

Anke Simon  
Oliver Hommel

# Pflege auf dem Weg

---

**Festschrift zur Emeritierung von Prof.in Dr. Elisabeth Holoch**





# **Pflege auf dem Weg**

**Festschrift zur Emeritierung von  
Prof.in Dr. Elisabeth Holoch**

Herausgeber:

Anke Simon und Oliver Hommel

## Impressum

Pflege auf dem Weg - Festschrift zur Emeritierung von Prof.in Dr. Elisabeth Holoch

Herausgeber:

Prof. Dr. rer. Anke Simon

Studiendekanin Duale Hochschule Baden-Württemberg

Studienzentrum Gesundheitswissenschaften & Management

E-Mail: [anke.simon@dhbw-stuttgart.de](mailto:anke.simon@dhbw-stuttgart.de)

Tel.: 0711/1849-776

Fax: 0711/1849-819

Oliver Hommel

Pflegedirektor Klinikum Stuttgart

E-Mail: [o.hommel@klinikum-stuttgart.de](mailto:o.hommel@klinikum-stuttgart.de)

Tel.: 0711 278-20060

Bildgestaltung Buchcover: Uwe Krebs, Dipl.-Ing. (FH)

Satz: Amelie Büchler, M.A.

Gestaltungsvorlage: Amelie Büchler, M.A.

Druck: Schwabenprint GmbH, Ludwigsburg

ISBN 978-3-00-071052-0 (Internet)

© 2021 Alle Rechte vorbehalten. Der Inhalt dieser Publikation unterliegt dem deutschen Urheberrecht. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtes bedürfen der schriftlichen Zustimmung der Autoren und des Herausgebers. Der Inhalt der Publikation wurde mit größter Sorgfalt erstellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und

Aktualität des Inhalts übernimmt der Herausgeber keine Gewähr. (Dezember 2021)



# Vorwort

Der Mensch bildet nach heutigem Stand der wissenschaftlichen und hinreichend existierenden Erkenntnisse zweifelsohne eine bio-psycho-soziale Einheit. Dieser anthropologische Ansatz ist auch für die Pflegewissenschaft von prägender Bedeutung. Doch dies war im Gesundheitswesen nicht immer so, insbesondere die Pflege hat im Laufe ihrer Professionalisierung die lebenslange Entwicklung des menschlichen Individuums neu begriffen und in den Fokus ihrer Forschung genommen. Mit jahrzehntelanger und sich stetig entwickelnder Pflegewissenschaft, mit entsprechenden Untersuchungsergebnissen hat unweigerlich auch die Bedeutung des Transfers von Theorie in die Praxis zugenommen. Umso mehr gilt es, Pflegenden zu würdigen, die diese Aufgabe im Rahmen von Bildung, Pädagogik und Erziehungswissenschaften professionell übernommen haben.

Eine von Ihnen ist Professorin Dr. rer. soc. Elisabeth Holoch, die es sich schon früh nach Ihrer Ausbildung zur Kinderkrankenschwester zu Eigen gemacht hat, besonders die Pflege von Kindern und Jugendlichen neu zu denken und auf ein wissenschaftliches Fundament zu stellen. Weitläufig empirisches Wissen der Pflege genügte ihrem Anspruch in der Versorgung von Individuen ohne Betrachtung der bio-psycho-sozialen Einheit unter Berücksichtigung evidenter Belege irgendwann nicht mehr. So begab sie sich in ihrer beruflichen Laufbahn auf den Weg, um unter anthropologischen Gesichtspunkten, die Pflege im Sinne einer Entwicklungsförderung des Menschen für die Zukunft zu festigen. Sie erkundete wissenschaftliche Theorien und Konzepte und begann schließlich diese in die Pflegepraxis zu transportieren. Methoden der Entwicklungsförderung und die Stärkung von Kompetenzen lagen und liegen ihr bis heute dabei ganz besonders am Herzen. Elisabeth Holoch erkannte die Kompatibilität ihres Menschenbildes mit der Evidenz der Anthropologie und verknüpfte diese zur Pflegewissenschaft. So ist es nicht verwunderlich, dass sie sich mit unermüdlichem Engagement beispielsweise für die Frühen Hilfen, den Kinderschutz und die Umsetzung zahlreicher, tragfähiger Konzepte in die Praxis widmete. Pflgetheorien wie die Selbstpflge-defizittheorie von Dorothea Orem fügten sich geradezu ideal in ihr Wirken.

Neben dem Fortschritt der Pflegewissenschaft und ihrem nachhaltigen Transfer in die Praxis, sind Multi- und Interprofessionalität heute in der Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Diagnostik ebenso von großer Bedeutung. Es ist in diesem Kontext wohl nicht vermessen, Elisabeth Holoch als Künstlerin zu bezeichnen, die es versteht Akteure im Gesundheitswesen nicht nur mit Impulsen zu versorgen, sondern prägende Zeichen zu setzen. Sie hat Netzwerke geschaffen, deren gemeinsame Arbeit die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen maßgeblich beeinflusst hat.

Anlässlich ihres Ruhestands möchten wir mit dieser Festschrift die bemerkenswerten Leistungen von Elisabeth Holoch würdigen. Gemeinsam mit einigen ihrer engsten Wegbegleiter\*innen haben wir Themen zusammengetragen, die den (Entwicklungs-) Weg der Pflege aus den Perspektiven der Pflegewissenschaft, der Pflegepraxis und der Professionsentfaltung widerspiegeln. Wir hoffen, Sie liebe Leserinnen und Leser, haben viel Freude an unserer Festschrift „Pflege auf dem Weg“ für Elisabeth Holoch.

Oliver Hommel und Anke Simon

# Inhaltsverzeichnis

## **Bettina Flaiz und Sebastian Bauch**

Identität und Selbstwertgefühl der Pflege ..... 1

## **Anne Grunau und Elfriede Zoller**

Wie eine Brille den Blick schärfen kann – Rückblick und Gedanken zur Umsetzung einer  
Pflegetheorie und damit verbundene Entwicklungen in der Gesundheits- und  
Kinderkrankenpflege .....10

## **Andreas Oberle**

Frühe Aufmerksamkeitsstörungen. Unterstützung erst des Umfeldes und dann Therapie des  
Kindes .....18

## **Gerd Bekel**

Die wissenschaftliche Durchdringung der Pflegepraxis .....26

## **Margrit Ebinger, Tobias Bischof und Cordelia Fischer**

Belastungen und Ressourcen von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19 Pandemie -  
Eine Betrachtung aus Public Health Perspektive.....40

## **Martin Lang**

Pflege auf dem Weg unter finanzieller Perspektive – Chancen und Risiken für die pflegerische  
Profession im DRG-System .....55

## **Marion Burckhardt**

Implementierung von Leitlinienempfehlungen im Rahmen interprofessionell erstellter,  
klinischer Behandlungspfade.....65

## **Stefan Nöst**

Qualitäts- und Professionsentwicklung der Pflege von Kindern und Familien durch ein  
multidisziplinäres Entlassungsmanagement im Krankenhaus .....77

## **Bettina Flaiz, Margrit Ebinger, Oliver Hommel, Elfriede Zoller und Anke Simon**

Eine qualitative Studie zur Untersuchung der Eigenschaften für eine Mitgliedschaft im Club  
10.000 (Glosse).....91

# Identität und Selbstwertgefühl der Pflege

Flaiz, B. und Bauch, S.

## Hintergrund

Zu Beginn der COVID19-Pandemie erfuhren Pflegefachpersonen weltweit Dankbarkeit und eine enorme gesellschaftliche Anerkennung durch viele Menschen, die abends an ihren Fenstern klatschten. In Deutschland folgte der sogenannte Corona-Bonus für die Pflege, der in der Umsetzung allerdings mehr Frustration als monetäre Wertschätzung auslöste. Mittlerweile ist „Ausgeklatscht“- vor diesem Hintergrund entfaltet sich das Interesse des empirischen Beitrags indem der Frage nachgegangen wird, wie es um die deutsche Pflege steht? Konkret, wie gestaltet sich die professionelle Identität und das Selbstwertgefühl der deutschen Pflege? Dabei ist voranzustellen, dass es bislang keine einheitlich anerkannte Definition der professionellen Identität gibt. Dieses Defizit führt jedoch zu einer anhaltenden und lebendigen Diskussion, beispielsweise beschreiben Ashforth et al. (2008) Identität als *self-concept*. Andere Definitionen charakterisieren professionelle Identität als relativ stabiles mehrdimensionales Konstrukt bestehend aus Attributen, Werten, Motivation und Erfahrungen (Ibarra, 1999). Eigens für die Pflege hat Fagermoen die folgende, viel beachtete Definition entwickelt, die bis heute in der Pflegewissenschaft verwendet wird:

*„Professional identity refers to the nurse’s conception of what it means to be and act as a nurse; that is, it presents her/his philosophy of nursing. As such it serves as a basic frame of reference in the nurse’s deliberation and enactment in nursing practice influencing what are seen as relevant problems, goals and approaches. More precisely, professional identity is defined as the values and beliefs held by the nurse that guide her/his thinking, actions and interaction with the patient.“*  
(Fagermoen, 1997)

Fagermoen (1997) hat dabei die Verbindung einer professionellen Identität mit dem Selbstwertgefühl vollzogen, indem sie die Werte einer Pflegekraft als wegweisend für die pflegerische Performanz, das heißt ihre Wahrnehmungen, Entscheidungen und letztlich Handlungen beschreibt. Die Einbettung des Selbstwertgefühls als Teil der professionellen Identität ergibt sich, da Werte abstrakter, somit den Einstellungen übergeordnet sind (Neyer & Asendorpf, 2018). Das Selbstwertgefühl gilt als eine spezielle Einstellung sich selbst gegenüber. Neyer und Asendorpf (2018) beschreiben es als *„subjektive Bewertung der eigenen Persönlichkeit, die Zufriedenheit mit sich selbst.“* Insofern dient die professionelle Identität und dem ihr untergeordneten Selbstwertgefühl ebenso als Reflexionsfolie (Flaiz, 2018). In ähnliche Richtung weisen die Erkenntnisse der schwedischen Studie von Fagerberg (2004), die ebenfalls die professionelle Identität mittels eines phänomenologischen Ansatzes, untersucht. Dabei umschreibt sie eine starke professionelle Identität für Pflegefachpersonen, wenn sich diese ihrer begrenzten Ressourcen aufgrund von Rationalisierungsmaßnahmen in ihrem Arbeitsalltag bewusst sind und in Verbindung bringen mit einem ausgeprägten Selbstwertgefühl. Diese Konstellation sieht Fagerberg als konstituierend, um für die Versorgung der Patientinnen und Patienten anwaltschaftlich eintreten zu können (vgl. Fagerberg, 2004). Madsen et al. (2009) untermauern diese Ergebnisse, da sie eine starke professionelle Identität in Verbindung mit einer ausgeprägten Resilienz beschreiben. Zudem weisen Madsen et al. (2009) auf die Folgen einer gering ausgeprägten professionellen

Identität hin, die einhergeht mit einem frühzeitigen Berufsausstieg. Letzteres wird von Worthington et al. (2013) bestätigt. Demnach ist eine schwach ausgeprägte professionelle Identität Prädiktor für einen Studienabbruch von Pflegestudierenden. Dabei kristallisiert sich innerhalb der Stichprobe ein wesentlicher Unterschied heraus zwischen Pflegestudierenden, die bereits pflegerische Vorerfahrungen gesammelt haben und eine Pflegefachperson als Vorbild haben gegenüber Pflegestudierenden, die über keine solche Vorerfahrung und kein Vorbild verfügen. Erstere, Pflegestudierende mit pflegerischer Vorerfahrung, weisen nicht nur eine stärkere professionelle Identität auf, sondern haben darüber hinaus eine geringe Abbruchquote (Worthington et al., 2013).

Eine der wenigen quantitativen Studie liefert Cowin (2001) und Cowin et al. (2008), die allerdings anhand des *self-concept* konzipiert ist, welches auf das Konstrukt des akademischen Selbstkonzepts nach Shavelson (1976) aufbaut. Cowin et al. (2008) weisen einen signifikanten Zusammenhang nach zwischen dem Selbstkonzept und Plänen aus dem Beruf auszusteigen. Insofern ist als ein Einflussfaktor, der in der Studie von Cowin et al. (Cowin, 2001; Cowin & Hengstberger-Sims, 2006; Cowin et al., 2008) und später bei Worthington et al. (2013) durchscheint, die Bildung. Konkret deuten mehrere Studien darauf hin, dass die Art des Bildungsabschlusses bedeutsam ist für die Ausprägung der professionellen Identität und dem Selbstwertgefühl der Pflege. Diese These lässt sich untermauern mit den Studienergebnissen von Degeling et al. (2000), die im Ländervergleich zwischen australischen und englischen Pflegefachpersonen feststellt, dass australische Pflegefachpersonen selbstbewusster als die englischen Pflegefachpersonen auftreten. Als Erklärung sehen Degeling et al. (2000) auch die komplette Umstellung der australischen Pflegeausbildung auf eine hochschulische Ausbildung als Wirkungsfaktor. Gleich mehrere Studienergebnisse erkennen in der Bildung, konkreter der Abschlussart, ein Unterscheidungsmerkmal. Zu nennen ist die Studie von Miller (2004) sowie DeBack und Mentkowski (1986), die bereits Ende der achtziger Jahre Unterschiede in Zuversicht und Selbstwirksamkeit bei amerikanischen Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Bildungsabschlüssen finden (vgl. DeBack & Mentkowski, 1986, in: van Eckert et al., 2012).

Dementsprechend sind für eine Bestimmung, wie es um die professionelle Identität und das Selbstwertgefühl der Pflege steht, anhand der skizzierten Studien folgende Aspekte hervorzuheben:

- Keine einheitlich anerkannte Definition professioneller Identität
- Professionelle Identität wird in Studien wiederholt als Kontinuum beschrieben mit den beiden Polen einer schwachen und starken Ausprägung (Öhlén & Segesten, 1998; Worthington et al., 2013)
- Professionelle Identität ist ein mehrdimensionales Konstrukt, in welchem das Selbstwertgefühl inkludiert ist (Fagermoen, 1997; Cowin, 2001; Worthington et al., 2013)
- Das Selbstwertgefühl ist eine subjektive Bewertung der eigenen Person, es beschreibt die Zufriedenheit mit sich selbst (Neyer & Asendorpf, 2018)
- Der Bildungsabschluss wird in mehreren Studien als ein erklärender Faktor für die Ausprägung von professioneller Identität und dem Selbstwertgefühl der Pflege identifiziert (Degeling et al., 2000; DeBack & Mentkowski, 1986 in van Eckert et al., 2012; Cowin et al., 2008).

# Zielsetzung & Fragestellung

Ziel ist es eine Standpunktbestimmung für die Pflege hinsichtlich ihrer professionellen Identität und ihrem Selbstwertgefühl vorzunehmen. Dafür werden ausgewählte Ergebnisse einer Studie zur Gesundheitskompetenz von Simon, Ebinger und Holoch (2017) vorgestellt, die im Rahmen des Integrationsseminars im Jahr 2016/2017 von Studierenden aller gesundheitsbezogenen Studiengängen und Professorinnen des Studienzentrums für Gesundheitswissenschaften & Management durchgeführt wurde (Simon, 2018). Relevant in Bezug auf die professionelle Identität und dem Selbstwertgefühl der Pflege sind dabei die Vergleiche verschiedener Gesundheitsprofessionen, die neben der Gesundheitskompetenz ebenfalls hinsichtlich ihres Selbstwertgefühls befragt wurden. Leitend ist dabei die Frage, inwieweit sich das Selbstwertgefühl der verschiedenen Gesundheitsprofessionen unterscheidet.

## Methodik

Die Datenerhebung erfolgte in der Studie zur Gesundheitskompetenz mittels eines Fragebogens, der neben der Erfassung des Selbstwertgefühls weitere Konstrukte ermittelte. Der Fragebogen war sowohl in Papierversion, online sowie als Grundlage für strukturierte Interviews verfügbar (Simon, 2018). Zur Erfassung des Selbstwertgefühls wurde die deutsche Version der Rosenberg Self-Esteem-Scale (RSES) von Ferring und Filipp (1996) verwendet. Der Fragebogen besteht aus zehn Items, die auf einer 6-stufigen Likert-Skala, von 1 = trifft gar nicht zu bis 6 = trifft voll und ganz zu, beantwortet werden. Aus den Antworten wird ein Summenwert (von maximal 60 Punkte) gebildet. Je höher der Summenwert, desto höher ist die Ausprägung des Selbstwertgefühls. Der Fragebogen ist aufgrund seiner klar formulierten Items sehr ökonomisch und leicht anwendbar. Die Bearbeitungsdauer sowie dessen händische Auswertung beträgt lediglich wenige Minuten. Die innere Konsistenz (Cronbach  $\alpha$ ) liegt bei 0,84. Die Datenauswertung erfolgte mittels SPSS.

An der Befragung nahmen Studierende der Abschlussjahrgänge aller Studiengänge am Studienzentrum für Gesundheitswissenschaften & Management an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart sowie Medizinstudierende im praktischen Jahr, teil. Ebenfalls nahmen Auszubildende von dualen Kooperationspartnern (Berufsfachschulen und Akademische Lehrkrankenhäuser) teil. Diese umfassten Auszubildende der Pflege, Hebammenkunde, therapeutische Berufe wie Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie.

## Ergebnisse

Insgesamt nahmen 583 Teilnehmende an der Befragung teil. In der Analyse konnten 507 vollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet werden. Die Teilnehmenden waren zu 83,5 % weiblich. Ein geringer Anteil von 9,7 % weist einen Migrationshintergrund auf. Eine Ausbildung durchliefen 54,9 % der Teilnehmenden; 44,1 % absolvierten ein Studium.

Abbildung 1 zeigt die Summenwerte der RSES-Skala für alle Teilnehmenden der Pflege, der Hebammenkunde, der Therapieberufe sowie für Medizinstudierende. Mit Ausnahme der Medizinstudierenden wurden die Summenwerte der RSES-Skala dabei getrennt nach Studium

oder Ausbildung ermittelt. Bei der Betrachtung der RSES-Skala ausschließlich für Studierende zeigten Medizinstudierende ( $n = 67$ ) das höchste Ausmaß an Selbstwertgefühl ( $M = 45.2$ ,  $SD = 10.2$ ). Die Studierenden der Therapieberufe ( $n = 12$ ) zeigen das niedrigste Ausmaß an Selbstwertgefühl ( $M = 30.0$ ,  $SD = 16.2$ ). Weiterhin wiesen Pflegestudierende ( $n = 74$ ) ein höheres Ausmaß an Selbstwert auf ( $M = 41.4$ ,  $SD = 12.2$ ) als Studierende der Hebammenkunde ( $M = 38.3$ ,  $SD = 12.2$ ,  $n = 16$ ).

Bei der Betrachtung der Werte von Teilnehmenden mit Ausbildung zeigten Auszubildende in der Pflege ( $n = 244$ ) ein höheres Ausmaß an Selbstwertgefühl ( $M = 42.5$ ,  $SD = 10.4$ ) als Auszubildende in den Therapieberufen ( $M = 35.0$ ,  $SD = 14.8$ ,  $n = 25$ ) und der Hebammenkunde ( $M = 30.4$ ,  $SD = 12.4$ ).

Aufgrund der zum Teil sehr kleinen und ungleich verteilten Stichprobengrößen wurden für Studierenden und Auszubildende separate Kruskal-Wallis-Tests berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf  $p < 0,05$  festgelegt. Es zeigte sich sowohl für die Gruppe der Studierende,  $\chi(5) = 11.94$ ,  $p = .036$  als auch für die Gruppe der Auszubildenden  $\chi(2) = 24.20$ ,  $p = .001$  ein signifikanter Kruskal-Wallis-Tests. Bonferroni-korrigierte Mann-Whitney-U Tests als Post-Tests zeigten jedoch keine Unterschiede im Selbstwertgefühl zwischen den Studiengängen. Für die verschiedenen Ausbildungsgänge in Pflege, Hebammenkunde und den therapeutischen Ausbildungsberufen zeigte sich, dass Auszubildende der Pflege ein höheres Ausmaß an Selbstwertgefühl aufweisen als Auszubildende der Hebammenkunde. Weitere Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich nicht.

