisierung in der Pflege. Perspektiven für Forschung und Praxis. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 71–84

Jaeggi, R. (2013): Was ist Ideologiekritik? In: Jaeggi R./Wesche T. (Hrsg.): Was ist Kritik? Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft/1885), 266–298

Kersting, K. (2020): Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Koch-Straube, U. (1997). Fremde Welt Pflegeheim. Berichte aus einer ethnologischen Studie. Pflege & Gesellschaft 2, 7–10

Migala, S./Flick, U. (2020): Altern und Sterben in Diversität – Implikationen einer intersektionalen Perspektive für die Analyse pflegepolitischer Diskurse. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 53, 222–227

Moers, M./Schaeffer, D./Schnepp, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege 24, 349–360

Moody, H. R. (1988): Toward a Critical Gerontology. The Contribution of the Humanities to Theories of Aging. In: Birren J./Bengtson V. L. (Hrsg.): Emergent theories of aging. New York: Springer, 19–40

Newerla, A. (2012): Verwirrte pflegen, verwirrte Pflege?: Handlungsprobleme und Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz – eine ethnographische Studie. Über das Regieren der Demenz. Berlin: Lit Verlag

Nicoll, L. H. (1986): Perspectives on nursing theory. Boston: Little, Brown and Company.

Panke-Kochinke, B. (2013): Eine Analyse der individuellen Wahrnehmungs- und Bewältigungsstrategien von Menschen mit Demenz im Frühstadium ihrer Erkrankung unter Beachtung der Funktion und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen auf der Grundlage von Selbstäußerungen. In: Pflege 26, 387–400

Peters, M. D. J./Godfrey, C. M./Khalil, H./McInerney, P./Parker, D./Soares, C. B. (2015): Guidance for conducting systematic scoping reviews. In: International journal of evidence-based healthcare 13, 141–146

Reed, P. G. (Hrsg.) (2012): Perspectives on nursing theory. 6. Aufl. Philadelphia, Pa., London: Lippincott Williams & Wilkins

Remmers, H./Kohlen, H. (2010): Bioethics, care and gender. Herausforderungen für Medizin, Pflege und Politik. Göttingen, Osnabrück: V & R Unipress; Universitätsverlag Osnabrück
Rodríguez-García, C./Márquez-Hernández, V./Belmonte-García, T./Gutiérrez-Puertas, L./Granados-Gámez, G. (2020). Original Research: How Magnet Hospital Status Affects Nurses, Patients, and Organizations: A Systematic Review. American Journal of Nursing 120, 28–38
Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.) (2014): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. Weinheim, Basel: Beltz Juventa
Schnabel, M. (2018): Macht und Subjektivierung. Eine Diskursanalyse am Beispiel der Demenzdebatte. 1. Auflage 2018. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
Schnabel, M. (2021): Macht und Subjektivierung im Demenzdiskurs. Eine hegemonietheoretische Diskursanalyse. In: Pflege & Gesellschaft 26, 48–77
Schroeter, K. R./Rüßler, H. (2021): Foucauldian Gerontology. In: Aner K./Schroeter K. R. (Hrsg.): Kritische Gerontologie. Eine Einführung. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 102–112
Schroeter, K. R. (2004): Der pflegerische Blick: „The Nursing Gaze – Big Sister is Watching You". In: Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften, 139–166
Schroeter, K. R. (Hrsg.) (2005): Soziologie der Pflege. Weinheim: Juventa
Schroeter, K. R. (2006): Das soziale Feld der Pflege: eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim: Juventa
Schroeter, K. R. (2019): Die Pflege und ihre Wissenschaft(en) – im Spagat zwischen Professionalisierung und disziplinenübergreifender Wissenschaftspraxis. In: Pflege & Gesellschaft 24, 18–31
Schroeter, K. R. (2021): Zur historischen Entwicklung der Kritischen Gerontologie. In: Aner K./Schroeter K. R. (Hrsg.): Kritische Gerontologie. Eine Einführung. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 13–26
Schulz-Nieswandt, F. (2021a): Kommunale Pflegepolitik: eine Vision. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
Schulz-Nieswandt, F. (2021b): Wann ist eine soziale Innovation innovativ. Der erkenntnistheoretische Status eines „Index der Non-Exklusion" als Fluchtpunkt gesellschaftspolitischer Orientierung. https://sozialpolitik.uni-koeln.de/sites/sozialpolitik/user_upload/Wann-ist-eine-soziale-Innovation-innovativ.pdf [Stand 03. 03. 2023]
Simon, M. (2015): Dazu gibt es nichts!? Die Kunst der Literatrurecherche. In: Eva-Maria Panfil (Hrsg.): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. Bern: Huber, 161–187
Twenhöfel, R. (2007). Die Altenpflege im Zugriff der Disziplinen. Paradoxien und Perspektiven. Pflege & Gesellschaft 12, 210–226

Interessenskonflikt Es bestehen keine Interessenskonflikte der Autoren.

Jacob Loeckle, M. Sc.
Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin,
assoziiert am Lehrstuhl für Soziologie, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58455 Witten,
jacob.loeckle@uni-wh.de
Bezirkskliniken Schwaben (KU), Geschwister-Schönert-Str. 4, 86156 Augsburg

Peter Sikl, M. Sc.
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien, Johannes-von-Gott Platz 1, 1020 Wien
peter.sikl@aon.at

Prof. Dr. Hermann Brandenburg
(1) Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin,
assoziiert am Lehrstuhl für Soziologie, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58455 Witten,
hermann.brandenburg@uni-wh.de

Jannik Hoferichter

„Das Ganzheitliche ist das Unwahre“: Zur theoretisch-normativen Begründung der Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege

Zusammenfassung Trotz der Relevanz der Sexualität für das menschliche Wohlbefinden sowie ihren Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen wird weitestgehend auf ihre Thematisierung in der psychiatrischen Pflege verzichtet. Dieser Beitrag zeigt auf, dass bisherige theoretisch-normative Begründungen der Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege entlang des Ideals einer ganzheitlichen Pflege das Potential besitzen, die gegenwärtigen sexualitätsbezogenen Defizite fortzuführen, anstatt sie zu überwinden. Mit der Theorie der interpersonalen Beziehungen in der Pflege wird eine Alternative vorgeschlagen, um die Thematisierung der Sexualität theoretisch-normativ zu begründen, und es werden Bedingungen abgeleitet, die es im Sinne dieser Theorie zu erfüllen gilt, um die Thematisierung der Sexualität zielführend auszuüben. Der Beitrag schließt mit einer Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse, der Skizzierung identifizierter Desiderata sowie dem Appell für eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Sexualität im Kontext der psychiatrischen Pflege.

Schlüsselwörter ganzheitliche Pflege, psychiatrische Pflege, Sexualität, Pflegetheorie, interpersonale Beziehungen in der Pflege

„The holistic is the untrue“: On the theoretical-normative rationale for addressing sexuality in psychiatric nursing

Abstract Despite the relevance of sexuality for the human well-being as well as its connection to psychopathological symptoms, the thematization of sexuality is largely omitted in psychiatric nursing. This paper demonstrates that previous theoretical-normative rationales for addressing sexuality in psychiatric nursing along the ideal of holistic nursing have the potential to perpetuate, rather than overcome, current sexuality-related deficits. The theory of interpersonal relations in nursing is proposed as an alternative theoretical-normative rationale for addressing sexuality, and conditions are derived that need to be met in terms of this theory in order to address sexuality in a purposeful manner. The article concludes with a summary of the central results, an outline of identified desiderata, and an appeal for a more in-depth examination of sexuality in the context of psychiatric nursing.

Keywords holistic nursing, psychiatric nursing, sexuality, nursing theory, interpersonal relations in nursing

Eingereicht 21. 10. 2022
Akzeptiert 03. 06. 2023

1 Einleitung

Sexualität ist nahezu allgegenwärtiger Bestandteil des menschlichen Lebens. So wird die Sexualität einerseits als menschliches Grundbedürfnis verstanden (z. B. Abderhalden 2011: 959), andererseits im interdisziplinär-wissenschaftlichen Diskurs als komplexes, vor allem sozio-kulturell vermitteltes Konstrukt aufgefasst, das sich durch eine Vielzahl inter- sowie intrapersonaler Phänomene auszudrücken vermag und nicht auf die heterosexuelle Fortpflanzung oder das ‚biologische Geschlecht‘ reduziert werden kann (z. B. Hinz 2021: 19 ff., Sielert 2015: 40 ff., Sigusch 2015: 19 ff., WHO 2006: 5, Wrede 2000: 39 f.). Darüber hinaus steht sie in Form der sexuellen Gesundheit in enger Wechselwirkung mit der physischen sowie mentalen Gesundheit und ist ebenso konstitutiv für die Herstellung menschlichen Wohlbefindens (Anderson 2013, auch Diamond/Huebner 2012, WHO 2006: 5).[1] Dementsprechend erscheint es folgerichtig, dass beruflich Pflegenden die Aufgabe zuteilwerden muss, sich mit dieser Dimension der zu Pflegenden auseinanderzusetzen und sexualitätsbezogene Probleme als pflegerelevant aufzufassen (Higgins et al. 2006: 349 f.). Dies scheint vor allem im Kontext der psychiatrischen Pflege notwendig, weisen bisherige Forschungsergebnisse darauf hin, dass mit psychischen Störungen verbundene Krankheitserfahrungen mit der Sexualität der Betroffenen verknüpft sind und ebenso verschiedene psychische Störungen mit sexualitätsbezogenen Problemlagen sowie vergangenen sexuellen Missbrauchserfahrungen assoziiert werden (Cloutier et al. 2021, Hailes et al. 2019, Hortal-Mas et al. 2022, Kopeykina et al. 2016, McCann et al. 2019, Östman 2014, Vanwesenbeeck et al. 2014, White et al. 2021). Allerdings zeichnet sich ebenfalls das Problem ab, dass psychiatrisch Pflegende weitestgehend darauf verzichten, die Sexualität der Hilfeempfänger_innen in der psychiatrischen Pflege zu thematisieren (z. B. Dorsay/Forchuk 1994, Hendry et al. 2018, Higgins et al. 2008, McCann 2010, McCann et al. 2019, Quinn et al. 2018),[2] und sich diesem Thema erst widmen, wenn die Hilfeempfänger_innen die Sexualität eigenständig zum Gesprächsgegenstand machen (Higgins et al. 2008, Quinn et al. 2011, Urry et al. 2019).

Um das gegenwärtige Defizit hinsichtlich der Thematisierung der Sexualität hervorzuheben und/oder für den Einbezug der Sexualität durch (psychiatrisch) Pflegende zu argumentieren, bedienen sich Autor_innen wiederkehrend einer theoretisch-normativen Begründung entlang der ‚ganzheitlichen Pflege‘ (z. B. Hendry et al. 2018, Higgins et al. 2006, McCann 2000, Quinn/Browne 2009, Quinn et al. 2011). Dies scheint zunächst sinnvoll, bieten sich schließlich „normative Konzepte und Theorien […] als Orientierungshilfen an, wenn es darum geht, sowohl die Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten zu rechtfertigen als auch die Frage der Zuständigkeit für Patientenprobleme zu klären“ (Stemmer 2001: 130 f.). Allerdings wird dies dann zum Problem, wenn die hinzugezogenen Theorien und Konzepte Implikationen beinhalten, die das Potential besitzen,

1 Auf eine nähere begriffliche Bestimmung der Sexualität (und des Sexuellen) muss an dieser Stelle verzichtet werden, jedoch sei darauf hinzuweisen, dass ein solches Unterfangen vor dem „Problem“ zu stehen scheint, dass sie sich stets dem begrifflichen Zugang entzieht (Sigusch 2015: 191 f., auch 19 ff., 205 ff.).