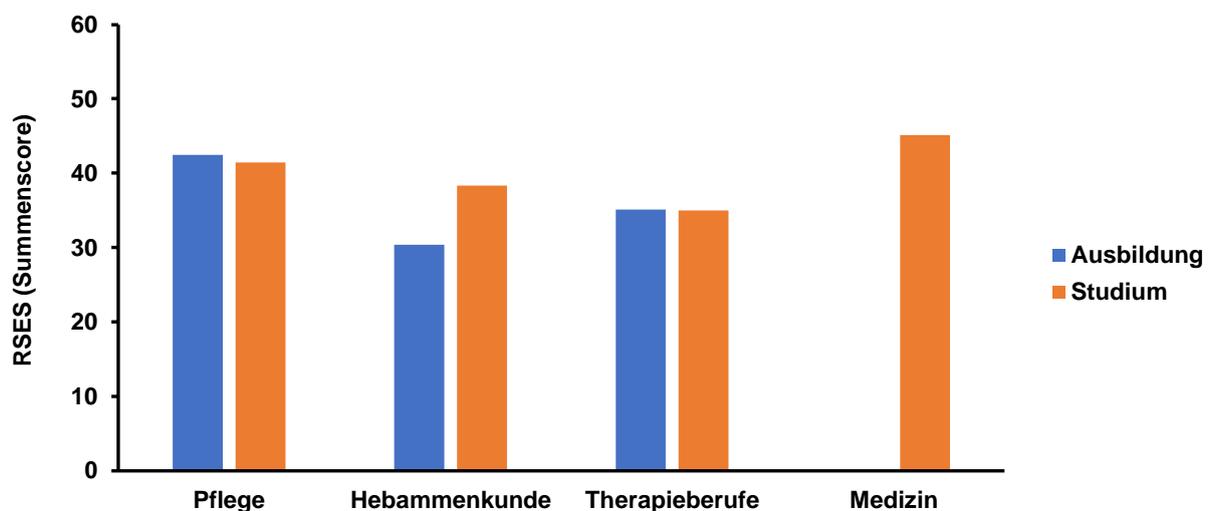


Abbildung 1: Summenscore der Rosenberg Self-Esteem-Scale (RSES) für Studierende und Auszubildende der Pflege, der Hebammenkunde und Therapieberufe sowie Studierende der Medizin

Im Vergleich zwischen Studierenden und Auszubildenden der Pflege ( $n = 318$ ) und den Medizinstudierenden ( $n = 67$ ) zeigt Abbildung 2 die gemittelten RSES-Werte. Dabei zeigt ein  $t$ -Test für unabhängige Messungen, dass Pflegefachkräfte (Studierende und Auszubildende) ein signifikant niedrigeres Selbstwertgefühl aufweisen als Medizinstudierende ( $t(383) = 2.04$ ,  $p = .042$ ). Ein Vergleich zwischen Pflegestudierenden ( $n = 74$ ) und Pflegeauszubildenden ( $n = 244$ ) zeigte keinen Unterschied im Bereich des Selbstwertgefühls.

*Abbildung 2: Summenscore der Rosenberg Self-Esteem-Scale (RSES) für Pflegekräfte (gemittelt über Studium + Ausbildung) sowie Medizinstudierende (nur Studium)*

## Diskussion der Ergebnisse & Ausblick

Hinsichtlich der Frage, wie es um die Pflege steht und dabei speziell um deren professionelle Identität und ihrem Selbstwertgefühl, sind die Ergebnisse der Studie als aufschlussreich einzuschätzen. Obgleich die vorliegenden Studienergebnisse keine Ursachen-Wirkungszusammenhänge aufdecken können. Festzustellen ist, dass die Pflege hinsichtlich ihres Selbstwertgefühls im Feld der Gesundheitsprofessionen knapp im Mittelfeld einzuordnen ist. Spitzenreiter ist unumstritten die Medizin, die das höchste Maß an Selbstwertgefühl aufweist. Im Vergleich zwischen Medizinstudierenden und der Pflege (Ausbildung und Studium gemittelt) haben Pflegefachkräfte ein signifikant niedrigeres Selbstwertgefühl. Pflegekräfte in Ausbildung und Pflegestudierende, die folglich einen verschiedenen Abschluss haben, zeigten keine Unterschiede im Selbstwertgefühl. Auffallend ist, dass die Pflege im Ausbildungsbereich mit einem hohen Selbstwertgefühl punktet und hierbei einen signifikant höheren Selbstwert einnimmt als die Hebammen in Ausbildung. Dennoch überrascht das niedrige Selbstwertgefühl der Pflege gegenüber der Medizin nicht. Vielmehr bestätigen sich damit Ergebnisse ältere Studien, die vor allem vor dem Hintergrund einer soziologischen Perspektive die Macht der Medizin beschreiben (Sander, 2008). Dabei bleibt fraglich warum die Pflege im Jahr 2021 als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen nach wie vor ein deutlich geringeres Selbstwertgefühl als die Medizin aufweist? In Studien findet sich wiederholt als relevanter Faktor für die Ausprägung der professionellen Identität und dem Selbstwertgefühl die Art des Bildungsabschlusses (siehe Degeling et al., 2000; Miller, 2004). Obwohl für die Pflege ein Studienabschluss möglich ist, sind es momentan ausschließlich etwa drei Prozent, die in der unmittelbaren Patientenversorgung im klinischen Bereich tätig sind (vgl. Kocks, 2019). In der Altenpflege sind es mit einem halben Prozent noch weniger Pflegefachpersonen, die zudem fast ausschließlich in Verwaltungsbereichen, fern ab von der Bewohnendenversorgung, tätig sind (Stadler, 2019). Vor dem Hintergrund der Studienergebnisse von Degeling et al. (2000) wonach australische Pflegefachpersonen ein höheres Selbstwertgefühl aufweisen als die englischen Pflegefachpersonen, offenbart sich ein möglicher Erklärungsansatz für das niedrige Selbstwertgefühl der deutschen Pflege. Demnach wird das höhere Selbstwertgefühl der australischen gegenüber der englischen Pflege mit der kompletten Umstellung der Ausbildung an die Hochschulen in Australien in den achtziger Jahren erklärt. Dahingegen erfolgt in England erst langsam und verzögert eine partielle Umstellung der pflegerischen Ausbildung an die Hochschulen. Zudem erscheint dabei der

Faktor Zeit nicht unerheblich zu sein. Degeling et al., die ihre Studie im Jahr 2000 durchführen, haben mit Australien schon zum damaligen Zeitpunkt ein Land ausgewählt, das auf eine fast zwanzigjährige Vollakademisierung zurückblicken kann, inklusive einer akademischen Sozialisation in der Pflegepraxis sowie eines politisch etablierten Berufsstandes. Im Vergleich dazu steckt die deutsche Pflege immer noch in den Kinderschuhen (Kocks, 2019).

Ferner zeigen sich im Vergleich der beiden Professionen Pflege und Medizin in verschiedener Hinsicht noch größere Unterschiede. Die Medizin besitzt dabei ein ausgeprägtes Selbstwertgefühl, eine seit Jahrhunderten bestehende wissenschaftliche Ausbildung an den Universitäten inklusive einer starken Standesvertretung sowie deren auch rechtlich zugeschriebene Rolle eines Versorgungsauftrags für die Gesellschaft (Unschuld, 2006). Auf der anderen Seite steht die Pflege mit einem niedrigen Selbstwert, die es erst partiell seit den neunziger Jahren an die Hochschulen „geschafft“ haben und noch bis in die sechziger Jahre hinein ihre Identität als „Schwester“ generierten, die sich für den Dienst am Nächsten aufopferte (Oelke, 1991). Erwähnenswert ist die Entwicklung der Pflege in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR), die sich in mehrfacher Hinsicht von der Entwicklung in Westdeutschland unterscheidet. Ab 1974 wird in der DDR die Pflege, mit einer Umstellung der Ausbildung, gleichgestellt mit Berufen wie dem Ingenieur bzw. der Ingenieurin. Folglich wurde einerseits das Niveau der Ausbildung angehoben, andererseits erfuhr die Pflege einen höheren gesellschaftlichen Stellenwert. Zudem gilt die Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen Medizin und Pflege als äußerst wichtiges Element für die Arbeitsatmosphäre. Wobei die Personalhierarchie, die Ärzteschaft war dem Pflegepersonal übergeordnet, vergleichbar zur Situation in Westdeutschland gewesen ist (Thiekötter, 2006). Insofern wird eine eher schwach ausgeprägte professionelle Identität und damit einhergehend ein niedriges Selbstwertgefühl der Pflege immer auch aus einer Historie heraus entwickelt. Infolgedessen schreibt sich diese professionelle Identität so lange fort bis tatsächliche Veränderungen im Feld der Gesundheitsversorgung eintreten (Flaiz, 2018).

In diesem Bild der Gesundheitsversorgung als ein Feld mit verschiedenen Spielerinnen und Spielern, die über unterschiedliches Kapital verfügen (Bourdieu, 1993), ist die Medizin dahingehend überlegen, dass sie eine Entscheidungsmacht besitzt, die ebenfalls ihr Selbstwertgefühl stärkt (Unschuld, 2006). Das Kapital der Pflege ist hingegen in diesem Feld, dessen Spiellogik maßgeblich vom ärztlichen Personal dominiert wird geringer (Wolf & Vogd, 2018; Frenk et al., 2010). Das pflegerische Personal hat als Kapital ausschließlich eine eingeschränkte Entscheidungsmöglichkeit. Wolf und Vogd (2018) sehen darin eine Gefahr, dass Entscheidungen für das Patientenwohl verdeckt durch die Pflege erfolgen oder in *doctor-nurse-games* (Stein, 1967 in Sander, 2008) die informellen Interventionen erreicht werden (Wolf & Vogd, 2018). Fagerberg (2004) beschreibt eine ausgeprägte professionelle Identität, die ebenso einhergeht mit einem starken Selbstwertgefühl der Pflege als Voraussetzung dafür, dass Pflege die anwaltschaftliche Vertretung der Patientinnen und Patienten wahrnimmt. Für diese Wahrnehmung benötigt es jedoch ebenfalls Zeit, die in Deutschland aufgrund des Personalmangels, wenig gegeben ist (Simon & Mehmecke, 2017). Im internationalen Vergleich haben Pflegekräfte in Deutschland einer der höchsten Zahlen an Patientinnen und Patienten zu versorgen. Insofern ist die Forderung der Einführung einer evidenzbasierten Pflegepersonalausstattung, die sich am individuellen Pflegebedarf ausrichtet zu unterstreichen. Gleichwohl weisen internationale Studien auf ähnliche Schwierigkeiten hin. Wobei nicht allein der mangelnde Patientenkontakt aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen problematisch ist, vielmehr zeigen sich in verschiedenen Studien Tendenzen der Distanzierung der Pflege von Patientinnen und Patienten (Cecil & Glass, 2015). Diese Entwicklung ist auch

deshalb mit Sorge zu betrachten, da insbesondere Benner (2000) mit ihrer Studie das emotionale Einlassen<sup>1</sup> von Pflegekräften beschrieben hat und dieses in Verbindung bringt mit einer starken professionellen Identität und einem hohen Selbstwertgefühl der Pflege. Entgegen der Annahme, dass emotionales Einlassen von Pflegekräften zu einem Burnout führt, konnten zudem Ablett und Jones (2007) in ihren Arbeiten aufzeigen, dass vielmehr gegenteiliges der Fall ist und sich darüber hinaus positive Wirkungen auf die eigene Person eröffnen (Cicolini et al., 2014). Ebenfalls beschreibt Madsen (2009) die Verbindung von einer starken professionellen Identität und einer ausgeprägten Resilienz.

Es wird ersichtlich, dass die Frage, warum die deutsche Pflege im Jahr 2021 weiterhin eine schwach ausgeprägte professionelle Identität und damit einhergehend ein niedriges Selbstwertgefühl aufweist, nicht anhand eines einzelnen Faktors zu erklären ist. Eberhart verweist bei der Entwicklung der professionellen Identität darauf, dass *„Persönliche Interessen, Wertmaßstäbe und Bedürfnisse [...] hierfür in Einklang mit im Beruf vorherrschenden Strukturen, Erwartungen und Anforderungen zu bringen [sind].“* (Eberhardt, 2017). Folglich ist in der Diskussion die Rolle der Pflege oder vielmehr deren Eigenanteil in Hinblick auf das niedrige Selbstwertgefühl zu betrachten. Dabei ist die Unterdrückungstheorie von Freire interessant, der seine Theorie auf Beobachtungen mit kolonialisierten Bevölkerungsgruppen stützt. Er beschreibt anhand dessen, wie unterdrückte Gruppen sich mit der Zeit selbst als wertlos wahrnehmen, beispielsweise mit ihrer Sprache, ihrer Hautfarbe oder ihrer Kleidung. Diese Selbstentwertung erfolgt, da die dominierende Gruppe Maßstäbe, Werte und Normen setzt, die im Verlauf der Zeit von der unterdrückten Gruppe angenommen und als Teil ihres Selbst internalisiert werden. Innerhalb der unterdrückten Gruppe etablieren sich wiederum unterschiedliche Modi; so gibt es Gruppenmitglieder, die dadurch versuchen erfolgreich zu sein, in dem sie probieren besonders ähnlich zur dominierenden Gruppe zu handeln, folglich ihre eigenen Attribute verdrängen. Dieser Modus ist für Frauen in Führungspositionen beschrieben, die besonders „männlich“ auftreten. Sie verdrängen mögliche typisch weibliche Attribute im Versuch des So-zu-Sein wie eine männliche Führungskraft. Innerhalb der unterdrückten Gruppe führen diese unterschiedlichen Modi jedoch zu Konflikten in dessen Folge sie sich nicht mit gemeinsamer Kraft gegen die dominierende Gruppe wehren oder sich von dieser lösen können. Im Weiteren beschreibt Freire verschiedene Methoden der dominierenden Gruppe, um die unterdrückte Gruppe erfolgreich „klein“ zu halten. Er benennt allerdings ebenso Strategien damit sich unterdrückte Gruppe befreien. Roberts bezeichnet die Pflege als typisch unterdrückte Gruppe, die alle von Freire beschriebenen Attribute erfüllt (Roberts, 2000). Darüber hinaus untermauern die Studienergebnisse von Sander (2008) zu den Machtspielen im Klinikalltag, wie die Medizin weiterhin dominierend wirkt. Ferner zeigt eine Analyse von Simon und Flaiz (2015), die negative Bewertung der Ärzteschaft in Hinblick auf die hochschulische Qualifikation der Pflege. Entsprechend der Unterdrückungstheorie übernehmen Pflegefachpersonen diese negative Einschätzung zur Akademisierung der Pflege und schwächen sich dadurch selbst. Roberts (2000) hat bereits vor mehr als zwanzig Jahren ein potentielles Modell entwickelt, um sich aus dieser Opferrolle zu befreien.

---

<sup>1</sup> Emotionales Einlassen kann dabei für die deutsche Pflege am ehesten mit Empathie beschrieben werden, wie sie von Kocks und Kaschull (o.J.) definiert ist: Empathie wird definiert als Fähigkeit, die emotionale Situation eines anderen Menschen zu erkennen, zu verstehen und mitzufühlen. Dabei muss gleichzeitig ein Bewusstsein dafür bestehen, dass die mitgefühlten Emotionen empathisch übertragen sind, also der Ursprung dieser Emotionen in der anderen Person liegen.

Die vorliegenden Studienergebnisse können keine Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge aufdecken. Dennoch trägt die Diskussion der Ergebnisse zur Bestimmung des aktuellen Standpunkts in Hinblick auf die professionelle Identität und dem Selbstwertgefühl von Pflege bei und liefert darüber hinaus Überlegungen potentieller Erklärungsansätze. Zu konstatieren ist ein weiterhin bestehender Handlungsbedarf, der insbesondere die Bereiche Bildung, Management und Pflegepraxis adressiert. Professionelle Identität und zugehörig das Selbstwertgefühl lassen sich als ein Konglomerat beschreiben, dessen Wirkungsgefüge nicht einfach aufzulösen ist. Für die Pflege bedeutet dies, dass sie weiterhin und vor allem gemeinsam „Schritt für Schritt“ in Richtung starke professionelle Identität und höherem Selbstwertgefühl zu marschieren hat.

## Literatur

- Ablett, J. R., Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology – Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16, 733–740.
- Ashforth, B. E., Harrison, S. H., & Corley, K. G. (2008). Identification in Organizations: An Examination of Four Fundamental Questions. *Journal of Management*, 34(3), 325–374. <https://doi.org/10.1177/0149206308316059>
- Bourdieu, P. (1993). *Soziologische Fragen. Aus dem Französischen von Hella Beister und Bernd Schwibs*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Cecil, P., & Glass, N. (2015). An exploration of emotional protection and regulation in nurse-patient interactions: The role of the professional face and the emotional mirror. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 22(4), 377–385. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.06.002>
- Cicolini, G., Comparcini, D., & Simonetti, V. (2014). Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *Journal of nursing management*, 22(7), 855–871. <https://doi.org/10.1111/jonm.12028>
- Cowin, L. (2001). Measuring Nurses' Self-Concept. *Western Journal of Nursing Research*, 23(3), 313–325. <https://doi.org/10.1177/01939450122045177>
- Cowin, L. S., Craven, R. G., Johnson, M., & Marsh, H. W. (2006). A longitudinal study of student and experienced nurses' self-concept. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 13(3), 25–31. [https://doi.org/10.1016/s1322-7696\(08\)60529-6](https://doi.org/10.1016/s1322-7696(08)60529-6)
- Cowin, L. S., & Hengstberger-Sims, C. (2006). New graduate nurse self-concept and retention: a longitudinal survey. *International journal of nursing studies*, 43(1), 59–70. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.03.004>
- Cowin, L. S., Johnson, M., Craven, R. G., & Marsh, H. W. (2008). Causal modeling of self-concept, job satisfaction, and retention of nurses. *International journal of nursing studies*, 45(10), 1449–1459. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.10.009>
- Degeling, P., Hill, M., Kennedy, J., Coyle, B., & Maxwell, S. (2000). A cross-national study of differences in the identities of nursing in England and Australia and how this has affected nurses' capacity to respond to hospital reform. *Nursing inquiry*, 7(2), 120–135. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2000.00056.x>
- Eberhardt, D. (2017). Die Generalabsage an das schulische Arbeiten und ihre Bedeutung für die pflegeberufliche Identitätsarbeit. *PADUA*, 12, (1), 5-6.
- Fagerberg I. (2004). Registered Nurses' work experiences: personal accounts integrated with professional identity. *Journal of advanced nursing*, 46(3), 284–291. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02988.x>
- Fagermoen M. S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 25(3), 434–441. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025434.x>
- Ferring, D., Philipp, S.H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala [Measurement of self-esteem: Findings on reliability, validity, and stability of the Rosenberg Scale]. *Diagnostica*, 42, 284–292.

- Flaiz, B. (2018). *Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Vergleich zwischen Australien und Deutschland.* Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Frenk, J.; Chen, L.; Bhutta, Z., A.; Cohen, J.; Crisp, N.; Evans, T., et al. (2010). *Health professionals für das neue Jahrhundert– die Bildung verändern, um die Gesundheitssysteme in einer interdependenten Welt zu stärken.* *The Lancet/Careum*, S. 5–9.
- Ibarra, H. (1999). *Provisional Selves: Experimenting with Image and Identity in Professional Adaptation*, *Administrative Science Quarterly*, 44 (4) 764-791. Abgerufen von [http://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341\\_Readings/Selfpresentation\\_Impression\\_Formation/Ibarra\\_1999\\_Provisional\\_selves.pdf](http://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341_Readings/Selfpresentation_Impression_Formation/Ibarra_1999_Provisional_selves.pdf) am 21.08.2021.
- Kocks, A. (2019). *Deutschland braucht mehr akademisch ausgebildete Pflegende.* 1. VPU-Kongress 15. und 16. November 2019. Abgerufen von <https://www.vpuonline.de/wp-content/uploads/VPU-Presseninfo.pdf> am 19.12.2020.
- Kocks, A.; Kaschull, K. (o.J.): *empCARE. Pflege für Pflegende. Ein empathiebasiertes Entlastungskonzept.* Abgerufen von <https://www.pflegekongress.at/html/publicpages/154417550047587.pdf> am 23.08.2021.
- Madsen, W., McAllister, M., Godden, J., Greenhill, J., & Reed, R. (2009). *Nursing's orphans: how the system of nursing education in Australia is undermining professional identity.* *Contemporary nurse*, 32(1-2), 9–18. <https://doi.org/10.5172/conu.32.1-2.9>
- Miller J. L. (2004). *Level of RN educational preparation: its impact on collaboration and the relationship between collaboration and professional identity.* *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 36(2), 132–147.
- Neyer, F.; Asendorpf, J.B. (2018). *Psychologie der Persönlichkeit.* 6. Auflage. Wiesbaden: Springer.
- Oelke, U. (1991). *Planen, Lehren und Lernen in der Krankenpflegeausbildung. Begründungsrahmen und Entwicklung eines offenen, fächerintegrativen Curriculums für die theoretische Ausbildung.* Basel: RECOM.
- Roberts S. J. (2000). *Development of a positive professional identity: liberating oneself from the oppressor within.* *ANS. Advances in nursing science*, 22(4), 71–82. <https://doi.org/10.1097/00012272-200006000-00007>
- Sander, K. (2008). *Power Games in the Hospital – Doing Gender or Doing Profession?* In: *FQS. Forum Qualitative Sozialforschung* 9 (1), Artikel 4. Abgerufen von <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/323/708> am 25.08.2021.
- Simon, A. (2018). *Integrationsseminar des Studiengangs BWL-Gesundheitsmanagement: Gesundheitskompetenz in Familien.* In Ebinger, M. (Hrsg.), *Tagungsband Public Health Symposium (S.5-10).* Abgerufen von [https://www.dhbw-stuttgart.de/fileadmin/dateien/Angewandte\\_Gesundheitswissenschaften/Tagungsband\\_online.pdf](https://www.dhbw-stuttgart.de/fileadmin/dateien/Angewandte_Gesundheitswissenschaften/Tagungsband_online.pdf) am 26.07.2021.
- Simon, A.; Flaiz, B. (2015). *Sichtweisen der Ärzteschaft zur Professionalisierung der Pflege.* *Heilberufe Science* 6 (4), 86–93.
- Simon, M., Mehmecke, S. (2017). *Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser.* *Working Paper Forschungsförderung.* Nummer 027, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.). Abgerufen von [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_fofoe\\_WP\\_027\\_2017.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf) am 03.08.2021.
- Stadler, R. (2019). *Anfrage der Grünen. In der Pflege fehlen qualifizierte Ausbilder.* *Süddeutsche Zeitung.* Abgerufen von <https://www.sueddeutsche.de/politik/pflege-ausbilder-bundesregierung-gruene-1.4545277> am: 20.08.2021.
- Thiekötter, A. (2006). *Pflegeausbildung in der Deutschen Demokratischen Republik. Ein Beitrag zur Berufsgeschichte der Pflege.* Frankfurt am Main: Mabuse Verlag Wissenschaft 92.
- Van Eckert, S., Gaidys, U., & Martin, C. R. (2012). *Self-esteem among German nurses: does academic education make a difference?* *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(10), 903–910. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01862.x>
- Wolf, J.; Vogd, W. (2018). *Professionalisierung der Pflege, Deprofessionalisierung der Ärzte oder vice versa?* In Müller-Hermann, S., Becker-Lenz, R., Busse, S.; Ehlert, G. (Hrsg.), *Professionskulturen – Charakteristika unterschiedlicher professioneller Praxen.* Edition Professions- und Professionalisierungsforschung, Vol. 10. Wiesbaden: Springer VS.