2 Es anzumerken, dass sich diese Problematik gleichermaßen in weiteren pflegerischen Kontexten identifizieren lässt (Åling et al. 2021).

sich gegen die eigentliche Intention der Argumentation zu richten. In diesem Sinne ist es das Ziel dieses literaturbasierten Beitrages, anhand der bisherigen (kritisch-)theoretischen Auseinandersetzungen mit dem pflegerischen Ganzheitlichkeitsbegriff und empirischen Daten über die Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege aufzuzeigen, dass die theoretisch-normative Begründung der Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege entlang einer ganzheitlichen Pflege das Potential besitzt, in ihr Gegenteil verkehrt zu werden und somit die gegenwärtige defizitäre Praxis zu perpetuieren, anstatt zu ihrer Überwindung beizutragen. Ist darüber hinaus festzustellen, dass der *Theorie der interpersonalen Beziehungen in der Pflege* von Peplau (1995) innerhalb der psychiatrischen Pflege ein großer Stellenwert eingeräumt wird (z. B. Haber 2000), soll diese in einem nächsten Schritt hinzugezogen werden, um einen alternativen theoretischen Rahmen zu (re-)konstruieren, der für die Begründung der Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege zielführender erscheint.

2 Ganzheitlichkeit als Begründungsgrundlage für die Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege

Der normative Rückgriff auf die Ganzheitlichkeit ist in pflegerischen Kontexten kein neues Phänomen. Während eine Fülle pflegetheoretischer Arbeiten der vergangenen Jahrzehnte auf einen Ganzheitlichkeitsanspruch im pflegerischen Handeln rekurriert (Stemmer 1999: 86, Bischoff 1996, Papathanasiou et al. 2013), stellt die ganzheitliche Pflege ebenso eine wiederkehrende Idealvorstellung innerhalb der pflegerischen Praxis dar (Stemmer 2001: 149, dazu auch Auffenberg/Heß 2021: 25). Trotz ihrer Beständigkeit in pflegetheoretischen sowie -praktischen Kontexten, erscheint jedoch eine nähere Bestimmung der ganzheitlichen Pflege problematisch. So stellt Bischoff (1996: 104) heraus, dass „in dem Maß, in dem man sich dem Begriff zu nähern versucht, verflüchtigt er sich, wird nebelhaft, diffus, ist nicht zu packen“. Zu einer ähnlichen Einsicht kommen Bullington/Fagerberg (2013: 494), wenn sie feststellen, dass der Begriff der ganzheitlichen Pflege zu einer leeren Worthülse verkommen ist. Erfolgt nichtsdestotrotz der Versuch, sich einem Verständnis von ganzheitlicher Pflege anzunähern, verbirgt sich hinter ihr wiederkehrend die Idee einer Pflege, welche die zu Pflegenden als ‚ganze Menschen‘ zu adressieren und all ihre physischen, psychischen und sozialen sowie ggf. spirituellen Bedürfnisse zu befriedigen versucht (Bischoff 1996: 112 f., Findeiß 2008: 308, Jasemi et al. 2017). Die zu Pflegenden werden hierbei als mündige Subjekte aufgefasst, die sich aktiv in die Gestaltung der Pflege einbringen und Eigenverantwortung für ihren Genesungsprozess übernehmen sollen (Bischoff 1996: 117, Findeiß 2008: 308, Jasemi et al. 2017). Bisherige kritische Beiträge machen jedoch darauf aufmerksam, dass diese ungefähren Prämissen der ganzheitlichen Pflege nicht einlösbar sind und ihren eigenen Anspruch zu untergraben vermögen (Bischoff 1996, Stemmer 1999, Stemmer 2001: 140 ff., zum mündigen Subjekt auch Friesacher 2010). Nach Findeiß (2008: 321 f.) zeigt sich der ‚Mythos der Ganzheitlichkeit‘ dennoch so widerständig, da dieser eine Notwendigkeit darstellt, um eine Unterscheidung zwischen (ganzheitlicher) Pflege und (reduktionistischer) Medizin herstellen zu können. Gleichermaßen stellen Bullington/Fagerberg (2013:

493) heraus, dass die ganzheitliche Pflege primär als negative Kategorie dient, um sich vom biomedizinischen Reduktionismus abzugrenzen bzw. damit verbundene Defizite zu verdeutlichen, während Stemmer (1999: 89) darauf aufmerksam macht, dass die ganzheitliche Pflege „in erster Linie gegen etwas gerichtet ist und keinerlei inhaltliche Vorgaben enthält“. Da das Ganze eines Menschen nicht erfassbar ist, wenn die Betrachtung des Ganzen stets darin resultiert, dass bestimmte Aspekte fokussiert werden müssen (dazu auch Bischoff 1996: 122 f., Stemmer 2001: 141 ff.), wird der inhaltliche Schwerpunkt des zu adressierenden Ganzen durch jene Personen bestimmt, welche Aussagen über dieses Ganze zu tätigen versuchen (Stemmer 1999: 89).

Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, wenn beispielsweise Hendry et al. (2018: 1024) die Sexualität als einen Bestandteil des ganzen Menschen fokussieren und hervorheben, dass Ganzheitlichkeit in der psychiatrischen Pflege erst realisierbar erscheint, wenn eine konsequente Thematisierung der Sexualität in der Versorgungspraxis erfolgt. Hierbei kann nicht abgestritten werden, dass eine psychiatrische Pflege, die dem Primat der Ganzheitlichkeit zu folgen versucht und sich somit das Ziel setzt, die Hilfeempfänger_innen als ganze Menschen anzusprechen sowie bei der Befriedigung all ihrer Bedürfnisse mitzuwirken, auch ihre sexuelle Dimension zu thematisieren und die Befriedigung ihrer sexualitätsbezogenen Bedürfnisse zu unterstützen hat. Somit erhalten die Autor_innen ein theoretisch-normatives Fundament, um die gegenwärtige Situation, dass psychiatrisch Pflegende die Sexualität der Hilfeempfänger_innen weitestgehend nicht adressieren (Hendry et al. 2018, McCann et al. 2019, Quinn et al. 2018, s. o.), als defizitär zu kennzeichnen und den psychiatrisch Pflegenden die Zuständigkeit für sexualitätsbezogene Problemlagen zu übertragen. Bei genauerer Betrachtung der Prämissen einer ganzheitlichen Pflege, der mit ihr verbundenen Kritik und bisheriger empirischer Daten zeigt sich dieses theoretisch-normative Fundament jedoch potentiell als ein problematisches.

Wird festgestellt, dass eine ganzheitliche psychiatrische Pflege zwar die Sexualität der Hilfeempfänger_innen zu thematisieren hat, um sich der Ganzheitlichkeit anzunähern, wohnt diesem Anspruch jedoch ebenso die Implikation inne, dass die Sexualität lediglich ein Aspekt unter anderen ist, die es allesamt zu adressieren gilt. Da es jedoch nicht möglich ist, alle Aspekte des Ganzen gleichermaßen zu berücksichtigen, und der jeweilige Fokus dem Ermessen der Betrachtenden unterliegt (Stemmer 1999: 89), werden die psychiatrisch Pflegenden gewissermaßen vor die Entscheidung gestellt, ob sie der Sexualität einen genügend hohen Stellenwert beimessen, um sie als Teil des Ganzen einzubeziehen, oder dieses Urteil eher zu Gunsten eines anderen Bereichs ausfällt. Da die bisherige Empirie darauf hinweist, dass dem Einbezug der Sexualität in der psychiatrischen Pflegepraxis eine eher geringe Relevanz zugeschrieben und ihre Thematisierung von psychiatrisch Pflegenden – u. a. aufgrund von konservativen Werten und damit verbundenen Vorbehalten, Ängsten und Kompetenzdefiziten – als eher problematisch erlebt wird (Ciydem et al. 2021, Cort et al. 2001, Hendry et al. 2018, Hughes et al. 2018, Quinn et al. 2018, Urry et al. 2019), erscheint es denkbar, dass diese durch die Ganzheitlichkeit installierte Entscheidungssituation tendenziell eher darin resultiert, dass sich für einen Bereich entschieden wird, welcher den psychiatrisch Pflegenden als relevanter und angenehmer erscheint, während die Sexualität der Hilfeempfänger_innen weiterhin unberücksichtigt bleibt. Entsprechend zeigt

sich als Problem, dass die theoretisch-normative Begründung der Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege entlang der Ganzheitlichkeit einen geringen Grad der Verbindlichkeit aufweist, wenn neben der Sexualität auch alle anderen Aspekte des Ganzen zu berücksichtigen sind. So zeichnet sich prinzipiell jeder für das (nicht erreichbare) Ziel der ganzheitlichen Pflege zu adressierende Bereich durch dessen Fungibilität aus und der Primat der Ganzheitlichkeit verliert letztlich dessen normativen Gehalt.

Gleichermaßen zeigt sich die in der ganzheitlichen Pflege eingebettete Auffassung, dass die zu Pflegenden als mündige Subjekte gelten, als problematisch, um die Thematisierung der Sexualität in die psychiatrische Pflegepraxis zu implementieren. Hierbei wird ein Bild von zu Pflegenden skizziert, die sich ihrer Ganzheit bewusst und sogleich bereit sind, die Pflegeangebote im Rahmen einer symmetrischen Beziehung zwischen beruflich Pflegenden und zu Pflegenden in Anspruch zu nehmen (Bischoff 1996: 121 f.). Entsprechend macht Bischoff (1996: 122) darauf aufmerksam, dass eine solche Auffassung darin resultiere, dass sich die zu Pflegenden als ‚aufgeklärte Konsument_innen‘ zu verhalten hätten, die informierte Entscheidungen über die Gestaltung des pflegerischen Geschehens treffen, während die berufliche Pflege ausschließlich ein ausführendes Organ darstellt. Wird diese Auffassung hinsichtlich der Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege ernst genommen, so bedeutet dies, dass es in der Verantwortung der Hilfeempfänger_innen liegt, die psychiatrisch Pflegenden auf sexualitätsbezogene Problemlagen aufmerksam zu machen und entsprechende Unterstützungsangebote eigenständig einzufordern. Dass sich ein solches Verständnis bereits in der psychiatrischen Pflegepraxis stellenweise andeutet und für die Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege eher hinderlich erscheint, zeigt die bisherige Empirie: So empfänden es die Hilfeempfänger_innen durchaus als hilfreich, wenn psychiatrisch Pflegende ihre Sexualität thematisieren würden, identifizieren jedoch als Problem, dass psychiatrisch Pflegende weitestgehend auf diese Thematisierung verzichten (McCann et al. 2019), während aus Perspektive der psychiatrisch Pflegenden die Thematisierung der Sexualität primär durch die Hilfeempfänger_innen zu erfolgen habe (Higgins et al. 2008, Quinn et al. 2011, Urry et al. 2019). Ist festzustellen, dass psychiatrisch Pflegende gewissermaßen bereits auf dem Bild der mündigen Hilfeempfänger_innen beharren, sich die Hilfeempfänger_innen jedoch tendenziell entgegengesetzt wünschen, dass die psychiatrisch Pflegenden den ersten Schritt zur Thematisierung tätigen, zeichnet sich eine Pattsituation ab, die in dem Ausgangsproblem resultiert, dass die Sexualität nicht regelhaft thematisiert wird, und mittels des Ideals einer ganzheitlichen Pflege somit noch eine theoretisch-normative Legitimation erfährt, anstatt dass es einen Weg aus dieser defizitären Situation aufzuzeigen vermag.

Es ist zusammenzufassen, dass die ganzheitliche Pflege als Begründung für die Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege ungeeignet erscheint, da sie das Potential besitzt, die gegenwärtige defizitäre Praxis sowohl indirekt über die mit ihr verbundene Entscheidungssituation als auch direkt über die von ihr eingeforderte Auffassung der mündigen Hilfeempfänger_innen zu perpetuieren. Im Weiteren soll mit der *Theorie der interpersonalen Beziehungen in der Pflege* eine Alternative in Betracht gezogen werden, um die Thematisierung der Sexualität als Bestandteil der psychiatrischen Pflege theoretisch-normativ zu begründen.