# Wie eine Brille den Blick schärfen kann – Rückblick und Gedanken zur Umsetzung einer Pflgeetheorie und damit verbundene Entwicklungen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Grunau, A. und Zoller, E.

## Diskussion um Pflgeetheorien

Pflgeetheorien, in all ihren Facetten, wurden in den letzten Jahrzehnten innerhalb der Pflegewissenschaft viel diskutiert. Hierbei waren und sind zwei Pole auszumachen: Die einen, die die Anwendung von Pflgeetheorien als Grundvoraussetzung für professionelles pflegerisches Handeln betrachten, die anderen, die deren Umsetzung in der Praxis als wenig zielführend, manchmal gar überflüssig betrachten. Dazwischen liegen unzählige weitere Einschätzungen zum Für und Wider der Umsetzung von Pflgeetheorien. Muss es die eine Pflgeetheorie sein? Oder sind bedarfsgerechte Kombinationen aus mehreren Theorien sinnvoller? Eine Theorie welcher Reichweite ist zu wählen? Für viele ist die Auseinandersetzung mit Pflgeetheorien eine notwendige Entwicklung in der damals noch jungen Pflegewissenschaft, aber nicht mehr als ein Meilenstein, den man irgendwann hinter sich zurücklässt. Für manche ist es nur eine Möglichkeit unter vielen, pflegerisches Handeln zu professionalisieren und zu strukturieren.

## Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklungen

Im Olgahospital, heute Teil des Klinikum Stuttgarts, wurden für die Anwendung einer Pflgeetheorie schon früh die Weichen gestellt. Ein Blick auf die 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts zeigt, welchen Herausforderungen sich junge Familien und somit auch Kinderkliniken stellen mussten. Es gab einen zunehmend erkennbaren Bedarf, Eltern systematisch und gezielt bei der Erfüllung gesundheitsbezogener Aufgaben in der Betreuung ihrer Kinder zu unterstützen. Denn die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Eltern und Kinder unterlagen einem Wandel: Mehr und mehr gab es eine räumliche Trennung der Generationen innerhalb der Familie und somit die Zunahme von Kleinstfamilien und auch Alleinerziehenden. Dadurch bedingt reduzierten sich Wissen, Erfahrung und Netzwerke rund um die Versorgung von Kindern. Wo früher Großeltern und andere Verwandte unterstützend zur Seite standen oder junge Eltern im Großfamilienverbund sich bei anderen Eltern manches anschauen konnten, verschwanden die Ansprechpartner\*innen im direkten Umfeld. Auch die zunehmende Zahl an Familien mit Migrationshintergrund spielte eine Rolle, bei denen Sprache und auch eingeschränktes Wissen bezüglich der Gesundheitsversorgung im deutschen Kulturraum viele Problematiken sichtbar machte. Nicht zuletzt trafen Mitarbeitende in

Kinderkliniken häufiger auf Familien, die mit zunehmend mehr und vielfältigen Informationsmöglichkeiten überflutet wurden. Oftmals waren sie durch eigene Ansprüche und die ihres Umfeldes sowie bei der Auswahl notwendiger und geeigneter Maßnahmen für ihr Kind regelrecht überfordert.

Gesundheitspolitisch setzte sich der Gedanke der Kunden- bzw. Patientenorientierung durch, über das Krankenpflegegesetz kam Anleitung, Schulung und Beratung in der Pflege eine stärkere Bedeutung zu. Auf der anderen Seite stieg der Druck auf Kliniken durch die Einführung der DRGs und den zunehmenden Wettbewerb mit anderen Einrichtungen. Von diesen vielfältigen Faktoren beeinflusst, versuchte man im Olgahospital mit Hilfe einer Ist - Analyse Einblick in die Sicht der Kinder und Eltern in Bezug auf ihren Krankenhausaufenthalt zu bekommen. Durch Begleitung und Ablaufbeobachtung sowie Befragung von Patient\*innen/Begleitpersonen und auch Mitarbeitenden sollten Schwachstellen analysiert werden. Es zeigte sich, dass im Bereich der Patientenorientierung, insbesondere im Umgang mit Eltern/Sorgeberechtigten, an vielen Stellen ein deutlicher Entwicklungsbedarf bestand. In Bezug auf die Pflege wurde der Nachweis pflegerischer Leistungen oftmals nicht vollständig erbracht, auch waren Diskontinuitäten bei der Leistungserbringung zu erkennen (vgl. Jung, 1998).

## Entscheidung für eine Pflegetheorie

Der sich für den Pflegebereich im Olgahospital daraus ergebende Lösungsansatz sah die Auswahl und Umsetzung einer Pflegetheorie vor - als eine gemeinsame Basis, ein Konstrukt, mit dem man eine systematische Veränderung in der Pflege herbeiführen wollte. Das im Jahr 2000 beginnende Projekt „Systematisierung der Pflegepraxis“ hatte zum Ziel, mit Hilfe der Selbstpflegedefizittheorie (SPDT) von D. Orem ein umfassendes Pflegekonzept für das Olgahospital zu erstellen. Konkret wurde folgendes Ziel formuliert: Pflegerisches Handeln basiert auf einem gemeinsamen Verständnis vom Auftrag der Pflege – durch die Anwendung einer Pflegetheorie. Zudem sollte durch das Projekt eine Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten und Konzentration auf pflegerische Kernaufgaben, eine strukturierte Informationsweitergabe, sowie ein adäquates Entlassmanagement auf Basis gezielter Anleitung, Schulung und Beratung von Kindern und Bezugspersonen erreicht werden. In den Leitgedanken zum Auftrag der Pflege wurde außerdem formuliert, dass die Fähigkeiten und Entwicklungspotentiale von Kindern und die Kompetenzen ihrer Bezugspersonen im Umgang mit einer Erkrankung oder Einschränkung zu stärken und zu fördern sind (Goller et al., 2004).

Der Fokus auf das Gesamtkonstrukt/System Familie war gefragt, insbesondere auf die Stärkung der Kompetenzen der Bezugspersonen, die viele pflegerische Tätigkeiten für das Kind übernehmen, welches diese entwicklungsbedingt (je nach Alter) noch gar nicht selbst durchführen kann. Parallel und eng verknüpft mit den Entwicklungen des Olgahospitals veröffentlichten Holoch et al. (1999) ein Lehrbuch für die Kinderkrankenpflege, das erstmals einen theoriebasierten Rahmen bot. Pflegesituationen wurden anhand der Selbstpflegedefizittheorie von Dorothea E. Orem strukturiert.

# Konzept der Dependenzpflege

Das für Handlungsfelder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zentrale Konzept der Dependenzpflege wurde in den 70er Jahren in den Rahmen der Pflgetheorie aufgenommen (Taylor, 2001). Es beschreibt die erlernte Fähigkeit, den situativen Selbstpflegebedarf von Personen zu erkennen und zu erfüllen, die „gesundheitlich bedingte oder gesundheitsbezogene Einschränkungen der Selbstpflegekompetenz haben, wodurch sie in eine Betreuung mit sozialer Abhängigkeit geraten.“ (Orem, 1997). Bei Kindern und Jugendlichen bedeutet dies die Integration gesundheitsbedingter, vorrangig aber auch allgemeiner und entwicklungsbedingter Selbstpflegeerfordernisse in „dauerhafte Systeme der Säuglings- und Kinderbetreuung und in die Aktivitäten der Elternschaft“ (Orem, 1997), da Kinder ihren Selbstpflegebedarf entwicklungsbedingt noch nicht selbständig erfüllen können. Somit wird die Unterstützung dieses Dependenzpflegesystems und damit die „systematische Förderung der elterlichen Kompetenz“ (Holoch, 2002) zu einem zentralen Auftrag der Kinderkrankenpflege. Dependenzpflegesysteme unterstützen bestehende Selbstpflegesysteme und fördern dabei auch die Entwicklung der Selbstpflegekompetenz.

Besonders im frühen Kindesalter existieren entwicklungsbedingt nur Ansätze zur Selbstpflege wie z.B. Hinweise auf selbständige Verhaltensregulation im Bereich wach sein und schlafen, sich selbst beruhigen können, Artikulation von Hungergefühl oder Unbehagen etc. Demzufolge übernehmen Eltern oder auch andere Bezugspersonen die erforderliche Dependenzpflege für das Kind. Jedoch haben sie nicht nur die Rolle der/des Dependenzpflegehandelnden inne, sondern auch die der/des Selbstpflegehandelnden im eigenen Selbstpflegesystem (Taylor, 2001). Die Vermutung liegt nahe, dass die eigene Selbstpflegekompetenz der/des Dependenzpflegehandelnden und die Stabilität des eigenen Selbstpflegesystems Einfluss auf die Dependenzpflege eines Kindes hat: Nur mit einem ausgeglichenen eigenen Selbstpflegesystem sind Eltern dazu in der Lage, auch die Dependenzpflege für ihr Kind in ausreichendem Maße zu übernehmen. Daraus ergibt sich für die Pflege die Notwendigkeit, auch die Gesundheit und das Wohlbefinden der Dependenzpflegenden zu betrachten, zu schützen und zu fördern (Taylor, 2001). Zudem spielen an dieser Stelle die grundlegenden Bedingungsfaktoren eine Rolle, die beide Systeme beeinflussen. Hierbei ist auch und vor allem im präventiv-pflegerischen Bereich das Einschätzen der Eltern-Kind-Interaktion und elterlicher Feinfühligkeit ein wichtiger Faktor, der bei der pflegerischen Diagnostik eine zentrale Stelle einnimmt. Betrachtet man die Zunahme an frühkindlichen Regulationsstörungen wie Schlaf- und Fütterstörungen sowie Interaktionsproblematiken wird dies offensichtlich. Mit gezielter Stärkung und Förderung der elterlichen Kompetenz im pflgetheoretischen Rahmen der Dependenzpflege sind diese Probleme regulierbar (Holoch, 2010).

Diese umfassende Sicht auf Patientensituationen in der Pädiatrie wurde zum Kernelement bei der Umsetzung der Selbstpflegetheorie im Olgahospital.

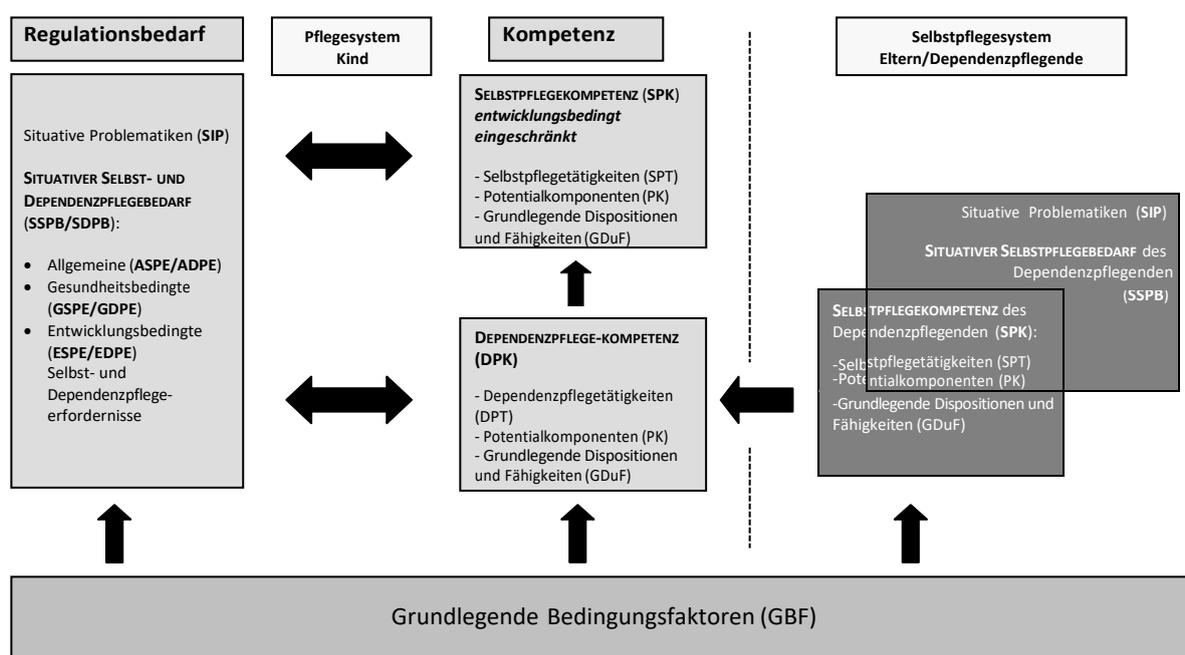


Abbildung 1: Grundstruktur pflegerischer Diagnostik nach Dorothea E. Orem

## Reorganisation des Pflegedienstes

Im Rahmen dieses Implementierungs-Projektes und in enger Zusammenarbeit mit anderen Kliniken, die ihr Pflegekonzept an der SPDT ausrichteten, entschied sich die Pflegedirektion schließlich auch für eine strukturelle Reorganisation des Pflegedienstes. Das Herausfiltern und die primäre Betreuung von Fällen, die eine aufwendigere Pflegeplanung und Versorgung erforderten, die Zuordnung von patientenbezogenen Komplexitätsleveln sollte künftig von Pflegeprozessverantwortlichen (PPV) übernommen werden – fallbezogene Pflegeprozesssteuerung durch geschulte Mitarbeitende (Goller et al., 2004).

Dies sorgte bei Teilen von Mitarbeitenden und der Mitarbeitervertretung im Olgahospital zunächst für Skepsis, es könne dadurch zukünftig examinierte Pflegenden erster und zweiter Klasse geben (deren Arbeit womöglich weniger wert wäre). In dieser Diskussion um höher- oder minderwertigere pflegerische Aufgaben, unterschiedliche Bezahlung und letztendlich auch mit den damals noch einzeln bestehenden Standorten (die später zu Zentren des Klinikum Stuttgart wurden), gerieten die Bedeutung und die positiven Effekte der Umsetzung der SPDT zusehends in den Hintergrund. Mit der späteren Grundsatzentscheidung für die Pflegetheorie von Roper, Logan und Tierney für das Gesamtklinikum wurde das Ende der Umsetzung der Selbstpflegetheorie schließlich eingeläutet.

## Effekte der SPDT

Jedoch bleibt bis heute bei vielen Pflegenden, die diesen Entwicklungsprozess miterlebt haben, eine veränderte Grundhaltung bei der Bewertung von Pflegesituationen. Ein systematischer und veränderter Blick auf die Familien, die in die Klinik kommen; „genauer

hinschauen“ war (und ist auch heute noch) das Lösungswort. Nicht nur die Therapie und Behandlungspflege der Kinder, sondern auch oftmals maßgebliche Begleitumstände, Einschätzung der Kompetenzen von Eltern in der Fürsorge und Versorgung ihrer Kinder, Selbstpflegefähigkeiten und -defizite im Pflegesystem der Eltern (d.h. eigene Problematiken im Rahmen der Selbstpflege) rückten mehr in den Fokus der Pflegenden, wurden analysiert und in die individuelle Pflegeplanung aufgenommen. Die Erfassung und Bewertung von Patientensituationen erfolgten anders als zuvor. Die „Brille der Theorie“ gab den Pflegenden eine Struktur in die Hand, mit der sie systematisch Pflegediagnostik betreiben und ihre Expertise gezielt und bedarfsgerecht einsetzen konnten.

So mancher Fall, der auf den ersten Blick einfach zu erfassen schien, brachte bei genauerem Hinsehen doch deutlichen pflegerischen Handlungsbedarf zu Tage, sei es in Bezug auf Wissensvermittlung, praktische Anleitung von allgemeinen oder speziellen pflegerischen Tätigkeiten, Analyse des familiären Netzwerks und Initiierung von internen und externen Unterstützungsmöglichkeiten. Legte man die Struktur der Pflege Theorie an den jeweiligen Fall an, so brachte es oftmals entscheidende Erkenntnisse, die in vielen Fällen unentdeckt oder zumindest unbeachtet geblieben wären. Dies belegen zahlreiche Praxisberichte, sowie auch eine Sammlung von Fallanalysen, die für das Projekt „gestufte Pflegeausbildung der Robert-Bosch-Stiftung“ erstellt wurden (Knigge-Demal et al., 2008).

Darüber hinaus entstanden, in der Zeit der Umsetzung, zahlreiche Instrumente und Kataloge zur theoriebasierten Erfassung und Beschreibung pflegerrelevanter situativer Problematiken, Phänomene, die situationsinstabilisierende Wirkungen haben und durch bewusste Handlungen im Sinne der Selbstpflege reguliert werden können (Bekel, 2002). So konnte gezielt der situative Selbst- und Dependenzpflegebedarf von Patient\*innen oder auch Bezugspersonen benannt und für die pflegerische Diagnostik genutzt werden. Insbesondere ein für die Erfassung von situativen Problematiken entwickeltes Screening-Instrument sowie ein interdisziplinärer Aufnahmebogen für Pflege und Ärzte unterstützte dies. Auf Maßnahmenebene zur Förderung der Selbst- und Dependenzpflegekompetenz entstanden Anleitungformulare und Informationsbroschüren zu verschiedenen Themen. Außerdem hatte die Umsetzung auch positive Auswirkungen auf die frühe Etablierung des Casemanagements sowie die Entwicklung verschiedener pflegerischer und interdisziplinärer Konzepte (z.B. pflegerische Elternberatung, sozialmedizinische Nachsorge, Kinderschutzkonzept).

## **Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention**

Auch im außerklinischen Bereich gab es in dieser Zeit wichtige Entwicklungen, auf die das theoriebasierte Pflegekonzept im Olgahospital letztendlich Einfluss nahm bzw. diese Entwicklung bestärkte.

Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erschloss sich gemeinsam mit Hebammen und anderen Berufsgruppen zahlreiche Tätigkeitsfelder im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, zudem konnte die Weiterbildung Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege etabliert werden. Hierbei spielt vor allem der Bereich der Frühen Hilfen eine besondere Rolle. Beispielsweise das Konzept der in diesem Themenfeld zentralen elterlichen Kompetenz wurde bis dato ausschließlich im interdisziplinären oder

psychologischen Kontext beforst. Hier konnte durch die pflgetheoretischen Aspekte der Dependenzpflge auch ein berufspolitischer Akzent gesetzt werden (Holoch, 2017).

Das mittlerweile eigenständige Versorgungselement der Frühen Hilfen, in dem die Gesundheits- und Kinderkrankenpflge inzwischen fest eingebunden ist, bietet Unterstützung für Familien in belastenden Lebenslagen an. Gravierende Fälle von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen gaben im Jahr 2006 Anlass zu einer breiten gesellschaftlichen Debatte zum Thema Kinderschutz in Deutschland. Die oben genannten Veränderungen und Herausforderungen im System Familie, steigende Kosten in der Kinder- und Jugendhilfe sowie eine Verlagerung in Krankheitsbildern bei Kindern und Jugendlichen hin zu chronischen Erkrankungen und zunehmenden psychischen Störungen machten ein Umdenken notwendig mit dem erklärten Ziel, das Wohl der Kinder in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Verantwortung zu rücken (Paul et al., 2018).