3 Theorie der interpersonalen Beziehungen in der Pflege und die Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege

Mit der *Theorie der interpersonalen Beziehungen in der Pflege* von Hildegard E. Peplau erfolgte in der Mitte des 20. Jahrhunderts unter Einbezug psychoanalytischer Konzepte sowie klinischer Erfahrungen aus der psychiatrischen Pflege der Versuch, in Form einer normativen Theorie zu bestimmen, was Pflege ist und wie sie erfolgen sollte (Bartholomeyczik 1997: 9, Meleis 1999: 364 f.). So zeichnet sich nach Peplau (1995: 28 ff.) die Pflege dadurch aus, dass sie einen interpersonalen Beziehungsprozess darstellt, welcher zwischen beruflich Pflegenden und der gesundheitlichen Versorgung bedürfenden Menschen stattfindet, und das Ziel verfolgt, die gesundheitsbezogenen Probleme der zu Pflegenden zunächst zu verstehen und nachfolgend zu überwinden, um ihre Gesundheit herzustellen, zu erhalten oder zu fördern. Die Gesundheit versteht sie hierbei als „eine Vorwärtsbewegung der Persönlichkeit sowie anderer fortlaufender menschlicher Prozesse in Richtung auf ein kreatives, konstruktives, produktives persönliches und gesellschaftliches Leben“ (Peplau 1995: 34 f.), die auf der Befriedigung physiologischer sowie psychosozialer Bedürfnisse basiert (Peplau 1995: 36 ff.). Um dieses Ziel zu erreichen, fungieren beruflich Pflegende therapeutisch und edukativ, indem sie den zu Pflegenden ermöglichen, sich die Fähigkeiten zur langfristigen (gesundheitsbezogenen) Problemlösung anzueignen (Peplau 1995: 30 f.). Des Weiteren geht sie davon aus, dass sich in der Entwicklung der interpersonalen Beziehung vier aufeinanderfolgende Phasen erkennen lassen, in denen beruflich Pflegende jeweils unterschiedliche Aufgaben und Rollen annehmen (Peplau 1995: 41 ff.), wobei sie die Kommunikation, Beobachtung und Dokumentation als wesentliche Methoden herausstellt, um die therapeutischen und edukativen Potentiale in diesem Beziehungsgeschehen zu entfalten (Peplau 1995: 338 ff.). Mit diesen Methoden verbunden, zeigt Peplau (2015a) die Relevanz von Themen in Pflegesituationen auf. So versteht sie unter einem Thema eine zusammenfassende Charakterisierung bzw. verallgemeinerte Begebenheit, „die sich in Wirklichkeit aus vielen Einzelheiten zusammensetzt und deren Summe sich am ehesten als dieses Thema bezeichnen läßt [sic]“ (Peplau 2015a: 254). Diesem Verständnis (im Sinne einer Thematisierung) folgend, führen beruflich Pflegende Themen ein, um in der Kommunikation mit den zu Pflegenden einen Bezugsrahmen zu schaffen, mithilfe dessen beispielsweise über Präferenzen sowie Probleme gesprochen werden kann (Peplau 2015a: 256). Nach Peplau (2015a: 256) gilt dieser Bezugsrahmen jedoch nicht ausschließlich für die Kommunikation, sondern ist ebenso referentieller Kern für die Beobachtungen der beruflich Pflegenden sowie mittelbar „eine Grundlage, um Maßnahmen zu beschließen und das Vorgehen zu planen“. Ist festzustellen, dass Peplaus Theorie für die gesamte Pflegedomäne zu gelten beansprucht (Peplau 1995: 15), zeigt sich jedoch vor allem der bleibende Einfluss, den sie im psychiatrischen Kontext hinterließ (z. B. Haber 2000).

Wurde bis hierhin deutlich, dass gemäß Peplau die Herstellung, Förderung oder Aufrechterhaltung der Gesundheit und die damit verbundene Bedürfnisbefriedigung das wesentliche Ziel der (psychiatrischen) Pflege darstellt, ist bei dem Versuch, mittels ihrer Pflegetheorie die Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege theoretisch-

normativ zu begründen, unter Berücksichtigung der Auffassung, dass die Sexualität einen Teil der Gesundheit darstellt und sich unter anderem durch die mit ihr verbundenen Bedürfnisse ausdrückt (z. B. Anderson 2013, WHO 2006: 5), darauf zu schließen, dass Peplau mindestens impliziert, dass sich psychiatrisch Pflegende diesem Gegenstand annehmen müssen, um sexualitätsbezogenen Problemen entgegenzuwirken und somit einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Hilfeempfänger_innen auszuüben. Ebenso zeigt sich dieses Gebot explizit bei Peplau (1995: 156, 239 ff.), wenn sie die Sexualität als ein unabdingbares menschliches Bedürfnis hervorhebt und die psychosexuelle Entwicklung als einen wichtigen, doch oft krisenhaften Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung darstellt sowie aufzeigt, dass die Tabuisierung und darauffolgende Dissoziation sexueller Bedürfnisse schwerwiegende Folgen für das Selbstkonzept (und somit in ihrem Sinne für die Gesundheit) des Individuums erzeugen kann. Des Weiteren zeichnet sich ab, dass den psychiatrisch Pflegenden – und somit nicht primär den Hilfeempfänger_innen – die Aufgabe zuteil kommen muss, die Sexualität als Thema einzuführen. So stellt Peplau entsprechend fest, dass einerseits nur zu Pflegende selbst ihre eigenen Bedürfnisse kennen, sie jedoch bei der Bewusstwerdung sowie dem Verstehen von Problemen und Bedürfnissen Unterstützung benötigen, und sich andererseits verdeckte Bedürfnisse sowie damit verbundene Probleme vornehmlich dann offenbaren, wenn beruflich Pflegende sie in ihrer vorangehenden Beobachtung sowie der anschließenden Kommunikation mit den zu Pflegenden thematisch aufgreifen (Peplau 1995: 46, 112, 287 f., 312 f., Peplau 2015a: 255 ff.). Bei genauerer Betrachtung lassen sich darüber hinaus mittels der theoretischen Überlegungen von Peplau Bedingungen ableiten, die es zu erfüllen gilt, um die Thematisierung der Sexualität als konstruktive Handlung in die psychiatrische Pflege zu integrieren:

Peplau (1995: 253) stellt heraus, dass zwar „jede professionelle Pflegekraft ihre Ideale und Werte hat“, dies jedoch nicht bedeutet, dass sie „das Vorrecht [besitzt], sich über ihre Patientenbeziehungen für eine breitere Akzeptanz ihrer Werte einzusetzen“. In diesem Sinne zeigen sich beruflich Pflegende neutral, erkennen an, dass die Bedeutung des Verhaltens der zu Pflegenden für die zu Pflegenden selbst der einzig relevante Bewertungsmaßstab ist und verzichten darauf, ihre eigenen Überzeugungen in den zu Pflegenden zu bestärken (Peplau 1995: 253). Entsprechend ist als Bedingung abzuleiten, dass sich psychiatrisch Pflegende ebenso vorbehaltlos in der Thematisierung der Sexualität einzubringen haben und darauf verzichten, ihre eigenen Normvorstellungen durchsetzen zu wollen. Dies heißt beispielsweise, dass psychiatrisch Pflegende darauf verzichten, aufgrund möglicher Vorurteile die Reproduktionsrechte oder die sexuelle Orientierung der Hilfeempfänger_innen abzusprechen bzw. abzuwerten, und sich stattdessen vorbehaltlos auf den individuellen Menschen einlassen. Zeigt sich nach Peplau (1995: 61 f.) darüber hinaus, dass sich beruflich Pflegende generell über ihre Voreingenommenheit im Klaren sein müssen, um eine respektvolle und nutzenbringende Beziehung mit den zu Pflegenden aufzubauen, folgt ebenso als eine zweite Bedingungen, dass die psychiatrisch Pflegenden ihre eigene Voreingenommenheit mit Blick auf das Thema „Sexualität“ sowie die Sexualität der Hilfeempfänger_innen reflektieren müssen, um die Basis für eine vorbehaltlose Thematisierung der Sexualität zu schaffen. Des Weiteren ist zuletzt hervorzuheben, dass gemäß Peplau (2015b: 49 f.) die beruflich Pflegenden ihre Aufmerksamkeit vollständig auf die

zu Pflegenden auszurichten haben und die interpersonale Beziehung entsprechend kein Ort ist, um die persönlichen Angelegenheiten der beruflich Pflegenden zu besprechen, da es der Entwicklung der zu Pflegenden im Wege steht. In diesem Sinne ist als dritte Bedingung für die Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege abzuleiten, dass es während der Thematisierung ausschließlich um die Sexualität der Hilfeempfänger_innen und ihre damit verbundenen Probleme bzw. Bedürfnisse geht und diese nicht durch die persönlichen Angelegenheiten der psychiatrisch Pflegenden verdrängt werden dürfen.

Erfolgt im Weiteren die Betrachtung von Peplaus Theorie vor dem Hintergrund der bisherigen Kritik der Ganzheitlichkeit, so ist herauszustellen, dass die Sexualität auch im Zuge dieses Theorems zunächst als ein fungibler Aspekt erscheint, wenn sie einen zu befriedigenden Bedürfnisbereich unter anderen darstellt, um die Gesundheit der Hilfeempfänger_innen herzustellen, zu fördern oder aufrechtzuerhalten. Im Gegensatz zum Anspruch der Ganzheitlichkeit ist sich Peplau (1995: 215 ff.) jedoch bewusst, dass in Pflegesituationen nicht immer alle Bedürfnisse gleichermaßen berücksichtigt werden können. Es gilt entsprechend, gemeinsam mit den zu Pflegenden jene Bedürfnisse zu identifizieren, welche von besonderer Wichtigkeit für den gegenwärtigen Gesundheitszustand sind, und sie dabei zu unterstützen, die Befriedigung weniger akut relevanter Bedürfnisse aufzuschieben (Peplau 1995: 215 ff.). Somit zeichnet sich ab, dass es trotz der gleichermaßen vorliegenden Fungibilität von sexualitätsbezogenen Bedürfnissen mit Peplaus Theorie für psychiatrisch Pflegende zumindest unausweichlich erscheint, die Sexualität der jeweiligen Hilfeempfänger_innen zu thematisieren, wenn diese ihren sexualitätsbezogenen Problemen einen hohen Stellenwert für ihren Gesundheitszustand beimessen. Ebenso scheint Peplaus Gebot, dass Pflegende ihre eigene Voreingenommenheit zu erkennen und abzulegen haben (Peplau 1995: 61 f.), das Potential zu bieten, die Thematisierung der Sexualität zu begünstigen, wenn die mit ihr assoziierten Bedürfnisse somit nicht durch anderweitige Bedürfnisse, die für die psychiatrisch Pflegenden in der Thematisierung angenehmer erscheinen (s. o.), verdrängt werden dürfen. Zeigte sich hinsichtlich der Ganzheitlichkeit darüber hinaus das mit ihr vermittelte Bild der zu Pflegenden als mündige Subjekte als problematisch, da es die Thematisierung zur Aufgabe der Hilfeempfänger_innen macht, ist festzustellen, dass sich eine solche Auffassung nicht gleichermaßen in diesem Theorem finden lässt, da Peplau (1995: 262, 267 ff.) einerseits die pflegerische Beziehung als eine asymmetrische versteht, in der den beruflich Pflegenden qua ihrer Kenntnisse eine ‚rational begründete Macht‘ gegenüber den zu Pflegenden innewohnt, und sie andererseits den aufgeklärten Umgang mit Gesundheitsproblemen seitens der zu Pflegenden vielmehr als ein Ziel des pflegerischen Handelns versteht, anstatt dieses vorauszusetzen.

4 Schlussbetrachtung

Besteht das Anliegen, die Sexualität der Hilfeempfänger_innen und mit ihr verbundene Problemlagen entgegen der bisherigen Tabuisierung als einen Gegenstand pflegerischer Interventionen in der psychiatrischen Pflege anzuerkennen, erscheint es unabdingbar, die