Frühe Hilfen sind Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Die Ziele für die Frühen Hilfen leiten sich von der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen ab, wonach alle Kinder Recht auf Schutz, Förderung und Teilhabe haben, „unabhängig von der Rasse, der Hautfarbe, dem Geschlecht, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen, ethnischen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, einer Behinderung, der Geburt oder des Status des Kindes, seiner Eltern oder seines Vormundes“ (Art. 2 Abs.1 KRK).

Nach dem Leitbild Frühe Hilfen (NZFH, 2016) umfassen diese „vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind es Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention).“ Durch schwierige soziale Lebensumstände sind die Bewältigungsmöglichkeiten von Familien häufig stark eingeschränkt, was sich auch auf die Gesundheit von Kindern auswirken kann. Unterstützungsangebote und Maßnahmen der Frühen Hilfen „tragen dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.“ (NZFH, 2016)

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) brachte 2006 das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“ auf den Weg. Darin wurden bis 2011 zehn Modellprojekte übergreifend in allen Bundesländern angestoßen und wissenschaftlich begleitet. Die wissenschaftliche Begleitung der Modellprojekte koordinierte das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), das ebenfalls im Rahmen des Aktionsprogramms vom BMFSFJ 2007 gegründet wurde. Das NZFH erhielt als Kompetenzzentrum verschiedene Aufgaben mit dem Ziel, den präventiven Kinderschutz und die Fachpraxis beim Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen zu stärken.

In dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz wurden die Frühen Hilfen erstmals gesetzlich verankert. Mit der darin zunächst von 2012 bis 2015 befristeten „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ wurde ein Qualitätsentwicklungsprozess zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen angestoßen. Daran anschließend setzt die Bundesstiftung Frühe Hilfen die erfolgreiche Arbeit fort und stellt eine dauerhafte Förderung der aufgebauten Strukturen und bewährten Angebote der Frühen Hilfen dauerhaft sicher.

Auf kommunaler Ebene werden die unterschiedlichen Angebote der Akteure, Einrichtungen und Institutionen aus unterschiedlichen Sozialsystemen bedarfsgerecht koordiniert und den Familien niederschwellig zur Verfügung gestellt. Insbesondere die Vernetzung der Angebote aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen, aber auch der Schwangerschaftsberatung und der Frühförderung sowie mit Angeboten zur materiellen Grundsicherung sind dabei von zentraler Bedeutung. Inzwischen sind flächendeckende Netzwerke Frühe Hilfen aufgebaut, in denen vor allem Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende und Familienhebammen tätig sind. Auch am Olgahospital/Klinikum Stuttgart wurde bereits 2009 ein niederschwelliges Angebot eingerichtet, in dem dank Finanzierung durch die Olgäle-Stiftung Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen pflegerische Elternberatung anbieten.

## Zusammenfassung

... ein Rückblick auf bewegte Jahre im Olgahospital und in der Berufsgruppe der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege – an deren Gestaltung Fr. Prof. Holoch maßgeblich beteiligt war. Sicher gab es in dieser Zeit darüber hinaus auch einige andere wichtige Entwicklungen in der Pflege, insbesondere im Bereich der Pflegewissenschaft und der pflegerischen Qualitätsentwicklung, die in einem Atemzug zu nennen wären. Jedoch bleibt dieser Rückblick auch ein ganz persönlicher, zudem begrenzt auf die Berufsgruppe der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und auch begrenzt auf die Themen, die eine der größten Kinderkliniken Deutschlands, das Olgahospital/Klinikum Stuttgart, in den vergangenen Jahrzehnten stark geprägt haben.

Die Umsetzung der Selbstpflegetheorie, das Vorantreiben systematischer pflegerischer Diagnostik und die Weiterentwicklung im Themenfeld Gesundheitsförderung und Prävention (insbesondere das Erschließen des Tätigkeitsfeldes der Frühen Hilfen durch die Entwicklung und Umsetzung der Qualifizierung zur Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) sind zentrale Erfolge der beruflichen Karriere von Fr. Prof. Dr. Holoch. Auch die Weichen für einen qualifikationsbezogenen Personaleinsatz wurden mit der Umsetzung des PPV-Konzeptes und des späteren Case-Managements gestellt. Für die Zukunft der Pflege in Kinderkliniken und auch in außerklinischen Arbeitsfeldern sind dadurch in den vergangenen 20 Jahren wichtige Grundsteine gelegt worden, die die adäquate Betreuung, präventive Unterstützung und Gesundheitsförderung von Familien mit gesunden und kranken Kindern auch in der Zukunft sicherstellen.

# Literatur

- *Bekel, G. (2002). Klinische Entscheidungsfindung aus der Perspektive pflegetheoriebasierter Diagnostik. PR-Internet, 4(10), 82-97.*
- *Goller, M. & Holoch, E. (2004). Fall- und prozessorientierte Reorganisation des Pflegedienstes: Das Pflegekonzept des Olgahospitals. Unveröffentlichtes internes Dokument des Olgahospitals, Stuttgart.*
- *Holoch, E. (2017). Grundlegende Konzepte: elterliche Kompetenzen. In Holoch E., Lüdeke, M. & Zoller, E. (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (S.38-48). Stuttgart: Kohlhammer.*
- *Holoch, E. (2010). Die Theorie der Dependenzpflege – ein konzeptioneller Rahmen für die Einschätzung, Stärkung und Förderung elterlicher Kompetenzen. Pflege, 23 (1), 25-36.*
- *Holoch, E. (2002). Systematische Förderung der elterlichen Kompetenz im Umgang mit Erkrankungen ihrer Kinder: ein (v)erkannter Auftrag der Kinderkrankenpflege. PR-InterNet, 4(10), 170-176.*
- *Holoch, E., Gehrke, U., Knigge-Demal, B. und Zoller, E. (1999). Lehrbuch Kinderkrankenpflege: Die Förderung und Unterstützung selbstpflegebezogenen Handelns im Kindes- und Jugendalter. Bern: Hans Huber*
- *Jung, B. (1998). Patientenorientierte Ablaufoptimierung auf dem Weg zum Casemanagement. Unveröffentlichter Projektbericht Ist-Analyse, Olgahospital, Stuttgart.*
- *Knigge-Demal, B, Holoch, E., Flüs, I., & Lauber, A. (2008). Projekt „Gestufte Pflegeausbildung der Robert Bosch Stiftung“: Abschlussbericht der AGII Qualifizierung zur Fachangestellten für Gesundheit und Pflege.*
- *Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2016). Leitbild Frühe Hilfen: Beitrag des NZFH-Beirats, 2. Auflage. Abgerufen von [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_NZFH\\_Kompakt\\_Berat\\_Leitbild\\_fuer\\_Fruehe\\_Hilfen.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Berat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf) am 12.09.2021.*
- *Orem, D. E. (1997). Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.*
- *Paul, M., Backes, J., Renner, I., & Scharmanski, S. (2018). Vom Aktionsprogramm über die Bundesinitiative zur Bundesstiftung Frühe Hilfen. JuKiP - Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, 07(04), 157–161. <https://doi.org/10.1055/a-0635-2600>*
- *Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Neuman, B-M. & Hart, M.A. (2001). A theory of dependent care: a corollary theory to Orem's theory of self care. Nursing Science Quarterly, 14(1), 39-47.*

# Frühe Aufmerksamkeitsstörungen: Unterstützung erst des Umfeldes und dann Therapie des Kindes

Oberle, A.

Kinder mit Verhaltensbesonderheiten beschäftigen uns anhaltend, jetzt noch verstärkt in der Pandemie. Die Aufmerksamkeit und eine vermeintliche Abweichung stehen rasch als übergeordnete Auffälligkeit im Raum. Dies ist z.T. schon deutlich vor der Schulzeit erkennbar und wird nicht nur durch Faktoren, die das Kind selbst betreffen, sondern sehr auch durch das Umfeld beeinflusst.

Wir werden von den Eltern oder weiteren, an der Betreuung der Kinder Beteiligten, um Rat gefragt: ist das Verhalten noch normal und altersgemäß? Sind weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erforderlich? Liegt etwa schon ein AD(H)S vor?

Um adäquat unterstützen zu können, ist ein umfassendes, dem jeweiligen Alter angepasstes Verständnis der individuellen Situation und der jeweiligen Rahmenbedingungen erforderlich. Eine hilfreiche Basis für die weiteren Überlegungen ist die Beschäftigung mit der „frühen Aufmerksamkeit“ im Vorschulalter.

## Aufmerksamkeit

Nach dem *Brockhaus Psychologie* (2001, S. 58) ist die Aufmerksamkeit ein der

*„selektiven Orientierung beim Wahrnehmen, Denken und Handeln zugrundeliegender Zustand gesteigerter Wachheit und Aktivität des Bewusstseins. Ist die Aufmerksamkeit eher passiv und von der Attraktivität der jeweiligen Situation abhängig, spricht man von unwillkürlicher Aufmerksamkeit, wird sie bewusst ausgerichtet und aufrechterhalten, von willkürlicher Aufmerksamkeit“.*

Die Aufmerksamkeit hatte in der Evolution immer wieder eine wesentliche Bedeutung: Früh als eine Top-Down Qualität im Sinne des Zurechtkommens mit gesetzten und gegebenen Anforderungen und damit unterstützend beim „Dranbleiben“. Und auch als unsere Vorfahren sich entschlossen, die symbiotische Beziehung zu ihren Kindern aufzubrechen und sich in der Gemeinschaft um diese zu kümmern. Dadurch eröffnete sich die Möglichkeit, auf die Jagd zu gehen, die Tätigkeiten auf dem Feld zu intensivieren und trotzdem die Betreuung der Kinder sicher zu stellen. (Als wesentlicher Impuls für unsere Evolution konnten dadurch die „Nahrungsausfallzeiten“ wesentlich reduziert werden). Die Kinder, die in der Abwesenheit ihrer Eltern beaufsichtigt wurden, waren aufmerksam bei den Aktivitäten der Betreuenden und sie machten auf sich aufmerksam.

# Aufmerksamkeitssysteme

Als in der Praxis verständliche Konstrukte zur Entwicklung der Aufmerksamkeit bei Kindern sind uns seit längerem das vordere und das hintere Aufmerksamkeitssystem bekannt (Schulte-Markwort & Zinke, 2005).

*Das hintere Aufmerksamkeitssystem:*

- im Wesentlichen im hinteren parietalen Kortex lokalisiert
- ist bereits früh mit ca. 2-3 Monaten funktionsfähig
- spricht auf Neues und deutlich Diskrepanz an
- kann durch innere Motivationsprozesse modifiziert werden
- habituiert mit individuell unterschiedlicher Latenz, als eine Erklärung für die individuelle „Aufgewecktheit?“
- kann als ein von außen gesteuertes Orientierungs- und Erkundungssystem bezeichnet werden

*Das vordere Aufmerksamkeitssystem:*

- im Wesentlichen im präfrontalen Kortex lokalisiert
- braucht eine längere Entwicklungsphase bis ca. 2 Jahre
- ermöglicht eine länger anhaltende Aktivierung von Aufmerksamkeit und Ausdauer
- entwickelt sich in den „Trainingsbereichen“: Eltern- (Betreuer\*in-) Kind-Interaktion, Spielverhalten
- kann als, von innen gesteuertes, übergeordnetes Kontrollnetzwerk bezeichnet werden

## Weitere wichtige Faktoren bei der Entwicklung der Aufmerksamkeit

- Sinne:

Trotz erheblich zugenommener Bemühungen, diese frühzeitig zu beurteilen und ggfs. zu korrigieren, fallen immer wieder Kinder durch das „Raster“ und werden zu spät als auffällig diagnostiziert. Wenn wir die Eltern nach dem Ergebnis der augenärztlichen und der HNO-ärztlichen Untersuchung fragen, schließt sich immer die ebenso wichtige Frage an: „konnte die Untersuchung adäquat durchgeführt werden?“

- Genetik:

Es ist evident, dass es eine familiäre Komponente gibt ( Martin et al., 2014) und dass sowohl weitere stabilisierende als auch destabilisierende Realisationsfaktoren erforderlich sind.

Es gibt genetische Syndrome, die mit Aufmerksamkeitsstörungen vergesellschaftet sind: z.B.: das Angelman Syndrom, das Fragile-X-Syndrom, das 22q11 Mikrodeletionssyndrom, die Neurofibromatose Typ 1

- Umweltfaktoren:

Wir kennen aus unserer täglichen Praxis wesentliche, sowohl positive als auch negative Einflüsse aus dem Umfeld des Kindes. Eine besondere Relevanz hat u.a. die Fetale Alkohol Spektrum Störung (FASD).

Es war für uns eine besondere Erfahrung, als wir bei einem Besuch in Tansania erfahren konnten, dass es dort ebenfalls eine deutliche Anzahl von Kindern mit Aufmerksamkeitsproblemen gibt (Polanczyk et al., 2007). Vor diesem Hintergrund kamen wir u.a. zu folgenden, weitergehenden Überlegungen:

Neben weiteren Faktoren scheint etwas wesentlich zu sein, das europäische und afrikanische Kinder verbindet. Wir nennen es Orientierung und werden es im weiteren Verlauf noch näher ausführen.

## Pathogenetische Faktoren, Dispositionen

- *Stressbedingte Erhöhungen des Cortisols in der Schwangerschaft* haben Veränderungen der epigenetischen Konfiguration des entsprechenden Rezeptorgens des Fötus zur Folge. Damit scheint sich nicht nur die Entwicklung der Nervenzellen zu ändern, sondern auch die Reaktion auf Stress im späteren Leben (Provençal et al., 2020).
- sich entwickelnde *Instabilitäten im Neurotransmitterstoffwechsel*, insbesondere des Dopamins, sind schon länger bekannte Faktoren, deren Ursachen weiterhin nicht abschließend geklärt sind, uns aber ein verständliches Erklärungsmodell liefern für den Wirkmechanismus einer Medikation. Die beteiligten Hirnzentren entwickeln sich unter den individuellen Einflussfaktoren und sind ggf. später die Angriffspunkte einer Medikation.

## Diagnostik

Gemäß der aktuell gültigen S3 Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ soll „bei Kindern,... mit Entwicklungs-, Lern-/ Leistungs- oder Verhaltensproblemen oder anderen psychischen Störungen und Hinweisen auf Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und Konzentration oder auf erhöhte Unruhe oder Impulsivität die *Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass eine ADHS vorliegt* und eine entsprechende Abklärung veranlasst werden“ (AWMF, 2017).

**Die Diagnose soll**, zitiert nach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF, 2017), **gestellt werden** (folgende Aufzählung beschränkt sich auf Kinder im Vorschulalter)

- aufgrund einer umfassenden strukturierten Exploration des Patienten und seiner Bezugspersonen zu
  - der aktuellen ADHS-Symptomatik in verschiedenen Lebensbereichen
  - den daraus resultierenden Einschränkungen der Funktionsfähigkeit (z.B. in den Beziehungen, der Leistungsfähigkeit, der Teilhabe) (Anmerkung: das gilt auch schon für Kinder im Vorschulalter)
  - aktuellen koexistierenden psychischen Symptomen / Störungen oder körperlichen Erkrankungen
  - aktuellen und früheren Rahmenbedingungen, Ressourcen und Belastungen in der Familie und im Kindergarten einschließlich der psychischen und körperlichen Gesundheit der Bezugspersonen

- der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte vor dem Hintergrund der allgemeinen Entwicklungsanamnese einschließlich der Vorbehandlungen
- der Verhaltensbeobachtung des Patienten/ der Patientin
- der körperlichen und insbesondere der neurologischen Untersuchung mit Beurteilung des Entwicklungsstandes
- die Diagnose ADHS soll nicht ausschließlich auf der Grundlage von psychologischen Tests gestellt werden (AWMF, 2017). Ergänzende Hinweise bei Verdacht auf (intellektuelle) Überforderung oder Entwicklungsstörungen können wesentlich sein (AWMF, 2017).
- die zusätzlich wichtige *Selbsteinschätzung des Patienten/ der Patientin* wird bei jüngeren Kindern durch eine Einschätzung des *subjektiven Erlebens des Kindes* und den *Einfluss auf die Teilhabe* ersetzt
- Wieder zitiert nach (AWMF, 2017) sind altersspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen:
  - die Diagnose einer ADHS soll nicht vor dem Alter von 3 Jahren gestellt werden
  - bei Kindern von 3 – 4 Jahren kann die Diagnose in der Regel nicht hinreichend sichergestellt werden
  - bei Kindern im Vorschulalter soll die Diagnose in der Regel nur bei sehr starker Symptomatik gestellt werden
  - bei jüngeren Kindern können sehr stark ausgeprägte Unruhe, Impulsivität und Ablenkbarkeit sowie Störungen der Regulation Risikofaktoren für die Entwicklung einer ADHS sein
  - je jünger die Kinder sind, umso schwieriger ist eine Abgrenzung zu Normvarianten
- eine routinemäßige Überprüfung von Laborparametern ist nicht erforderlich, nur bei Hinweisen auf mögliche somatische Erkrankung (AWMF, 2017)

## Differentialdiagnosen und koexistierend auftretende Störungen

- Störungen des Sozialverhaltens, die mit Verweigerung von Aufgaben einhergehen können, die Anstrengung verlangen (AWMF, 2017)
- Oppositionelles Trotzverhalten
- umschriebene Entwicklungsstörungen und Lernstörungen, die mit Unaufmerksamkeit einhergehen können (ebd.)
- Intelligenzminderung, welche bei Überforderung Symptome einer ADHS auslösen kann (ebd.)
- Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), bei denen Unaufmerksamkeit ebenfalls ein vorherrschendes Symptom sein kann (ebd.)
- Angststörungen, bei denen Unaufmerksamkeit und Unruhe in Zusammenhang mit Angst auftreten können (ebd.)
- Unaufmerksamkeit bei Schlafstörungen (ebd.)
- Frühe Traumatisierungen
  - die die Grundlagen für altersentsprechende Entwicklungs- und Lernschritte behindern

- welche in der Folge oft die gleiche Symptomatik, wie eine Aufmerksamkeitsstörung zeigen
- Organische Erkrankungen
  - Seh- und Hörstörungen mit der Folge von Aufmerksamkeitsstörungen
  - Anfallsleiden mit Unaufmerksamkeit und motorischer Unruhe, z.T. auch als Folge einer Medikation
  - Schilddrüsenfunktionsstörungen

## Interventionen

Der im Rahmen eines multimodalen therapeutischen Gesamtkonzeptes erstellte Behandlungsplan berücksichtigt (AWMF, 2017)

- die individuelle Symptomatik
- den persönlichen Leidensdruck
- die Beeinträchtigung der Teilhabe

Bei Kindern vor dem Alter von sechs Jahren soll deshalb primär psychosozial (einschließlich psychotherapeutisch) interveniert werden (ebd.).

Eine Pharmakotherapie der ADHS-Symptomatik soll nicht vor dem Alter von drei Jahren angeboten werden, von 3 – 6 Jahren nur durch Ärzt\*innen mit besonderen Kenntnissen von Verhaltensstörungen in dieser Altersgruppe. Auf mögliche Auswirkungen auf das Gewicht und das Längenwachstum ist dabei besonders zu achten (ebd.).

## Definition Psychosoziale Interventionen nach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.

*„Psychosoziale Interventionen umfassen die nach einer Ausbildung erlernten, bewussten und geplanten psychologischen, psychotherapeutischen und sozialen Interventionen zur Verminderung von ADHS oder komorbiden psychischen Störungen. Psychosoziale Interventionen können direkt an den Patienten oder seine Bezugspersonen (z.B: Eltern, Erzieher, Partner) gerichtet sein oder auch das nähere oder weitere Umfeld des Patienten (Familie, Kindertagesstätte) einbeziehen. Psychosoziale Interventionen können von verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt werden, wenn sie eine entsprechende Qualifikation besitzen, beispielsweise Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen, Ärzt\*innen, Pädagog\*innen, Ergotherapeut\*innen oder Sozialarbeiter\*innen.“*

Eltern von Kindern mit ADHS vor dem Einschulungsalter sollen als primäre Intervention ein Elternt raining/ eine Elternschulung/ Elternberatung (einschließlich Psychoedukation) angeboten werden (AWMF, 2017).

Ziel ist, das Verständnis der Eltern für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten zu optimieren und expansive Verhaltensprobleme sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im häuslichen Umfeld zu vermindern (ebd.).

Da ADHS-Symptome auch im Kindergarten/ in der Kindertagesstätte auftreten, sollte den Pädagog\*innen eine Schulung auf verhaltenstherapeutischer Basis (Erzieher\*innentraining) oder eine Beratung angeboten werden. Diese Interventionen zielen darauf ab, das

Verständnis der Pädagog\*innen für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten vor dem Hintergrund der ADHS-Symptomatik zu optimieren und expansive Verhaltensprobleme einschließlich der ADHS-Symptome sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im Umfeld des Kindergartens/ der Kindertagesstätte zu vermindern. Dabei sollten auch Programme eingesetzt werden, die primär für Kinder mit oppositionellem oder aggressivem Verhalten entwickelt wurden. Diese Programme können auch dann eingesetzt werden, wenn nicht die formale Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens gestellt wird (AWMF, 2017).