Thematisierung der Sexualität durch psychiatrisch Pflegende theoretisch-normativ zu begründen. Folgen bisherige Autor_innen dieser Notwendigkeit, indem sie auf einen pflegerischen Anspruch der Ganzheitlichkeit rekurrieren, war es das Ziel dieses Artikels, aufzuzeigen, dass eine solche theoretisch-normative Begründung entlang der ganzheitlichen Pflege durch die ihr innewohnenden Implikationen das Potential besitzt, bisherige sexualitätsbezogene Defizite fortzuführen, anstatt zu ihrer Überwindung beizutragen. Darüber hinaus wurde mit der *Theorie der interpersonalen Beziehungen in der Pflege* eine Alternative für die theoretisch-normative Begründung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege eingeführt, die sowohl implizit als auch explizit die Relevanz der Sexualität der Hilfeempfänger_innen für die (psychiatrische) Pflege sowie die mit ihr verbundene Notwendigkeit der Thematisierung durch (psychiatrisch) Pflegende hervorhebt und die skizzierten Schwächen der Begründung entlang einer ganzheitlichen Pflege zu überwinden vermag. Des Weiteren wurden mittels Peplaus Theorie drei Bedingungen abgeleitet, die es im Vollzug der Thematisierung der Sexualität zur erfüllen gilt, um sie als eine zielführende Handlung der psychiatrisch Pflegenden zu gestalten. Während hinsichtlich der ersten beiden Bedingungen empirisch festzustellen ist, dass die Werte der psychiatrisch Pflegenden bereits durchaus einen hinderlichen Einfluss auf die Thematisierung der Sexualität nehmen, erscheint aktuell noch unklar, inwiefern die dritte Bedingung eine praktische Relevanz besitzt, da bisherige empirische Daten keinen Aufschluss darüber bieten, inwiefern psychiatrisch Pflegende ihre persönlichen Angelegenheiten innerhalb der Thematisierung der Sexualität einbringen (z. B. Ciydem et al. 2021, Hendry et al. 2018, s. o.). Es ist somit zukünftig notwendig, sich diesem Aspekt in empirischen Studien anzunehmen, um beurteilen zu können, ob die damit verbundene Bedingung, welche anhand der Pflegetheorie von Peplau abgeleitet wurde, tatsächlich für die psychiatrische Pflege von Relevanz ist. Darüber hinaus erscheint es zukünftig notwendig, abseits einer theoretisch-normativen Begründung zu eruieren, welche handlungspraktischen Ansätze die Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege zu fördern vermögen – es sei beispielhaft auf die Anwendung des STARTER-Modells von Luby (2020) verwiesen, das mittels der Beschreibung von sieben Schritten einen handlungsstrukturierenden Rahmen für die Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflegepraxis zur Verfügung zu stellen intendiert – und inwiefern diese mit den in dieser Arbeit abgeleiteten Bedingungen in Einklang stehen. Machen u. a. Luby (2020: 36) und Salkeld (2015: 57) darauf aufmerksam, dass sexualitätsbezogene Probleme auch außerhalb des Kompetenzbereiches von psychiatrisch Pflegende liegen können und es somit erforderlich wird, andere Leistungsanbieter_innen und Berufsgruppen hinzuzuziehen, gilt es zukünftig ebenso zu untersuchen und auszuhandeln, welchen Anteil die psychiatrisch Pflegenden an der Bewältigung spezifischer sexualitätsbezogener Problemlagen in Form von pflegerischen Interventionen im Anschluss an die Thematisierung der Sexualität nehmen können und inwiefern hier die Grenzen zu anderen Berufsgruppen gezogen werden müssen.

Insgesamt machen diese skizzierten Desiderata deutlich, dass es einer vertiefenden pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Sexualität im Kontext der psychiatrischen Pflege bedarf, um den gegenwärtigen sexualitätsbezogenen Defiziten hinreichend entgegenwirken zu können. Entsprechend soll dieser Beitrag als Anstoß für die notwen-

dige Auseinandersetzung mit einer sexualitätssensiblen psychiatrischen Pflege verstanden werden, die vor allem im deutschsprachigen Raum bisher in nur ungenügender Weise stattgefunden hat.

Literatur

Abderhalden, C. (2011): Sexualität. In: Sauter, D./Abderhalden, C./Needham, I./Wolff, S. (Hrsg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 959–969

Åling, M./Lindgren, A./Löfall, H./Okenwa-Emegwa, L. (2021): A Scoping Review to Identify Barriers and Enabling Factors for Nurse–Patient Discussions on Sexuality and Sexual Health. In: Nursing Reports 11(2), 253–266

Anderson, R. M. (2013): Positive sexuality and its impact on overall well-being. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56(2), 208–214

Auffenberg, J./Heß, M. (2021): Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn …“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen. Langfassung. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen

Bartholomeyczik, S. (1997): Vorwort zur deutschen Übersetzung. In: Simpson, H. (1997): Pflege nach Peplau. Freiburg am Breisgau: Lambertus Verlag, 9–12

Bischoff, C. (1996): Zum Ganzheitsbegriff in der Pflege. In: Krüger, H./Piechotta, G./Remmers, H. (Hrsg.): Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Positionen. Bremen: Altera Verlagsgesellschaft, 103–128

Bullington, J./Fagerberg, I. (2013): The fuzzy concept of ‚holistic care‘: a critical examination. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences 27(3), 493–494

Ciydem, E./Kackin, O./Kutlu, F. Y. (2021): Experiences and opinions of nurses working in psychiatric wards on assessing patients’ sexual health: A qualitative study. In: Perspectives in Psychiatric Care 57(3), 1222–1230

Cloutier, B./Francoeur, A./Samson, C./Lecomte, T./Ghostine, A. (2021): Romantic Relationship, Sexuality, and Psychotic Disorders: A Systematic Review of Recent Findings. In: Psychiatric Rehabilitation Journal 44(1), 22–42

Cort, E. M./Attenborough, J./Watson, J. P. (2001): An initial exploration of community mental health nurses’ attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8(6), 489–499

Diamond, L. M./Huebner, D. M. (2012): Is Good Sex Good for You? Rethinking Sexuality and Health. In: Social and Personality Psychology Compass 6(1), 54–69

Dorsay, J. P./Forchuk, C. (1994): Assessment of the sexuality needs of individuals with psychiatric disability. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 1(2), 93–97

Findeiß, A. (2008): Die Ganzheitlichkeit der Pflege. Ein notwendiger Mythos klinischer Organisation. In: Saake, I./Vogd, W. (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 307–325

Friesacher, H. (2010): Nutzerorientierung – Zur normativen Umcodierung des Patienten. In: Paul, B./Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 55–72

Haber, J. (2000): Hildegrad E. Peplau: The Psychiatric Nursing Legacy of a Legend. In: Journal of the American Psychiatric Nurses Association 6(2), 56–62