**Kindzentrierte Interventionen** (Trainings) zur Verbesserung von Spiel- und Beschäftigungsintensität und -ausdauer oder zur Einübung von Handlungsabläufen im Alltag können als ergänzende Maßnahme angeboten werden, sie sind jedoch *in der Regel nicht alleine ausreichend* (ebd.). Wie schon oben angeführt, ist der Einbezug der Eltern und Betreuenden wesentlich.

Zur Unterstützung einer altersadäquaten kindlichen Entwicklung sollten 3 zentrale Bedürfnisse Berücksichtigung finden:

- Emotionale Sicherheit: die psychischen und physischen Bedürfnisse werden ausreichend befriedigt
- Soziale Sicherheit: das Kind erhält ausreichend Zuwendung und fühlt sich von den Bezugspersonen und anderen Kindern akzeptiert
- Altersadäquate Entwicklungsförderung: die soziale und materielle Umgebung ermöglicht es dem Kind, sich altersentsprechend zu entwickeln. Das Kind ist den Kompetenzen gemäß selbstbestimmt und macht dabei die Erfahrung, dass es erfolgreich sein kann

In Anlehnung an das *Fit-Prinzip nach Remo Largo* (Largo, 2017). werden die folgenden Zielsetzungen verfolgt:

- dem Kind zu helfen,
  - seine Stärken zu verwirklichen,
  - seine Schwächen zu akzeptieren und zu lernen, damit umzugehen,
  - ein gutes Selbstwertgefühl zu entwickeln

Dem Kind werden dadurch Lernerfahrungen ermöglicht, die sich einprägen, die sich im entwickelnden kindlichen Gehirn strukturell verankern und eine wesentliche Grundlage für zukünftige Verhaltensmuster darstellen.

Aus unserer Sicht ist entscheidend, dass diese positiven Erfahrungen sich im Rahmen der sich altersentsprechend veränderten Begleitung der Eltern und Betreuenden erfolgt, die dem Kind die nötige Orientierung geben. Dabei spielt die jeweilige Interaktion und Kommunikation eine entscheidende Rolle.

Nicht nur das Kind, sondern auch die Eltern und Bezugspersonen benötigen als quasi „inneren Kompass“ eine gute Orientierung.

Bei Schwächen und Unsicherheiten in diesen Bereichen können wir von außen unterstützen und begleiten (siehe Abbildung 1).

## Kernaussagen:

- Die diagnostische Einschätzung berücksichtigt insbesondere die subjektive Befindlichkeit des Kindes und den Einfluss auf die individuelle Teilhabe
- Die relevanten Hirnzentren des Kindes entwickeln sich durch äußere Einflüsse und Lernerfahrungen und sind wesentlich beeinflussbar, schon bevor dort evtl. später eine Medikation ansetzt
- Interventionen müssen primär immer das Umfeld miteinbeziehen
- Die Unterstützung des Umfeldes steht in der Regel vor der Therapie des Kindes
- Das Kind und seine Begleiter\*innen benötigen Orientierung und dabei ggfs. Unterstützung

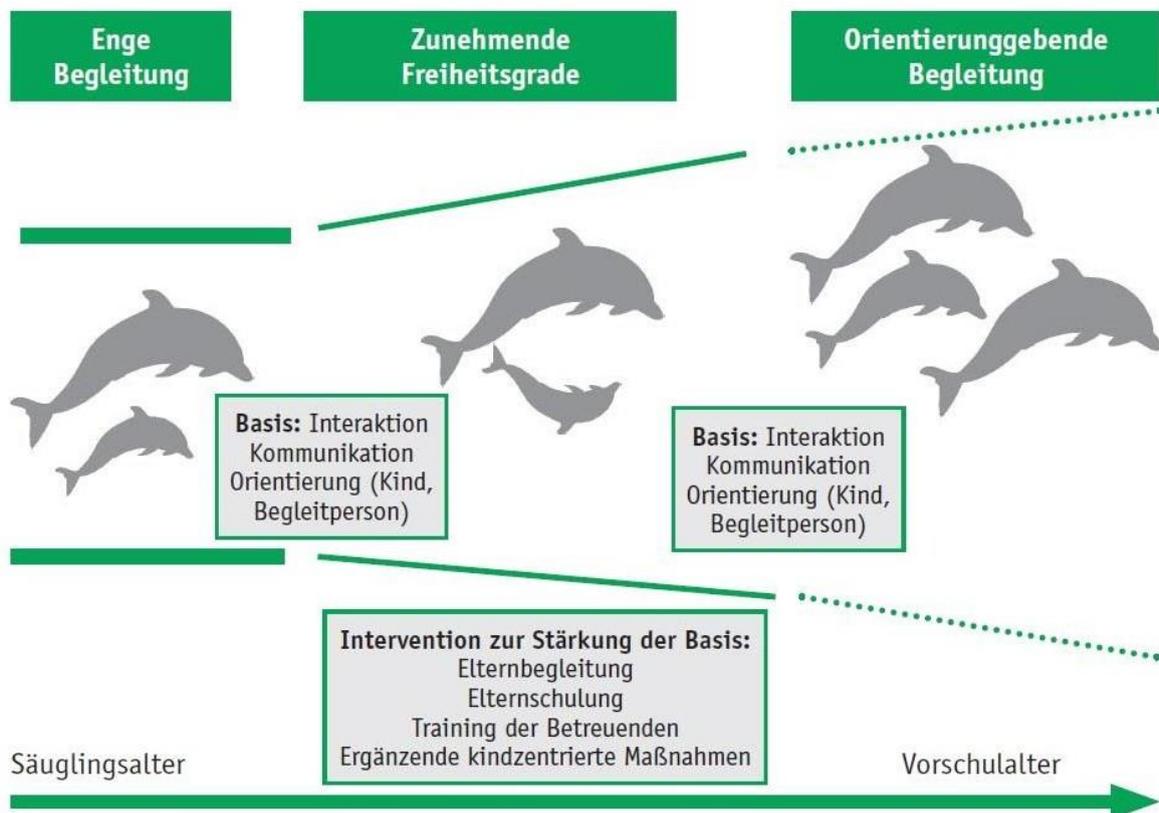


Abbildung 1: Frühe Aufmerksamkeitsstörungen – Überlegungen zur unterstützenden Begleitung (Oberle, 2021)

Das Kind im Mittelpunkt unserer gemeinsamen pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Bemühungen, ein wertschätzender und ggfs. auch kritischer Einbezug des Umfeldes und der Begleiter\*innen, haben wir als das Zentrale wahrgenommen, für das Frau Prof. Dr. Elisabeth Holoch eingestanden ist und auch gekämpft hat.

# Literatur

- AWMF online – Das Portal der wissenschaftlichen Medizin (2017). Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“, AWMF-Registernummer 028-045, Abgerufen von [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-045l\\_S3\\_ADHS\\_2018-06.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf) am 12.08.2021.
- F. A. Brockhaus, Mannheim (2001). *Der Brockhaus Psychologie: Fühlen, Denken und Verhalten verstehen*. Mannheim/Leipzig: Brockhaus.
- Largo, R. (2017). *Das Fit-Prinzip*. Abgerufen von <https://www.largo-fitprinzip.com/fit-prinzip.html> am 13.08.2021.
- Martin, J., Hamshere, M. L., Stergiakouli, E., O'Donovan, M. C., & Thapar, A. (2014). Genetic risk for attention-deficit/hyperactivity disorder contributes to neurodevelopmental traits in the general population. *Biological psychiatry*, 76(8), 664–671. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.02.013>.
- Oberle, A., Oberle, C., & Niemann, G. (2021). Frühe Aufmerksamkeitsstörungen – was tun im Vorschulalter? *Pädiatrische Praxis* 95, 427–434.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American journal of psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Provençal, N., Arloth, J., Cattaneo, A., Anacker, C., Cattane, N., Wiechmann, T., Röh, S., Ködel, M., Klengel, T., Czamara, D., Müller, N. S., Lahti, J., PREDO team, Räikkönen, K., Pariante, C. M., & Binder, E. B. (2020). Glucocorticoid exposure during hippocampal neurogenesis primes future stress response by inducing changes in DNA methylation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(38), 23280–23285. <https://doi.org/10.1073/pnas.1820842116>
- Schulte-Markwort, M.; & Zinke, M. (2005), *ADS/ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Fortschritte in der Diagnose und Therapie*. Berlin/Heidelberg: Springer.

# Die wissenschaftliche Durchdringung der Pflegepraxis

Bekel, G.

## Beispiele der evidenzbasierten Entwicklung einer Pflegeeinrichtung

Die reichhaltige Diskussion zur Bedeutung pflegewissenschaftlicher Konzepte und Modelle für das Praxishandeln von Pflegenden hat ca. 1950 in den USA begonnen und in den Jahren 1963 bis 1977 die volle Wirkung entfaltet. Ziel dieser Phase war es, eigenständige Theorien der pflegerischen Perspektive vom Menschen und des pflegerischen Handelns zu entwickeln. Diese Theoriediskussion hat ab ca. 1989 auch auf die deutsche Pflege Einfluss genommen. In vielen Praxisbereichen und Curricula wurden Pflegemodelle als Grundstruktur eingesetzt. Nach einer anfänglich euphorischen Entwicklung des Theoriediskurses in den Jahren 1993 – 1999 ist es im deutschen Pflegewissenschaftsdiskurs jedoch recht ruhig geworden hinsichtlich der Nutzung von Pflegemodellen, Pflegeatheorien oder Pflegekonzepten.

Der Anteil der pflegedürftigen Menschen, die in Deutschland in voll- oder teilstationären Einrichtungen versorgt und betreut werden, liegt bei etwa 20-25%. Der weitaus größte Teil wird im häuslich-familiären Umfeld versorgt, mit oder ohne die Unterstützung von professionell Pflegenden. Da alle voll- und teilstationären Einrichtungen einer behördlichen Genehmigung und Aufsicht unterliegen, ist die Erstellung und Nutzung eines Pflegekonzeptes für den Praxisbetrieb eine elementare Voraussetzung. Es gibt derzeit jedoch keine Vorgaben, dass die betrieblichen Pflegekonzepte wissenschaftlich fundiert oder evidenzbasiert sein müssen. Auch ist nicht vorgegeben, dass die Pflege und Versorgung nach evidenzbasierten Leitlinien vorgenommen werden soll. Lediglich für den Bereich der Qualitätssicherung der allgemeinen Pflege und der Behandlungspflege wird die Anwendung von Expertenstandards gefordert (SGB XI §113a). Diese dürfen jedoch nicht mit evidenzbasierten Leitlinien verwechselt werden, wie sie beispielsweise in der Medizin Anwendung finden.

Vor dem Hintergrund der „Strukturkonzepte der Pflegepraxis“ von Dorothea E. Orem soll in diesem Beitrag dargestellt werden, wie durch die systematische Nutzung von Modellen ein theoretisches Konstrukt für den Aufbau einer Pflegeeinrichtung entwickelt und die Grundzüge einer evidenzbasierten Pflegepraxis entfaltet werden können.

Am Beispiel des Aufbaus unserer pflegetherapeutischen Einrichtungen wollen wir die Grundzüge der Konzeptentwicklung darlegen und Hinweise auf Forschungsgrundlagen geben, die für unser Pflegeverständnis und das Praxishandeln von Bedeutung sind. Aus Gründen der Übersichtlichkeit können nur einige Hinweise gegeben werden, die jedoch hinreichend erklären, wie komplex die Entwicklung von Praxiskonzepten in Pflegeeinrichtungen sein können, wenn eine wissenschaftliche Basis genutzt wird.

# Überlegungen zu den Ausgangspunkten einer Konzeptentwicklung

Es zeigt sich zunehmend, dass es Sinn macht, nicht nur Pflegeinterventionen nach evidenzbasierten Kriterien einzusetzen, sondern auch die baulichen und räumlichen Konzepte aus einer evidenzbasierten Perspektive zu betrachten (Kiser & Zasler, 2009; Rashid, 2013). Insbesondere für Menschen, die von Demenz betroffen sind, wird in den letzten Jahren vermehrt erforscht, wie durch Raumkonzepte positiv Einfluss auf die Orientierung und die Lebensqualität dieser Menschen genommen werden kann (Lee, Hwang, & Lim, 2013; Marquardt & Schmiege, 2009).

Bezogen auf die institutionelle Versorgung von pflegebedürftigen Menschen wird der Einfluss der Pflegeeinrichtungen auf die kognitiven und körperlichen Fähigkeiten durchaus kritisch bewertet (Dias de Macedo et al., 2015; González-Colaço Harmand et al., 2014).

Nachfolgend werden wir nun einige wesentlichen Elemente für die Entwicklung unserer pflegetherapeutischen Einrichtungen darstellen und für die Bereiche Umfeldgestaltung (Raum und Design) und Erhaltung und Förderung von Kompetenzen näher erläutern. Die Modellierung der Elemente in unseren Konzepten basiert auf den Strukturkonzepten der Pflegepraxis (Orem, 1997) und dem humanontogenetischen Modell der hierarchischen menschlichen Kompetenzen (Wessel, 2015). Beide Autoren entwerfen ihre Modelle vor dem Hintergrund der Voraussetzung, dass der Mensch als biopsychosoziale Einheit zu begreifen ist. Während Orem ihre Überlegungen im Wesentlichen auf die Fähigkeiten des Menschen für sich zu sorgen (Selbstpflege) und auf Bedingungen einer Beziehung der Pflegenden und Pflegeempfänger\*innenausspricht, entwirft Wessel sein Modell als Vorlage für eine inter- und multidisziplinäre Betrachtung menschlicher Entwicklung und Fähigkeiten (Wessel, 1999).

Die Basis professioneller Pflege beginnt für Orem mit dem Vorliegen von Situationen des Helfens. Die Situationen setzen einen Hilfesuchenden und eine\*n Helfer\*in voraus. Der jeweilige Status der beiden Personen (Bedarf an Hilfe; Fähigkeiten und Wissen um Hilfe zu leisten) führt zu einer Übereinkunft hinsichtlich der Ziele im Hilfeprozess. Wenn Pflegenden anderen Menschen helfen, dann tun sie dies vor dem Hintergrund ihres professionellen *Knowhows* und ihrem Berufsverständnis. In diesem Zusammenhang benennt Orem fünf Methoden des Helfens, die von Dienstleistungsberufen angewandt werden. Die Methoden sind

*“... aus Sicht der Pflege eine Serie von Handlungen, um die gesundheitsbedingte Einschränkung von Menschen tatsächlich zu überwinden oder zu kompensieren, damit sie für sich selbst tätig werden, um ihr Funktionieren und ihre Entwicklung oder die der von ihnen Abhängigen zu regulieren.“ (ebd. S. 17)*

Methoden des Helfens

- Für andere handeln und agieren
- Andere führen und anleiten
- Andere Unterstützen (physische oder psychologische Hilfe geben)
- Ein für die Entwicklung günstiges Umfeld schaffen
- Andere Unterrichten

Für die Konzeptplanung und den Bau von Pflegeeinrichtungen ist die Methode „Ein für die Entwicklung günstiges Umfeld schaffen“ von zentraler Bedeutung, da die baulichen

Entscheidungen darüber bestimmen, ob und in welcher Form Bedingungen geschaffen werden, damit die Nutzer\*innen der Einrichtungen ein Umfeld vorfinden, das auf ihre gesundheitliche und persönliche Situation einen positiven und förderlichen Einfluss nimmt. Die gezielte Verknüpfung von Bedarfen und sinnvoller Bauplanung und Techniknutzung können Bedingungen schaffen, in denen die vorhandenen Fähigkeiten der Nutzer\*innen erhalten oder gar gefördert werden. Professionell Pflegende können ihre Potenziale erst voll entfalten, wenn sie nicht die baulichen und technischen Mängel von Pflegeeinrichtungen kompensieren müssen.

Die Selbstpflegekompetenz ist eine komplexe Fähigkeit, die einzelne Personen im Laufe ihres Lebens erwerben. Ein Bedarf an professioneller Unterstützung durch Pflegende besteht meist dann, wenn Bedingungen vorhanden sind, die von betroffenen Personen nicht selbst kompensiert oder reguliert werden können. Menschen, die in eine Pflegeeinrichtung ziehen, benötigen somit eine Form institutionalisierter Unterstützung, die die jeweiligen Einschränkungen in der Selbstpflege ausgleichen.

Die Entwicklung der Selbstpflegekompetenz hängt mithin von vielen Bedingungen ab, die bereits im Frühstadium der menschlichen Entwicklung wirken. Selbstpflegekompetenzen sind bis ins hohe Alter entwicklungsfähig, manche entstehen erst in der fortgeschrittenen Lebensphase (z.B. Fähigkeiten, die eine temporale Kompetenz voraussetzen). Diese Betrachtungsweise setzt die Annahme einer gewissen hierarchischen Ordnung der menschlichen Kompetenzen voraus. Wessel (2015) unterscheidet in seinem Modell die Basiskompetenzen von den potenziellen Kompetenzen.

*„Das Modell eines hierarchisch geordneten Systems der Kompetenzen geht davon aus, dass die Basiskompetenzen, die besonders für die frühe Phase des Lebens wichtig sind, die die Sinne betreffen und eine Aneignung der Realität gestatten, die demgemäß recht früh ihre endgültige Ausprägung erfahren und auch als erste dem Verschleiß unterliegen, keine wesentliche funktionelle Veränderung erfahren. Darauf aufbauend folgen die potentiellen (sic!) Kompetenzen. Wie schon geschrieben, enthalten diese Kompetenzen ein hohes Entwicklungs- bzw. Veränderungspotenzial während der gesamten Ontogenese. Naturgemäß ist die Komplexität dieser Kompetenzen sowie Entwicklungspotential weitaus höher als das der Basiskompetenzen.“ (ebd. S. 377)*

Die einzelnen Kompetenzen wirken nie für sich allein, sie bedingen sich gegenseitig. Die Entwicklung einer Kompetenz hängt vom Vorhandensein oder der Ausprägung anderer Kompetenzen ab.

## **Basiskompetenzen**

taktile Kompetenz – motorische Kompetenz – optische Kompetenz – akustische Kompetenz – olfaktorische Kompetenz – gustatorische Kompetenz

## **Potenzielle Kompetenzen**

Kommunikative Kompetenz – soziale Kompetenz – ästhetische Kompetenz – kognitive Kompetenz – sexuelle Kompetenz – volitive Kompetenz – motivationale Kompetenz – emotionale Kompetenz

## Temporale Kompetenz

Die Fähigkeit, zeitliche Dimensionen des Lebens wahrzunehmen und diese nach Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu ordnen. Diese Fähigkeit bleibt beim Menschen noch im hohen Alter aktiv und kann sich gerade aufgrund der Lebenserfahrung besonders entfalten.

Wessel geht in seinem Modell ausdrücklich darauf ein, dass die Kompetenzen sich im Laufe des Lebens unterschiedlich entwickeln. Die Basiskompetenzen sind der frühen Phase des Lebens zuzuordnen. Sie bilden die Basis für alle weiteren Kompetenzen, die sich zeitlich versetzt entwickeln. Während sich zum Beispiel die motorische Kompetenz abbaut, kann die kommunikative Kompetenz sich durchaus weiterentwickeln. Auch die Entwicklung der temporalen Kompetenz kann trotz Beeinträchtigungen in den Basiskompetenzen fortschreiten (ebd. S. 380). Voraussetzung für eine Erhaltung oder Entwicklung von Kompetenzen sind jedoch Bedingungen in der Umwelt des Menschen.

*„In diesem Sinne scheint es sinnvoll zu sein, die Frage nach den Umwelten für die Entwicklung der einzelnen Kompetenzen zu stellen. Gemeint ist damit, dass jede Kompetenz für ihre Entwicklung einer speziellen Umwelt, spezifischer Reize und spezifischer Herausforderungen bedarf. Im Prozess der Differenzierungen können wir bestimmen, welche Ansprüche ein Individuum zu stellen vermag, welchen Herausforderungen es ausgesetzt sein sollte. Es ergibt sich die Frage nach dem Charakter und der Struktur von Bedingungen und die kann man möglicherweise am besten beantworten, wenn man prüft, ob alle Kompetenzen eine Umwelt vorfinden, die sie als Anregung oder Betätigungsfeld benötigen.“ (ebd. S. 267-268)*

Für den Bau und Betrieb von Pflegeeinrichtungen sind nun wesentliche konzeptionelle Voraussetzungen geschaffen, um wissenschaftliche Erkenntnisse in die Entwicklung von Einrichtungen einzubeziehen. Zu bedenken sind jedoch auch die Prämissen, die durch die Betreiber von Pflegeeinrichtungen verfolgt werden, denn die Prämissen entscheiden, welche Bedingungen für den Bau von Einrichtungen geschaffen werden.

Zwei Prämissen haben unsere pflegfachlichen und baulichen Planungen maßgeblich geleitet.

**Prämisse 1:** Die Pflegeeinrichtung bietet allen Nutzer\*innen ein Umfeld, in dem ihre individuellen Fähigkeiten erhalten und gefördert werden. Das Umfeld bietet Reize, Impulse und Herausforderungen zum Erhalt der menschlichen Kompetenzen im Allgemeinen und der Erhaltung der Selbstpflegefähigkeit im Speziellen.

**Prämisse 2:** Die Pflegeeinrichtung bietet professionell Pflegenden ein Arbeitsumfeld, in dem sie ihre fachlichen Kompetenzen einbringen und fortwährend entwickeln können. Dies bezieht auch den Einsatz neuester digitaler Technik ein. Pflegepraktiker\*innen sollten Bedingungen vorfinden, dass sie sich an der Erforschung ihres Arbeitsumfeldes beteiligen können und ein Verständnis für die wissenschaftliche Legitimation ihres Handelns entwickeln.

## Die Grundzüge eines evidenzbasierten Einrichtungskonzeptes

Die aus den beiden Grundmodellen abgeleiteten Annahmen und Prämissen zum Bau und Betrieb von Pflegeeinrichtungen benötigen nun die Offenlegung von Schnittstellen zu

Forschungsbereichen, die genaue Auskunft geben können, welche Bedingungen gegeben sein müssen, um ein förderliches Umfeld für die Nutzer\*innen von Pflegeeinrichtungen zu schaffen.

Unsere Entwicklungen wurden maßgeblich durch Erkenntnisse aus den Bereichen *Built Environment* und *Enriched Environment* oder auch *Environmental Enrichment* geprägt. Eine intensive Auseinandersetzung mit Forschungsergebnissen aus diesen Bereichen hat zu den komplexen Planungen unserer Einrichtungen geführt.

**Built Environment (BE):** Hierbei handelt es sich um alle Formen von Bau- und Infrastrukturplanungen und die Herstellung von Gebäuden, in denen Menschen leben, arbeiten oder sich temporär aufhalten (Freizeiteinrichtungen) und die von Menschenhand geschaffen wurden (Jones & Yates, 2012).

Dass Menschen von ihrem Wohnumfeld beeinflusst werden ist hinlänglich bekannt. Insbesondere für die Arbeitswelt regeln viele Vorschriften die Gestaltung des Arbeitsplatzes unter gesundheitlichen Aspekten. Auch für Pflegeeinrichtungen regeln in jedem Bundesland verschiedene Verordnungen die bauliche Gestaltung.

Einen Zusammenhang zwischen *Built Environment* und positiven/negativen Einflüssen auf die menschliche Gesundheit beschreiben Codinhoto et. al. Sie verweisen auf den Sinn evidenzbasierter Entwicklung von Einrichtungen. Evidenzbasierte Erkenntnisse können bestehende Standards hinterfragen und Wegbereiter für innovative Entwicklungen sein (Codinhoto, Aouad, Kagioglou, Tzortzopoulos, & Cooper, 2009). Den Einfluss des direkten Umfeldes z.B. durch Design und Ambiente auf die psychische Gesundheit beschreibt Evans in einer Metaanalyse. Insbesondere für psychiatrische Einrichtungen und Wohnanlagen für Menschen, die von Demenz betroffen sind, sieht er durch die Forschung bestätigt, dass die Reduktion von Lärm und Geräuschen, die Art der Möblierung und die Anordnung und Gestaltung der Flure einen positiven Einfluss auf die Stimmung und die Orientierungsfähigkeit der betreuten Personen haben (Evans, 2003). Fleming et. al. haben den Einfluss der Qualität des direkten Lebensumfeldes (*Built Environment*) auf die Lebensqualität von Menschen untersucht, die von Demenz betroffen sind und in einer Pflegeeinrichtung leben (Fleming, Goodenough, Low, Chenoweth, & Brodaty, 2016). Sie kommen zu der Erkenntnis, dass die Qualität des Umfeldes, in dem betroffene Personen leben, die Art und Weise beeinflusst, wie diese Personen ihre Lebensqualität beschreiben. Höhere Lebensqualität wird mit einem Umfeld assoziiert, das überschaubar ist und eine Vielzahl von Gelegenheiten bietet aktiv zu sein, sich zurückzuziehen und dennoch mit anderen Personen sozial in Kontakt zu treten (vgl. ebd. S. 675).

Marquardt et. al. sehen ebenfalls positive Auswirkungen eines an der Häuslichkeit orientierten Charakters von Pflegeeinrichtungen auf das Verhalten, das Wohlbefinden und die sozialen Fähigkeiten von Menschen, die in vollstationären Einrichtungen betreut werden (Marquardt, Büter, & Motzek, 2014). In einer Metaanalyse untersuchten die Autoren den Einfluss des *Built Environment Designs* auf Menschen, die von Demenz betroffen sind und in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben (Marquardt, Bueter, & Motzek, 2014). Anhand umfangreichen Studienmaterials arbeiteten sie die umfeldrelevanten Aspekte und deren Wirkung auf Betroffene heraus. Alle Studien wurden vier Hauptkategorien zugeordnet und überprüft, ob und welche der sieben Themengruppen (Verhalten, Kognition, Funktionen, Wohlbefinden, soziale Fähigkeiten, Orientierung, Pflegeresultate) in der jeweiligen Studie berücksichtigt wurden. Anschließend wurde ihr Evidenzgrad bewertet.

## Hauptkategorien:

- Grundlegende Designentscheidungen
  - Spezielle Betreuungs- oder Pflegeeinheiten
  - Kleine Betreuungsgruppen
  - Geringe soziale Dichte (Anzahl Bewohner)
- Umweltattribute
  - Licht (Lichttherapie, technische Lichtsteuerung, erhöhtes Lichtlevel)
  - Lärmpegel/Geräuschpegel
  - Raumtemperatur
  - Farbkontraste und Farbmuster
- Ambiente
  - Vermeidung eines institutionellen Charakters/Privatheit
  - Verbesserung sensorischer Wahrnehmung
  - Multisensorischer Ansatz
- Umweltinformationen
  - Hinweisschilder (oder andere Hinweise, z.B. durch Bilder)
  - Visuelle Barrieren an Ausgängen

## Themengruppen:

- Verhalten (Agitation, Essverhalten, psychiatrische Symptome, Gewalt, Umherlaufen)
- Kognition (Aufmerksamkeit, kognitive Leistungsfähigkeit)
- Körperliche Funktionen (Aktivitäten des täglichen Lebens, Stürze, Mobilität)
- Wohlbefinden (Depressionssymptome, Stimmung, Lebensqualität)
- Soziale Fähigkeiten (soziales Engagement, soziale Interaktion)
- Orientierung (Auffinden von Räumen und Orten)
- Pflege- und Versorgungsergebnisse (Medikation, orale Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit, Schlaf, Maßnahmen der Fixierung)

Aus der Metaanalyse können wichtige Aspekte für die Planung von Pflegeeinrichtungen abgeleitet werden. Die Studien belegen, wenn auch mit unterschiedlichem Evidenzlevel, den engen Zusammenhang der baulich-räumlichen Konstruktion von Pflegeeinrichtungen und den Einfluss auf die Erhaltung und Förderung von Fähigkeiten der Nutzer\*innen der Einrichtungen (Bewohner, Klient\*innen oder auch Mitarbeiter\*innen). Besonders deutlich wird der Einfluss von Licht, Lärmreduktion, Bewegungsmöglichkeiten, kognitive Stimulierung und soziale Kommunikation erkennbar.

In einer Studie zur demenzfreundlichen Architektur zeigen Marquardt und Schmiege die Möglichkeiten einer milieutherapeutischen Umweltgestaltung für Pflegeeinrichtungen auf (Marquardt & Schmiege, 2009). Ihre Empfehlungen an Architekt\*innen fassen sie in einigen Kernaussagen zur räumlichen Orientierung, Anzahl von Bewohner\*innen, Blickbeziehungen in Räumen, Verkehrswege in den Wohnbereichen und zu Strukturen der Grundrisse von Räumen zusammen (ebd. S. 407). Im Gegensatz zu den o.g. Studien konzentrieren sie sich in der Untersuchung vorwiegend auf die Orientierungsparameter in Pflegeeinrichtungen. Sie gehen davon aus, dass orientierungsfördernde Strukturen kompensatorisch wirken und somit „... die Orientierungsfähigkeit Demenzkranker unterstützt und damit ihre Mobilität und Selbstständigkeit aufrechterhalten wird.“ (ebd. S. 402)

Zusammenfassend stellen wir fest, dass der Einfluss von *Built Environment* auf die Gestaltung von Pflegeeinrichtungen umfangreich für Menschen mit Demenz untersucht ist. Gleichwohl

kann angenommen werden, dass die Empfehlungen auch für Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen sinnvoll sein können, die nicht von Demenz betroffen sind.

Folgende Aspekte haben wir für die Gestaltung unserer pflegetherapeutischen Einrichtungen aus den Studien abgeleitet:

- Räumliche Blickachsen ermöglichen: Übersichtliche Flächen schaffen, von denen die wesentlichen Räume (z.B. Speiseraum, Therapieräume) gesehen werden können.
- Reduzierung von Lärm und unangenehmen Geräuschen (negative akustische Stimuli vermeiden).
- Angenehme und Ruhe vermittelnde Stimuli durch Design (Florale Designs, große Bilder, einheitliche Möblierung).
- Schaffung von Bewegungsflächen, damit ausreichend körperliche Betätigung möglich ist.
- Beachtung der Sturzvermeidung durch das Zusammenspiel von Licht und Böden.
- Kommunikations- und Begegnungsflächen schaffen, damit die Klienten in ihrem Umfeld ausreichend Kommunikationsmöglichkeiten haben, sich bei Bedarf jedoch zurückziehen können.

**Enriched Environment (EE):** Ausgehend von neurowissenschaftlichen Erkenntnissen handelt es sich um ein Umfeld, in dem sensorische, kognitive, kommunikative und motorische Stimuli geboten werden und zu verbesserter Lernfähigkeit und zum Erhalt von Fähigkeiten führen (Patel, 2012). Anders als bei *Built Environment* Ansätzen stehen hier nicht die baulichen Aspekte im Vordergrund. Vielmehr sollen im direkten Umfeld von Personen (z.B. Bewohner\*innen in Pflegeheimen) Anreize und Stimuli vorhanden sein, die eine Erhaltung und Förderung kognitiver, kommunikativer und motorischer Kompetenzen bewirken. Von besonderem Interesse ist dieser wissenschaftliche Ansatz, wenn er auf Personen ausgerichtet wird, die einzelne oder mehrere Kompetenzen verloren haben, z.B. nach einem Schlaganfall oder bei neurodegenerativen Erkrankungen. Die systematisch ausgewählten Stimuli sind in der Lage, beeinträchtigte oder nicht mehr vorhandene Kompetenzen (siehe Abschnitt zu den hierarchischen Kompetenzen) zu reaktivieren oder handlungsbasierte Kompensationsmechanismen zu ermöglichen. Der Verlust einer Kompetenz (z.B. Verlust der Sprachfähigkeit nach einem Schlaganfall - Aphasie) kann durch Stimulierung anderer Kompetenzen (z.B. Schreiben, Bedienung eines elektronischen Gerätes) vollständig oder in Teilen kompensiert werden. Dies deutet darauf hin, dass betroffene Personen bestimmte Fähigkeiten erst dann entwickeln, wenn es notwendig wird (z.B. Entwicklung technischer Fertigkeiten durch Bedienen eines Sprachcomputers).

In vielen Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass ein *Enriched Environment (EE)* positive Einflüsse auf die Plastizität des Gehirns hat. In Tiermodellen haben Mora et. al. die Auswirkungen eines *EE* auf die Neurotransmitterproduktion nachgewiesen und anhand der Reduktion von Stresslevel erläutert (Mora, Segovia, & del Arco, 2007). Ebenfalls an Tiermodellen hat Fischer zeigen können, dass ein systematisches *EE* Training bei Alzheimer Demenz zu einer Verbesserung der Gedächtnisfunktionen führt (Fischer, 2016). Er weist ausdrücklich darauf hin, dass die positiven Auswirkungen eines *EE* Training auf die neuronale Plastizität und kognitive Funktionen gut untersucht sind und dass ähnliche Wirkungen auch für den Menschen angenommen werden können (ebd. S. 44). Rosbergen et. al. haben die Auswirkungen eines *EE* Programms auf das Aktivitätslevel von Schlaganfallpatientinnen und -patienten untersucht (Rosbergen et al., 2016). Sie kritisieren, dass die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten oft nicht genügend Beteiligungsmöglichkeiten für

Patientinnen und Patienten bieten, Interventionen werden weitgehend aus der speziellen Sicht der jeweiligen Disziplin gesehen und Patientinnen und Patienten sind sich oft selbst überlassen.

In der Studie konnte gezeigt werden, dass ein auf *EE* basiertes Rehabilitationsprogramm, das bereits in der Stroke-Unit beginnt und interdisziplinär angelegt ist, zu einer deutlichen Verbesserung physischer, sozialer und kognitiver Aktivität bei Schlaganfallpatientinnen und -patienten führt (Rosbergen, Grimley, et al., 2017). In einer weiteren Untersuchung konnten sie darlegen, dass ein auf *EE* basiertes Rehabilitationsprogramm von der Effektivität der interdisziplinären Zusammenarbeit abhängt. Die Implementierung ist dann positiv, wenn alle Berufsgruppen an der Umsetzung beteiligt sind und die Interventionen des *EE* als Gemeinschaftsaufgabe gesehen werden (Rosbergen, Brauer, Fitzhenry, Grimley, & Hayward, 2017). Im *EE* Programm wurden den Patienten Möglichkeiten der sozialen Interaktion gegeben, z.B. durch gemeinsames Essen mit anderen Patienten in Form von Gruppenaktivität. Auch wurden technische Unterstützung z.B. durch Tablets geboten, auf denen die Übungen gezeigt wurden (Rosbergen, Grimley, Hayward, & Brauer, 2019). McDonald et. al. weisen vor dem Hintergrund der umfangreichen Forschungsergebnisse darauf hin, dass *EE* ein verlässliches Interventionsprogramm bietet, um die Plastizität des menschlichen Gehirns zu fördern und die Gesundung von Hirnverletzungen zu bewirken. Sie fordern, dass *EE* im umfangreichen Maße in der klinischen Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten eingesetzt werden sollte (McDonald, Hayward, Rosbergen, Jeffers, & Corbett, 2018).

Dias De Macedo et. al. (2015) haben in ihrer Untersuchung die positiven Effekte multisensorischer und kognitiver Stimuli bei institutionalisierten älteren Menschen nachweisen können. In einem 12-monatigen Programm haben sie nachweisen können, dass ein auf *EE* basiertes Trainingsprogramm den altersbedingten kognitiven Verfall bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern verzögern oder sogar kompensieren kann. Dass die soziale Interaktion eine wichtige Rolle in der Neurogenese und der Gesundung nach einem Schlaganfall spielt, haben Venna et. al. nachweisen können. Sie haben anhand von Mausmodellen den Einfluss der sozialen Interaktion auf den Gesundungsprozess aufgezeigt (Venna, Xu, Doran, Patrizz, & McCullough, 2014).

Folgende Aspekte haben wir für die Gestaltung unserer pflegetherapeutischen Einrichtungen aus den Studien abgeleitet:

- Ein entwicklungsförderndes Umfeld in Pflegeeinrichtungen kann durch die Anwendung von *EE* Konzepten geschaffen werden.
- Die soziale Interaktion zwischen den Menschen in Pflegeeinrichtungen benötigt eine besondere Beachtung (Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten).

Kognition und Bewegung müssen als eine Einheit verstanden werden, da sich beide Fähigkeiten beeinflussen. Durch *EE* sollten Bewegungsmöglichkeiten geschaffen werden, die kognitiv anspruchsvoll sind und eine plastische Wirkung haben (z.B. durch nichtmedikamentöse Therapieverfahren). Damit sind nun Grundlagen geschaffen, die für uns in der Entwicklung der jeweiligen Einrichtungs- und Methodenkonzepte unserer pflegetherapeutischen Einrichtungen richtungweisend waren. Nachfolgend werden wir an einigen ausgewählten Beispielen zeigen, wie die wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Praxis in verschiedenen Teilkonzepten umgesetzt wurden.

Zentrale Konzepte für den Praxisalltag in Pflegeeinrichtungen – Erkenntnisgewinn und Entwicklung Wir haben bereits an verschiedenen Stellen in diesem Beitrag angedeutet, welche Prämissen und Erkenntnisgrundlagen uns bei der baulichen und methodischen Entwicklung unserer Pflegeeinrichtungen leiten. Es war von Beginn an unser Ziel, dass die von uns eingesetzten Elemente und Methoden in Forschungsvorhaben untersucht werden, um neue Erkenntnisse zu generieren, die Einfluss nehmen auf die zukünftige Entwicklung von Pflegeeinrichtungen.

Von Beginn an haben wir das Ziel angestrebt, Pflegeeinrichtungen mit therapeutischen Angeboten zu entwickeln (pflegetherapeutische Zentren). Die Rolle der professionell Pflegenden sollte in einem interdisziplinären Setting vorwiegend auf die Bewahrung und Förderung von Kompetenzen unserer Klient\*innenausgerichtet sein. Hierzu sind neben der Entwicklung von Methodenprogrammen auch bauliche Entwicklungen vorgenommen worden. Wir haben uns zunächst auf folgende Aspekte für die Einbindung von *Built Environment* und *Enriched Environment* konzentriert:

- Biologisch wirksames Lichtmanagement: Hierzu ist flächendeckend in allen Einrichtungen ein spezielles Lichtsystem eingebaut worden. Das so genannte VTL System (Visual Timing Light) wird in Lichtszenen (Farbe, Helligkeit und Wirkungsgrad) über eine aufwendige Dali Steuerung über den gesamten Tag gesteuert. Morgens stehen vermehrt blaue Lichtanteile zur Verfügung (dies bewirkt Aktivierung), mittags erreicht das Licht die höchste Helligkeitsstufe (die Sonne steht im Zenit) und abends sind vermehrt rote Anteile im Licht enthalten (dies bewirkt Müdigkeit). Das biologisch wirksame Licht bewirkt eine Optimierung des Tagesrhythmus unserer Klienten, besonders der Klienten, die von Demenz betroffen sind. Wir wollen an dieser Stelle nicht auf die umfangreichen Forschungsergebnisse eingehen und verweisen exemplarisch auf die Untersuchungen von Gandhi et. al., Sloane et. al. und Smolders et. al. (Gandhi, Mosser, Oikonomou, & Prober, 2015; Sloane et al., 2015; Smolders, De Kort, & Cluitmans, 2012).
- Ruhige Raumatmosphäre durch Lärmreduktion: Um eine angenehme Raumatmosphäre herzustellen ist in den Einrichtungen eine spezielle Decke eingebaut worden. Die Deckenelemente sind in der Lage alle störenden Lärmanteile zu filtern. Zudem arbeitet dieses Deckensystem mit der Lichtanlage zusammen. Durch die Beschaffenheit der Oberfläche und den 50 cm Lichtpanel wird 50 % des Lichtes als indirektes Licht an den Raum abgegeben. Lärm ist einer der wesentlichen negativen Faktoren, die Einfluss auf das Verhalten von Menschen nehmen, die von Demenz betroffen sind (Dietz et al., 2018).
- Schaffung von Begegnungs- und Kommunikationsflächen: Wir haben bewusst darauf verzichtet, Klient\*innendie von Demenz betroffen sind in speziellen Gruppen zu betreuen. Wir favorisieren ein Inklusionskonzept, da Betroffene auf die Interaktions- und Begegnungsmöglichkeiten mit Anderen angewiesen sind; auch wenn diese ihr Verhalten kritisieren oder korrigieren. Soziale Begegnung und Kommunikation schaffen positive Stimuli.
- Gezielte Sturzprävention durch Anwendung von Dual-Task Training: Der Verlust der Fähigkeit zwei Dinge gleichzeitig durchzuführen (Dual-Task) führt oft zu Stürzen (Fuller a et al., 2013; Heinzel et al., 2016; Nikolaus, 2005). Gerade für Menschen höheren Lebensalters ist dies einer der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit und zunehmende Abhängigkeit von anderen Menschen. Hierzu haben wir Trainingsprogramme entwickelt, mit denen die Pflegefachkräfte die Klient\*innen im

Dual-Tasking unterstützen und ihnen umfangreiche Interventionen anbieten. Sie sind Teil eines pflegetherapeutischen *EE* und können mit Rollator, Gehhilfen oder sonstigen Hilfsmittel angewandt werden. Wir verweisen auf die umfangreichen Literaturbeiträge zu diesen Methoden (Geschwind, Bridenbaugh, & Kressig, 2010; Hinterberger, 2013; Rogan, Pichierri, & de Bruin, 2011).

- Kognitive Trainingsprogramme: Durch die Einbeziehung einer/eines Ergotherapeutin/-therapeuten, die speziell für die Belange von Menschen mit Demenz ausgebildet ist, können allen Klient\*innen spezielle kognitive Trainingsprogramme angeboten werden. Die Pflegekräfte führen parallel dazu technikgestützte kognitive Trainingsprogramme durch. Mittels Kamera und Monitor können verschiedene Methoden zur kognitiven und motorischen Stimulierung angeboten werden. Gerade die Kombination von Kognition und Bewegung hat einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden unserer Klient\*innen (Steinmetz & Federspiel, 2014).