Hailes, H. P./Yu, R./Danese, A./Fazel, S. (2019): Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. In: The Lancet Psychiatry 6(10), 830–839

Hendry, A./Snowden, A./Brown, M. (2018): When holistic care is not holistic enough: The role of sexual health in mental health settings. In: Journal of Clinical Nursing 27(5–6), 1015–1027

Higgins, A./Barker, P./Begley, C. M. (2006): Sexuality: The challenge to espoused holistic care. In: International Journal of Nursing Practice 12(6), 345–351

Higgins, A./Barker, P./Begley, C. M. (2008): ‚Veiling sexualities‘: a grounded theory of mental health nurses responses to issues of sexuality. In: Journal of Advanced Nursing 62(3), 307–317

Hinz, A. (2021): Psychologie der Sexualität. Eine Einführung für Studium und Praxis sozialer Berufe. Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Hoferichter, J. (2021): Thematisierung der Sexualität in der psychiatrischen Pflege. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Osnabrück: Universität

Hortal-Mas, R./Moreno-Poyato, A. R./Granel-Giménez, N./Roviralta-Vilella, M./Watson-Badia, C./Gómez-Ibáñez, R./Aguayo-González, M. P./Giménez-Díez, D./Leyva-Moral, J. M. (2022): Sexuality in people living with a serious mental illness: A meta-synthesis of qualitative evidence. In: Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing 29(1), 130–146

Hughes, E./Edmondson, A. J./Onyekwe, I./Quinn, C./Nolan, F. (2018): Identifying and addressing sexual health in serious mental illness: Views of mental health staff working in two National Health Service organizations in England. In: International Journal of Mental Health Nursing 27(3), 966–974

Jasemi, M./Valizadeh, L./Zamanzadeh, V./Keogh, B. (2017): A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. In: Indian Journal of Palliative Care 23(1), 71–80

Kopeykina, I./Kim, H.-J./Khatun, T./Boland, J./Haeri, S./Cohen, L. J./Galynker, I. I. (2016): Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: A review. In: Journal of Affective Disorders 195, 1–14

Luby, R. (2020): Using the STARTER model to talk about sex in mental health nursing practice. In: Mental Health Practice 23(4), 32–41

McCann, E. (2000): The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos. In: Journal of Advanced Nursing 32(1), 132–138

McCann, E. (2010): The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: quantitative findings of a UK study. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 17(4), 295–303

McCann, E./Donohue, G./Jager, J. d./Nugter, A./Stewart, J./Eustace-Cook, J. (2019): Sexuality and intimacy among people with serious mental illness: a qualitative systematic review. In: JBI Evidence Synthesis 17(1), 74–125

Meleis, A. I. (1999): Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Östman, M. (2014): Low satisfaction with sex life among people with severe mental illness living in a community. In: Psychiatry Research 216(3), 340–345

Papathanasiou, I./Sklavou, M./Kourkouta, L. (2013): Holistic nursing care: theories and perspectives. In: American Journal of Nursing Science 2(1), 1–5

Peplau, H. E. (1995): Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel, Eberswalde: Recom Verlag

Peplau, H. E. (2015a): Themen in Pflegesituationen (1953). In: Dies.: Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege – Ausgewählte Werke. 1. Nachdruck der 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 253–258

Peplau, H. E. (2015b): Ziele und Merkmale professioneller Pflege (1965). In: Dies.: Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege – Ausgewählte Werke. 1. Nachdruck der 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 47–60

Quinn, C./Browne, G. (2009): Sexuality of people living with a mental illness: A collaborative challenge for mental health nurses. In: International Journal of Mental Health Nursing 18(3), 195–203

Quinn, C./Happell, B./Browne, G. (2011): Talking or avoiding? Mental health nurses’ views about discussing sexual health with consumers. In: International Journal of Mental Health Nursing 20(1), 21–28.

Quinn, C./Platania-Phung, C./Bale, C./Happell, B./Hughes, E. (2018): Understanding the current sexual health service provision for mental health consumers by nurses in mental health settings: Findings from a Survey in Australia and England. In: International Journal of Mental Health Nursing 27(5), 1522–1534.

Salkeld, J. (2015): Assessing sexual health in mental health service users. In: Nursing Standard 30(5), 53–60.

Sielert, U. (2015): Einführung in die Sexualpädagogik. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Sigusch, V. (2015): Sexualitäten. Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten. 2., durchgesehene Auflage. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.
Stemmer, R. (1999): Ganzheitlichkeit in der Pflege – unerreicht, da unerreichbar? In: Pflege & Gesellschaft 4(4), 86–91.
Stemmer, R. (2001): Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
Urry, K./Chur-Hansen, A./Khaw, C. (2019): ‚It's just a peripheral issue‘: A qualitative analysis of mental health clinicians' accounts of (not) addressing sexuality in their work. In: International Journal of Mental Health Nursing 28(6), 1278–1287
Vanwesenbeeck, I./Have, M. t./Graaf, R. d. (2014): Associations between common mental disorders and sexual dissatisfaction in the general population. In: The British Journal of Psychiatry 205(2), 151–157
White, R./Haddock, G./Campodonico, C./Haarmans, M./Varese, F. (2021): The influence of romantic relationships on mental wellbeing for people who experience psychosis: A systematic review. In: Clinical Psychology Review 86, 1–13
World Health Organization (= WHO) (2006): Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28–31 January 2002, Geneva. Genf: World Health Organization
Wrede, B. (2000): Was ist Sexualität? Sexualität als Natur, als Kultur und als Diskursprodukt. In: Schmerl, C./Soine, S./Stein-Hilbers, M./Wrede, B. (Hrsg.): Sexuelle Szenen. Inszenierung von Geschlecht und Sexualität in modernen Gesellschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 25–43

Interessenskonflikt Bestandteile der Kapitel 1., 3. und 4. dieses Beitrages basieren auf der Bachelorarbeit des Autors (Hoferichter 2021). Es besteht kein Interessenskonflikt.

Jannik Hoferichter
Universität Osnabrück, Institut für Gesundheitsforschung und Bildung,
Abteilung Pflegewissenschaft
Nelson-Mandela-Straße 13, 49076 Osnabrück
jannik.hoferichter@uni-osnabrueck.de