Beratung von Angehörigen: Die Angehörigen spielen in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen eine zentrale Rolle. Sie haben einen hohen Informations- und Beratungsbedarf. Oft sind sie mit den Pflegesituationen überfordert und verlieren die Fähigkeit gelassen mit den Anforderungen umzugehen oder die richtigen Dinge zu tun (Bohnet-Joschko & Bidenko, 2019; Preuß, 2014). Um hier frühzeitig Hilfe anzubieten, haben wir eine Mitarbeiterin als Dementia Care Managerin (DCM) eingesetzt. Sie kann aufsuchend tätig werden und kann die Familien in der Häuslichkeit beraten. Als Netzwerkerin vermittelt sie zwischen Hausärzten, Familien, Fachärzten, Therapeuten und Kliniken. Die positive Rolle der DCM und der Nutzen für Betroffene ist vielfach in Untersuchungen festgestellt worden (Eichler et al., 2015). Welche Ergebnisse konnten wir durch die Konzeptumsetzung bei unseren Klient\*innen bewirken und welche Auswirkungen hat dies auf den Alltag in unseren Einrichtungen? Das signifikanteste Ergebnis lässt sich an der Sturzrate darstellen. Wir konnten im Jahr 2019 eine Sturzrate von 1,5% verzeichnen. Diese sehr geringe Sturzrate steht im Gegensatz zu Sturzraten von 50% in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Bekel, 2020). Ebenso haben wir in einer Studie die Wirkung des biologisch wirksamen Lichtmanagements untersucht. Auch hier konnte anhand von Cortisolwerten die positive Wirkung auf unsere Klient\*innen nachgewiesen werden. Sie haben weniger Angst zu stürzen, empfinden das Licht als sehr positiv und haben ein höheres Aktivitätslevel als in der Vergleichseinrichtung, in der kein biologisch wirksames Lichtsystem vorhanden ist (Daxberger, Lindhaus, Großmann, Krajewski, & Schnieder, 2020). Die Mitarbeiter\*innen waren ebenfalls an Forschungsprojekten zur Entwicklung von KI-gestützten Sturzassessments und an der Entwicklung einer digitalen Bewegungsanalyse beteiligt. Die Technik wird gegenwärtig in einem Promotionsprojekt untersucht. Auch die Etablierung des DCM Programms ist Gegenstand eines Forschungsprojektes. Möglich wird dies durch die konsequente Durchdringung von Forschungserkenntnissen in unseren beiden Hauptkonzepten *Built Environment* und *Enriched Environment*.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass es sinnvoll ist, wenn Pflegeeinrichtungen nicht nur baurechtlich geplant werden, sondern evidenzbasiert vor dem Hintergrund pflegetheoretischer Grundlagen aufgebaut werden.

# Zusammenfassung

Wenn Pflegeeinrichtungen den professionell Pflegenden ein Umfeld bieten, das sie in der Versorgung und Betreuung von Menschen unterstützt, dann sind sie in der Lage ihr volles fachliches Potenzial zu entfalten. Bei der Planung der Einrichtungen muss sorgsam geprüft werden, wie sich das jeweilige pflegerische Fachkonzept (z.B. basierend auf Erkenntnissen des *EE*) mit den Erkenntnissen des *BE* verbinden lässt. Auch Menschen, die sich entschließen, die Dienstleistungen von voll- und teilstationären Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, sollten erkennen, welchen speziellen Nutzen sie von der Pflegeeinrichtung erwarten können (wie werden z.B. ihre Fähigkeiten erhalten oder in Krisenmomenten wieder aktiviert). Leider wird die öffentliche Diskussion zu den Leistungsfähigkeiten von Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren sehr verzerrt geführt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen werden als das „Schreckgespenst“ am Ende einer Versorgungskette beschrieben. Die Pflege und Versorgung in der eigenen Häuslichkeit werden hingegen als ein „Idealbild“ dargestellt. Viele empirischen Befunde deuten jedoch darauf hin, dass die Versorgung in der eigenen Wohnung unter bestimmten Bedingungen belastend auf alle beteiligten Familienmitglieder wirkt (Bold & Deußen, 2013; Löhe, 2016). Vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen ist davon auszugehen, dass Pflegeeinrichtungen, die mit pflegetherapeutischen Ansätzen im Rahmen eines multidisziplinären Konzeptes arbeiten, eine sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Angeboten im ambulanten Sektor sein können, um präventiv und kompensierend auf die Pflegebedürftigkeit einwirken zu können. Grundsätzlich besteht ein großer Bedarf an Forschung hinsichtlich der Entwicklung vieler sogenannter ambulanter Pflegeangebote. Diese Angebote (z.B. Demenz Wohngruppen) unterliegen oft keinerlei Qualitätskontrolle und es ist gegenwärtig nicht sichergestellt, dass sie tatsächlich positive Einflüsse auf die Situation von Menschen haben, die von Demenz betroffen sind.

Die bisherigen Ergebnisse der Methoden-, Raum- und Prozessentwicklungen in unseren pflegetherapeutischen Einrichtungen zeigen, dass professionelle Pflege ein aktiver Bestandteil der konzeptionellen Entwicklung von Pflegeeinrichtungen sein muss. Neben der Praxis sollte auch die anwendungsbezogene Forschung eine wichtige Rolle spielen. In der Literatur ist in diesem Zusammenhang gegenwärtig ein Trend abzulesen, dass Pflegeeinrichtungen vermehrt als Teil eines Versorgungsnetzwerkes verstanden werden (Brandenburg, Loersch, Bauer, Ohnesorge, & Grebe, 2020; Jacobs, Kuhlmeier, Greß, Klauber, & Schwinger, 2021).

Aus diesem Grunde werden wir unsere zukünftigen Einrichtungsplanungen nicht mehr an bestehenden Konzepten orientieren (Pflegeeinrichtungen der 3. und 4. Generation – Hausgemeinschaften oder Wohngruppenprinzip), sondern eine konsequente Weiterentwicklung in Richtung „ambulant und stationär“ anstreben. Die Ergebnisse aus unseren pflegetherapeutischen Einrichtungen werden in diese Planungen zu „Pflegeeinrichtungen der Generation 5+“ einfließen. Wir werden damit über das vom Kuratorium Deutsche Altershilfe in 2012 vorgelegte Ideenpapier hinausgehen (Michell-Auli & Sowinski, 2012). Es wird sich zeigen, dass voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen als Teil eines Versorgungsnetzes konzipiert werden sollten, um im Sinne eines Quartierszentrums ihr volles Potenzial für die Nutzer\*innen entfalten zu können.

# Literatur

- Bekel, G. (2020). Gutes Licht vermeidet Stürze. *Heilberufe*(11), 28-30.
- Bohnet-Joschko, S., & Bidenko, K. (2019). Pflegende Angehörige: Hoch belastet und gefühlt allein gelassen. *Deutsches Ärzteblatt* 116(46). DOI: 10.3238/PersOnko.2019.11.15.04
- Bold, S., & Deußen, M. (2013). *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. München: Rainer Hampp Verlag.
- Brandenburg, H., Loersch, L., Bauer, J., Ohnesorge, B., & Grebe, C. (2020). *Organisationskultur und Quartiersöffnung. Neue Perspektiven für die stationäre Langzeitpflege*. Heidelberg: Springer.
- Codinhoto, R., Aouad, G., Kagioglou, M., Tzortzopoulos, P., & Cooper, R. (2009). Evidence-based design of health care facilities. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(4), 194–196. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.009094>
- Daxberger, D., Lindhaus, M., Großmann, I., Krajewski, J., & Schnieder, S. (2020). Controlled trial in senior care homes. Psychophysiological effectiveness evaluation of a chronobiologically adapted light management system. In Beyer, R., Beyer, L., Großmann, I., Krause, B. (Hrsg.), *Empirische Evaluationsmethoden (Band 24, S.19-28)*, Berlin: ZeE.
- Dias de Macedo, L., De Oliveira, T., Soares, F., Bento-Torres, J., Bento-Torres, N., Anthony, D., & Picanço-Diniz, C. (2015). Beneficial effects of multisensory and cognitive stimulation in institutionalized elderly: 12-months follow-up. *Clinical interventions in aging*, 10, 1351-1360. <https://doi.org/10.2147/CIA.S80997>
- Dietz, B., Kohl, R., Mayer, J., Metzger, C., Förstl, H., & Diehl-Schmid, J. (2018). Störung des Erkennens von Umweltgeräuschen bei Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51, 495-500.
- Eichler, T., Thyrian, J., Dreier, A., Michalowsky, B., Wucherer, D., Teipel, S., & Hoffmann, W. (2015). *Dementia Care Management: Neue Wege in der ambulanten Demenzversorgung – ein Fallbeispiel*. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 91(1). DOI: 10.3238/zfa.2015.0031–003
- Evans, G. W. (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80 (4), 536-555. <https://doi.org/10.1093/jurban/jtg063>
- Fischer, A. (2016). Environmental enrichment as a method to improve cognitive function. What can we learn from animal models? *NeuroImage*, 131, 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.11.039>
- Fleming, R., Goodenough, B., Low, L.-F., Chenoweth, L., & Brodaty, H. (2016). The relationship between the quality of the built environment and the quality of life of people with dementia in residential care. *Dementia*, 15(4), 663-680. <https://doi.org/10.1177/1471301214532460>
- Fuller, R. L., Van Winkle, E. P., Anderson, K. E., Gruber-Baldini, A. L., Hill, T., Zampieri, C., Shulman, L. M. (2013). Dual task performance in Parkinson's disease: A sensitive predictor of impairment and disability. *Parkinsonism and Related Disorders*, 19(3), 325-328. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2012.11.011>
- Gandhi, A. V., Mosser, E. A., Oikonomou, G., & Prober, D. A. (2015). Melatonin is required for the circadian regulation of sleep. *Neuron*, 85 (6), 1193. doi:10.1016/j.neuron.2015.02.016
- Geschwind, Y. J., Bridenbaugh, S. A., & Kressig, R. W. (2010). Motorisch-kognitives Dual-Tasking. *Physioactive* (5).
- González-Colaço Harmand, M., Meillon, C., Rullier, L., Avila-Funes, J., Bergua, V., Dartigues, J.-F., & Amieva, H. (2014). Cognitive Decline After Entering a Nursing Home: A 22 -Year Follow-Up Study of Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly People. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15 (7), 504-508. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.02.006>
- Heinzl, S., Maechtel, M., Hasmann, S. E., Hobert, M. A., Heger, T., Berg, D., & Maetzler, W. (2016). Motor dual-tasking deficits predict falls in Parkinson's disease: A prospective study. *Parkinsonism and Related Disorders*, 26 (May), 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2016.03.007>
- Hinterberger, K. (2013). Das Dual-Task-Paradigma in der Rehabilitation: Zwei Dinge gleichzeitig tun – kein Problem!? *Sprache · Stimme · Gehör*, 37 (02), e51-e55. DOI:10.1055/s-0033-1343465
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2021). *Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen*. Berlin: Springer Open.
- Jones, R., & Yates, G. (2012). *The built environment and health: an evidence review*. Glasgow: Glasgow Center for Population Health.
- Kiser, L., & Zasler, N. (2009). Residential design for real life rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 25(3), 219-227. <https://doi.org/10.3233/NRE-2009-0518>

- Lee, Y., Hwang, J., & Lim, S. (2013). Identifying Characteristics of Design Guidelines for Elderly Care Environments from the Holistic Health Perspective. *Indoor and Built Environment*, 22 (1), 242-259.
- Löhe, J. (2016). *Angehörigen Pflege neben dem Beruf. Mixed methods Studie zu Herausforderungen und betrieblichen Lösungen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Marquardt, G., Bueter, K., & Motzek, T. (2014). Impact of the Design of the Built Environment on People with Dementia: An Evidence-Based Review. *Health Environments Research & Design Journal*, 8 (1), 127-157. <https://doi.org/10.1177/193758671400800111>
- Marquardt, G., Büter, K., & Motzek, T. (2014). Architektur für Menschen mit Demenz. *ProCare(03)*, 40-42.
- Marquardt, G., & Schmiege, P. (2009). Demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie Geriatrie*, 42, 402-407.
- McDonald, M., Hayward, K., Rosbergen, I., Jeffers, M., & Corbett, D. (2018). Is Environmental Enrichment Ready for Clinical Application in Human Post-stroke Rehabilitation? *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00135>
- Michell-Auli, D. P., & Sowinski, C. (2012). Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Mora, F., Segovia, G., & del Arco, A. (2007). Aging, plasticity and environmental enrichment: Structural changes and neurotransmitter dynamics in several areas of the brain. *Brain Research Reviews*, 55(1), 78-88. <https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2007.03.011>
- Nikolaus, T. (2005). Gang, Gleichgewicht und Stürze – Ursachen und Konsequenzen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 130, 958-960.
- Orem, D. E. (1997). *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Wiesbaden: Ullstein-Mosby.
- Patel, T. R. (2012). Environmental Enrichment: Aging and Memory. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 85, 491-500.
- Preuß, M. (2014). Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Vermittlungshandeln in einem komplexen Spannungsfeld. Wiesbaden: Springer VS.
- Rashid, M. (2013). The Question of Knowledge in Evidence-Based Design for Healthcare Facilities: Limitations and Suggestions. *Health Environments Research & Design Journal*, 6(4), 101-126. <https://doi.org/10.1177/193758671300600407>
- Rogan, S., Pichierr, G., & de Bruin, E. (2011). Denk-Sport - Dual-Tasking-Training mindert Sturzrisiko. *physiopraxis*, 9 (10).
- Rosbergen, I., Grimley, R., Hayward, K., Walker, K., Rowley, D., Campbell, A., Brauer, S. (2016). The effect of an enriched environment on activity levels in people with stroke in an acute stroke unit: protocol for a before-after pilot study. *Pilot and Feasibility Studies*, 36 (2). <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0081-z>
- Rosbergen, I., Brauer, S., Fitzhenry, S., Grimley, R., & Hayward, K. (2017). Qualitative investigation of the perceptions and experiences of nursing and allied health professionals involved in the implementation of an enriched environment in an Australian acute stroke unit. *BMJ Open*, 7(12), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018226>
- Rosbergen, I., Grimley, R., Hayward, K., Walker, K., Rowley, D., Campbell, A., McGufficke, S., Robertson, S., Trinder, J., Janssen, H., Brauer, S. (2017). Embedding an enriched environment in an acute stroke unit increases activity in people with stroke: a controlled before-after pilot study. *Clinical rehabilitation*, 31(11), 1516-1528. <https://doi.org/10.1177/0269215517705181>
- Rosbergen, I., Grimley, R., Hayward, K., & Brauer, S. (2019). The impact of environmental enrichment in an acute stroke unit on how and when patients undertake activities. *Clinical Rehabilitation*, 33(4), 784-795. <https://doi.org/10.1177/0269215518820087>
- Sloane, P., Figueiro, M., Garg, S., Cohen, L., Reed, D., Williams, C., Preisser, J. & Zimmerman, S. (2015). Effect of home-based light treatment on persons with dementia and their caregivers. *Lighting Research & Technology*, 47(2), 161-176. <https://doi.org/10.1177/1477153513517255>
- Smolders, K. C. ., de Kort, Y. A. , & Cluitmans, P. J. (2012). A higher illuminance induces alertness even during office hours: findings on subjective measures, task performance and heart rate measures. *Physiology & behavior*, 107(1), 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2012.04.028>
- Steinmetz, J. P., & Federspiel, C. (2014). The effects of cognitive training on gait speed and stride variability in old adults: findings from a pilot study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 26, 635-643. <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0228-9>

- Venna, V., Xu, Y., Doran, S., Patrizz, A., & McCullough, L. (2014). *Social interaction plays a critical role in neurogenesis and recovery after stroke*. *Translational Psychiatry*, 4(1).  
<https://doi.org/10.1038/tp.2013.128>
- Wessel, K. F. (1999). *Humanontogenetik und Interdisziplinarität*. *Humanontogenetik*, 2 (1), 5-22.
- Wessel, K.-F. (2015). *Der ganze Mensch. Eine Einführung in die Humanontogenetik*. Berlin: Logos Verlag.

# Belastungen und Ressourcen von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19 Pandemie - Eine Betrachtung aus Public Health Perspektive

Ebinger, M., Bischof, T. und Fischer, C.

Studierende im 3. Studienjahr der Studiengänge BWL-Gesundheitsmanagement (WGM18) und Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften (AGPW18A und 18B):

Bakurewitsch, R; Breithaupt, D.; Dehn, A.-L.; Hefter, V.; Langer, S.; Rehm, A.; Seibold, L.; Schestag, J.; Schubert, S.; Schooser, S. & Villing, T.

## Einleitung

Zur Eindämmung der weltweiten SARS-CoV-2-Pandemie war es im Frühjahr 2020 auch in Deutschland notwendig, umfassende geeignete Kontaktbeschränkungen, insbesondere auch Schulschließungen zu veranlassen. Diese Pandemiemaßnahmen haben neben einer enormen gesellschaftlichen Bedeutung bis dato drastische Auswirkung auf das Leben von Familien, Kindern und Jugendlichen: Durch die Schließungen von Schulen und Betreuungseinrichtungen und fehlende soziale Kontakte mit Gleichaltrigen außerhalb der Familien konnten viele Kinder und Jugendliche wegweisende Meilensteine in ihrer Entwicklung nicht erleben (Ugueto, 2021). Insbesondere die zahlreichen sozialen Einschränkungen, die virtuelle Beschulung („Homeschooling“) und fehlende sportliche Aktivitäten führten weltweit zu psychischen Belastungen und Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen, aber auch zu physischen Herausforderungen. In einer aktuellen Modellierungsstudie kalkulierten Forschende infolge des weltweiten Wirtschaftsabschwungs sogar den Tod von mehr als 267.000 Säuglingen (gleichbedeutend mit einem Anstieg der Säuglingssterblichkeit um insgesamt 7%) in 128 Ländern für das Jahr 2020 (Shapira, 2020). Dies ist insbesondere auf die schlechtere Pflege und Ernährung in verarmenden Haushalten und die verschlechterte Gesundheitsversorgung in ärmeren Ländern zurückzuführen.

Im Frühjahr 2021 beschrieb ein amerikanischer Psychologe in der New York Times den psychischen Zustand der Menschen mit dem Begriff „Languishing“ und sah diesen Zustand insbesondere auch als Risikofaktor für psychische Erkrankungen: *„Languishing is a sense of stagnation and emptiness. It feels as if you’re muddling through your days, looking at your life through a foggy windshield. And it might be the dominant emotion of 2021.“* (Grant, 2021).

Hierzulande berichten aktuell die Medien von einer Zunahme an psychisch kranken Kindern und fordern die Aufstockung der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch teilstationärer Angebote. In einer gemeinsamen Erklärung im Rahmen des digitalen Fachgipfels zur psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen in Folge der Corona - Pandemie in Baden-Württemberg heißt es:

*„Wir, die am Fachgipfel Beteiligten, teilen die Einschätzung, dass es durch die Corona-Pandemie und deren Bewältigung bei vielen Kindern und Jugendlichen zu Entwicklungsdefiziten im sozialen, emotionalen und motorischen Bereich*

*gekommen ist, die dringend weiter in den Blick genommen werden müssen. Das wird neben allgemeinen psychosozialen Angeboten (z.B. Sport, Schulsozialarbeit) auch kurzfristig zusätzliche Bedarfe sowohl an ambulanter als auch an stationärer Behandlung psychischer Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen erfordern. Allein durch die aktuellen Versorgungskapazitäten sind diese Bedarfe aber nicht überall abzudecken.“ (Digitaler Fachgipfel, 2021).*

## Ziel und Fragestellung

Ziel dieses Beitrages ist es daher, anhand der aktuellen wissenschaftlichen Studienlage einen Überblick über die Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nach 1,5 Jahren Pandemieerleben zu geben. Dabei sollen insbesondere psychische Herausforderungen und Belastungen, aber auch physische Auffälligkeiten aus Public Health Perspektive betrachtet werden. Darüber hinaus ist es auch die Intention der Autorinnen und Autoren, mögliche Ressourcen und Perspektiven für Kinder und Jugendliche aufzuzeigen.

## Methodik

Die aktuelle Studienlage wird durch eine schlagwortgestützte Literaturrecherche in den Literaturdatenbanken der ZB Medizin Informationszentrum Lebenswissenschaften (LIVIVO) incl. Medline aufgezeigt. Folgende Suchbegriffe wurden gewählt und in adäquater Weise sowohl deutsch- und englischsprachig verknüpft, wobei die Suche auf die Jahre 2020- 2021 beschränkt wurde. Explizit wurde nach einschlägigen deutschen Studien und Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen gesucht.

CHILDREN	AND	(RESSOURCES OR RISK)
Jahre 2020-2021	AND	PANDEMIC

*Tabelle 1: englischsprachige Suchbegriffe zur Suche in den Literaturdatenbanken von Livivo*

Insgesamt wurden 494, davon 165 deutschsprachige, Publikationen identifiziert, die anhand des Abstracts gesichtet und auf Relevanz für den Beitrag gescreent wurden. Aufgrund der vorgegebenen Seitenbegrenzung erfolgte eine Beschränkung auf die aktuellsten und relevantesten Ergebnisse.

Die aktuelle Literaturrecherche wird ergänzt durch Erkenntnisse des im Wintersemester 2020/21 durchgeführten Integrationsseminars zum Thema „Public Health in Zeiten der COVID-19-Pandemie – Herausforderungen und Ressourcen besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen“, in dem sich eine Gruppe (Gruppe 5), bestehend aus 11 Studierenden, mit den gesundheitlichen Risiken und Perspektiven von Kindern und Jugendlichen in der COVID-19 Pandemie beschäftigt hat. Im Rahmen des Projektes führten die Studierenden eine qualitative Datenerhebung in Form von leitfadengestützten Interviews mit insgesamt 3 betroffenen und von der Studierendengruppe ausgewählten Kindern und Jugendlichen einerseits als auch mit 2 Expert\*innen (Schulleiterin und Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin) durch (Bakurewitsch, 2021). Es konnten eine Grundschülerin (10 Jahre), eine Gymnasiastin (16 Jahre) und eine Abiturientin (17 Jahre) befragt werden, die Fragenkomplexe sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Einstiegsfrage	Wie erging es dir in den letzten Monaten in der Coronapandemie?
Ängste und Sorgen	Welche Sorgen und Ängste hast du während der Coronapandemie?
Rückzugsort, familiäres Zusammenleben	Erzähl uns von deinem Zuhause. Wie läuft aktuell das Zusammenleben in deiner Familie ab?
Soziale Kontakte	Erzähl doch mal, wie derzeit die Kommunikation mit Familie und Freunden funktioniert.
Konsum von digitalen Medien	Wie hat sich die Nutzung von digitalen Medien bei dir verändert?
Bildung	Wie läuft bei dir in der Schule das Homeschooling ab? Wie bist du mit dem Homeschooling zurechtgekommen?
Ernährungsgewohnheiten	Wie haben sich deine Ernährungsgewohnheiten während der Coronapandemie verändert?
Sportl. Aktivität	Wie sportlich aktiv bist du derzeit?
Abschlussfrage	Möchtest du uns noch etwas Besonderes zu dem Thema erzählen?

*Tabelle 2: Fragenkomplexe der leitfadengestützten Interviews (Bakurewitsch, 2021)*

Nach der Transkription wurden die Interviews anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit Hilfe der Software f4analyse ausgewertet. Textpassagen und Ergebnisse der Kategorisierung ergänzen die Darstellung der aktuellen Studienlage.

## **Psychische und physische Herausforderungen und Belastungen von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19 Pandemie**

Nach Reichert verlagerte sich aufgrund des coronabedingten Lockdowns der Alltag Heranwachsender in die Familie, man spricht aufgrund der ausschließlich innerfamiliären Kontakte auch von einer sogenannten „familiären Verinselung“ (Reichert, 2021). Derzeit existieren in Deutschland einschlägige Studien, die die Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland eingehend untersuchen. Wert wird dabei v.a. auf die Veränderungen des Lebensalltags in den Bereichen Bildung und Betreuung sowie auch auf veränderte Freizeitaktivitäten und Sozialbeziehungen von Kindern und Jugendlichen gelegt. Tabelle 3 gibt einen Überblick über relevante deutsche Studien (Längsschnitt- und Querschnitterhebungen).

Studiename	Studienart	Autor/-in
COPSY (Corona und Psyche)	<b>Längsschnittstudie</b> zu den Auswirkungen und Folgen der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (11-17 Jahre) und deren Eltern in Deutschland, n=1.040, zwei Befragungsrunden	Ravens-Sieberer U.
COSMO (COVID-19 Snapshot Monitoring) Befragung in bislang 47 Wellen	<b>Querschnittstudie</b> Monitoring von Wissen, Risikowahrnehmung, Schutzverhalten und Vertrauen während des aktuellen COVID-19 Ausbruchsgeschehens	Betsch C.
KiCo Kinder, Eltern und ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie	<b>Querschnittstudie</b> 25.000 Personen befragt, Familien mit Kindern unter 15 Jahren	Andresen S.
Kind sein in Zeiten von Corona (Deutsches Jugendinstitut)	<b>Querschnittstudie</b> 12.628 Personen online befragt Ergebnisbericht zur Situation von Kindern während des Lockdowns im Frühjahr 2020	Langmeyer A.
JuCo Das Leben von jungen Menschen in der Corona-Pandemie	<b>Querschnittstudie</b> junge Menschen im Alter von 15 bis 30 Jahren zu Erfahrungen, Sorgen, Bedarfe n = 5.520 (JuCo I) n = 7.038 (JuCo II)	Andresen S.
CoKi Corona bei Kindern	<b>Registerstudie</b> zur Fallzahlerfassung durch Kinder- und Jugendärzte	Martin D.
DAK-Längsschnittstudie	<b>Längsschnittstudie</b> zum Medienkonsum	Thomasius R.

Tabelle 3: ausgewählter nationaler Studienüberblick zur Situation von Kindern und Jugendlichen

## Psychische Gesundheit und Bildung

Entwicklungsbedingt sind Kinder und Jugendliche besonders vulnerabel für die Entwicklung psychischer Störungen (Brakemeier, 2020). In der bundesweiten COPSY-Studie konnten durch die pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen negative Folgen auf das psychische Wohlbefinden sowie erhöhte psychische Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aufgezeigt werden (Ravens-Sieberer, 2021): So fühlten sich 71% der Heranwachsenden durch die Kontaktbeschränkungen belastet, 65% erlebten Schule und Lernen anstrengender als zuvor, bei 39% verschlechterte sich das Verhältnis zu Freunden und 27% berichteten, sich häufiger zu streiten. Das Risiko für psychische Auffälligkeiten stieg an, auch psychosomatische Beschwerden nahmen zu, wie beispielsweise Gereiztheit, Einschlafprobleme, Kopfschmerzen, Niedergeschlagenheit oder Bauchschmerzen (Ravens-Sieberer, 2020;2021). Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund betroffen sind. Auch die CoKi-Studie zeigte insbesondere bei den 12- bis 17-Jährigen große psychische Belastungen: Leistungs- und Versagensängste, depressive Verstimmungen, Angst- und Schlafstörungen, Suizidalität, Neigung zu Selbstverletzungen und Substanzstörungen (Martin, 2020). In der Swiss Corona Stress Study zeigte sich in Befragungen im April, Mai und November 2020 ein stetiger Anstieg depressiver Symptome in der Bevölkerung von 3% vor der Pandemie auf 18%

in Welle 2. Die Altersgruppe von 14-24 Jahren war mit 29% am stärksten betroffen (de Quervain, 2020). In Welle 3 (März 2021) ergab eine Befragung unter Gymnasiast\*innen bei 27% schwere depressive Symptome. Hauptbelastungsfaktor ist schulischer Druck durch verpassten Stoff wegen Schließungen und Quarantäne, hier gaben 46% entsprechend starke Stresssymptome an (de Quervain, 2020). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen haben die Notfallvorstellungen innerhalb des letzten Jahres um 30% zugenommen. Insbesondere wurde eine Zunahme der Krankheitsbilder Anorexia nervosa, Zwangsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen und depressiven Erkrankungen registriert (Renner, 2021).

*„Ja, ich habe Angst, dass meine Omas, mein Opa oder insgesamt jemand aus meiner Familie an Corona stirbt. Ich hoffe, dass alle gesund bleiben.“ Interview mit Grundschülerin im Studierendenprojekt*

Die familiäre Verinselung und der Verlust der gewohnten Tagesstruktur einer Familie kann mit erhöhtem Konfliktpotential einhergehen und zu einer Zunahme der häuslichen Gewalt und innerfamiliärer Aggressionen führen. Nach einer Untersuchung des Deutschen Jugendinstitutes sind hier insbesondere Familien mit Kindern unter 14 Jahren betroffen (Langmeyer, 2020).

*„Treffen schwierige Lebensverhältnisse, belastete Eltern und anspruchsvolle Kinder aufeinander, verstärken sich bereits vor der Pandemie bestehende Nachteile. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund des Kinderschutzes besorgniserregend. Deshalb ist es wichtig, Familien in dieser Zeit vermehrt Beratung anzubieten.“ (Langmeyer, 2021)*

Erste Studienergebnisse, etwa des Jugendhilfebarometers, zeigten keine generelle Zunahme der Gefährdungsmeldungen, allerdings besteht hier eine hohe Dunkelziffer.

Studien zeigen außerdem, dass die Kita- und Schulschließungen während der Corona-Pandemie zu Lernverlusten bei den rund 11 Mio. betroffenen Kindern und Jugendlichen geführt haben. Betroffen sind vor allem Kinder und Jugendliche aus bildungsfernen Haushalten (Anger, 2021). Für Baden-Württemberg konnte während der Schulschließungen im Frühjahr 2020 festgestellt werden, dass die Schülerinnen und Schüler weniger Zeit für das Lernen aufgewendet haben und die Kompetenzen von Fünftklässler\*innen im Lesen und vor allem in Mathematik gesunken sind (Schult, 2021). Bei Akademikerkindern gingen schulische Aktivitäten ähnlich stark wie bei Nichtakademikerkindern zurück. Vor allem leistungsschwächere Schüler\*innen mit wenig Motivation ersetzten Lernen durch passive Tätigkeiten oder Mediennutzung.

## Medienkonsum

Die Ergebnisse unterschiedlicher Studien zeigen auf, dass der digitale Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen während der Coronapandemie stark zugenommen hat (Langmeyer, 2020). Kinder und Jugendliche nutzen digitale Medien zum einen für das Homeschooling, zur Kommunikation mit Freundinnen und Freunden, aber auch zum Zeitvertreib, dies könnte zum einen eine Mediensucht („Gaming Disorder“ ICD-11-Code: 6C51) begünstigen, zum anderen aber auch mit einer verbesserten Medienkompetenz einhergehen (Bakurewitsch, 2021).

*„Ich sitze jeden Tag schon circa 5 Stunden vor meinem Laptop und mache etwas für die Schule, wenn nicht sogar mehr. Dann abends schau ich mehr Fernsehen,*

*weil ich kann ja nirgends hin. Oder mittags lieg ich im Bett mit meinem Handy. Klar ich lese auch manchmal oder puzzele oder so, aber das wird halt irgendwann langweilig und dann geht es halt wieder ans Handy.“ Interview mit Gymnasiastin im Studierendenprojekt*

Einer Längsschnittbefragung der DAK zufolge stiegen während des Corona-Lockdowns die Nutzungsumfänge von digitalen Spielen und sozialen Medien bei Kindern und Jugendlichen deutlich (Steigerungsraten von 29% bis 75%), wobei insbesondere Kinder und Jugendliche mit bereits vorab riskanter Mediennutzung besonders hohe Steigerungsraten bei den Nutzungszeiten aufzeigten (Thomasius, 2021). Spitzer sieht insbesondere für Kinder und Jugendliche die übertriebene Nutzung digitaler Bildschirmmedien als nachweislich schädlich für die Gesundheit an, aber auch für Bildung und soziale Entwicklung (Spitzer, 2020). Durch den starken Anstieg der Bildschirmzeit fanden Forschende aus Hong-Kong in einer Kohortenstudie eine Zunahme an Myopie bei Kindern zwischen 6-8 Jahren, zurückzuführen auf die im Vergleich zur „Draußen-Zeit“ erhöhten Bildschirmzeiten (Zhang, 2021).

## **Ernährungs- und Bewegungsverhalten**

Schulschließungen und Kontaktbeschränkungen sowie die Einstellung sportlicher Aktivitäten in den Sportvereinen hatten einen großen Einfluss auf die Tagesroutine von Kindern und Jugendlichen und deren Familien (Browne, 2020). Studien zeigen neben einem Bewegungsmangel eine ungesündere Ernährung mit Tendenz zu steigendem Übergewicht auf (Browne, 2020). Eine Studie zu Lebensstil und Ernährung in Corona-Zeiten zeigte bei insgesamt 9% der Kinder der befragten Familien eine Gewichtszunahme, bei Jungen zwischen 10 und 12 Jahren sogar 27%. Hier waren Familien mit niedrigem Bildungsstatus am meisten betroffen (TU München, 2020). Ein Vergleich der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen der Region Hannover vor und nach dem ersten Lockdown zeigt eine hochsignifikante Zunahme von Übergewicht und Adipositas von 9,5% auf 13,4% bei einem p-Wert <0,001 (Region Hannover, 2020).

In Abhängigkeit von der familiären Struktur wird allerdings auch von einer Zubereitung von aufwändigeren Speisen und einer ausgewogenen Ernährung berichtet, da in den Familien zusammen gekocht wird (Bakurewitsch, 2021). Medien berichten aktuell von einer Zunahme von Essstörungen bei jugendlichen Mädchen, insbesondere verschlechterte sich auch die Situation bei bekannten Essstörungen (Schlegl, 2020). Die Kinder- und Jugendpsychiatrien verzeichneten einen größeren Zulauf von jugendlichen Patientinnen in den Essstörungsambulanzen, was auf die Selbstoptimierung durch das „[...] Kümmern um das eigene Aussehen zur einzig verbliebenen, aber gefährlichen Quelle für Zuwendung, Erfolgserlebnis und Sinn [...]“ zurückzuführen sei (Jugendhilfeportal, 2021).

Der Wegfall der sportlichen Betätigung im Schul- und Vereinssport führt zu einem Bewegungsmangel, kann aber auch zu alternativen Sportaktivitäten und neuen Hobbies führen. Hier sind Familien mit höherem Einkommen und höherem Bildungsniveau deutlich begünstigt. Unabhängig von Geschlecht und Alter wurde vom Karlsruher Institut für Technologie (KIT) ein Rückgang der sportlichen Aktivität und eine Zunahme der nicht-organisierten körperlich-sportlichen Aktivität (Freies Spiel draußen, Spaziergänge, Radfahren, Gartenarbeit, etc.) sowie der Bildschirmzeit festgestellt. Bildschirmzeit und körperlich-sportliche Aktivität stellen dabei keine Gegensätze dar. Teils niedrige Aktivitätsumfänge scheinen bei manchen Kindern und Jugendlichen kontextabhängig zu sein. Während des

Lockdowns, als die Kinder und Jugendlichen ihren Alltag selbstbestimmter gestalten konnten, stiegen sogar bei manchen die Aktivitätsumfänge an (Schmidt, 2020). Problematisch wird derzeit insbesondere bei Kindern im Vorschulalter thematisiert, dass durch die Schließung von Schwimmhallen und Badeseen keine Möglichkeit bestand, Schwimmkurse durchzuführen, was möglicherweise zu einer Generation von Nichtschwimmern mit einer Erhöhung zukünftiger Badeunfälle führen könnte (DLRG, 2021). Alles in allem könnte insbesondere die physische Inaktivität zu einer Steigerung des im englischsprachigen Raum als sogenanntes „sedentary behaviour“ bezeichneten Verhaltens führen (Hancock, 2014), nach Hall auch als zweite Pandemie bezeichnet (Hall, 2020).

## **Inanspruchnahme von pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen**

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in der Pandemie ist möglicherweise nicht bedarfsgerecht erfolgt (Scheidt-Nave, 2020). So kommt eine aktuelle Studie unter Beteiligung der Universität Gießen zu dem Schluss, dass während der ersten zwei Monate der Corona-Pandemie in Deutschland Diabetes Typ I bei Kindern und Jugendlichen oft erst mit deutlicher Verzögerung diagnostiziert worden ist und aufgrund der diabetischen Ketoazidose Notfallaufnahmen in Kliniken notwendig wurden (Kamrath, 2020). Das höchste Risiko dieser lebensbedrohlichen Stoffwechselentgleisung hatten jüngere Kinder unter sechs Jahren.

Fraglich ist, ob durch die immunologische Isolation insbesondere von Kleinkindern, eine Prägung des Immunsystems ausbleibt; dies kann erst in Folgestudien beantwortet werden. Möglicherweise holen Kinder die Infekte nach, die sie in der Corona-Zeit durch Lockdown, Maskenpflicht und Hygienemaßnahmen verpasst haben. Das RKI warnt derzeit vor Verschiebungen saisonaler Erkrankungswellen (insb. Influenza, RSV), so dass Präventions- und Versorgungsmöglichkeiten vorbereitet werden sollten (RKI, 2021).

## **Ressourcen von Kindern und Jugendlichen**

Während die im ersten Abschnitt dargestellten Herausforderungen der Pandemiemaßnahmen für die psychische Entwicklung von Heranwachsenden sichtbar werden, zeigt sich das medizinische Geschehen überschaubar (Reichert, 2021) und es werden auch positive Aspekte der Pandemiezeit aufgeführt.

## **COVID-19 Symptomatik, Long-COVID**

Laut Erregersteckbrief des RKI werden als Symptome bei Kindern am häufigsten Husten (0-4 Jahre: 40% / 5-19 Jahre: 42%), dann Fieber (48% / 34%), Schnupfen (23% / 30%), Allgemeinsymptome (18% / 30%) angeführt (RKI, 2021). In seltenen Fällen entwickeln Kinder ein Krankheitsbild, welches als „paediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS)“ bezeichnet wird. Die Sterblichkeit dieser übermäßig gesteigerten Entzündungsreaktion wird mit 1,7-3,5% beziffert (RKI, 2021). Im PIMS-Register der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) sind bis dato (27.05.2020-8.8.2021) 403 Kinder mit PIMS gemeldet worden (DGPI, 2021).

In einer englischen Studie an 1.734 positiv getesteten Kindern im Alter von 5 bis 17 Jahren hatten die meisten einen milden Erkrankungsverlauf (Molteni, 2021). Die häufigsten Symptome waren Kopfschmerzen (62,2%), Abgeschlagenheit (Fatigue 55,0%) und Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns (39,6%), gefolgt von Fieber (37,7%) und starkem Husten (25,5%). Ältere Kinder waren etwas länger krank – im Schnitt sieben Tage – als die 5- bis 11-Jährigen, bei denen die Symptome im Mittel fünf Tage dauerten. Nach Einschätzung des Autorenteams dürfte eine Long-COVID-Symptomatik eher die Ausnahme sein (1,8% der Kinder). Zu Long-COVID bei Kindern und Jugendlichen ist die Datenlage noch widersprüchlich (Hübner, 2021). Teilweise werden die beobachteten Symptome auf depressive Verstimmungen durch den Lockdown selbst zurückgeführt (kein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe ohne COVID-Infektion), teilweise wird in 10-20% der Fälle über noch nach Monaten anhaltende Schlafstörungen, Atembeschwerden, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Muskelbeschwerden berichtet, auch nach asymptomatischen Verläufen (Buonsenso et al., 2021). Hier ist dringend noch mehr Forschung nötig, speziell auch hinsichtlich der Auswirkungen der Alpha- und Delta-Varianten des Virus.

## Positive Aspekte der Pandemie/Ressourcen

Obwohl zahlreiche negative Auswirkungen der Pandemie auf die Kinder und Jugendlichen festzustellen sind, darf nicht vernachlässigt werden, dass die qualitativen Rückmeldungen in den Studien mitunter von heterogenen Erfahrungen geprägt waren und es in den Familien durchaus auch positive Rückmeldungen gab, wie in den Zitaten aus der KiCo - bzw. auch JuCo-Querschnittsstudie deutlich wird (Andresen, 2020):

*„Meine Familie profitiert vom Wegfall des Freizeitstress und der ewigen Hin- und Herfahrrerei. Man steht heutzutage mit der ewigen Förderei und dem Hobbymuss so unter Stress. Das kann nur schädlich sein. Für unsere Familie und die Stärkung der Geschwisterbeziehung werde ich Corona ewig dankbar sein. Mal aus dem Hamsterrad auszusteigen ist eine Wahnsinnschance.“ (Andresen, 2020b)*

*„Grundsätzlich habe ich wahrgenommen, dass viele junge Menschen neue Tätigkeiten für sich entdeckt haben wie z.B. kochen, Sport, Handwerkliches etc. Ein Grund dafür ist sicher die freigewordene Zeit. Das ist ein positiver Effekt der Situation. Ich wünsche mir, dass in Zukunft auch mehr freie Zeit vorhanden ist und dadurch auch Platz für „Entfaltung“ und Eigeninitiativen. (Mir ist aber auch klar, dass nicht alle jungen Menschen eine Plattform haben, um sich auszuprobieren.)“ (Andresen, 2020a)*

Die drei im Studierendenprojekt befragten Kinder und Jugendlichen (Grundschülerin, Gymnasiastin und Abiturientin) gaben ebenfalls positive Aspekte als Auswirkungen der Pandemie an. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse der qualitativen Befragung auf, die im Einklang (rot) bzw. allerdings auch nicht bzw. nur teilweise im Einklang mit der Literatur (grau/schwarz) stehen und aller Voraussicht nach auf eine bildungsnahe Familienstruktur der befragten Personen zurückzuführen sind:

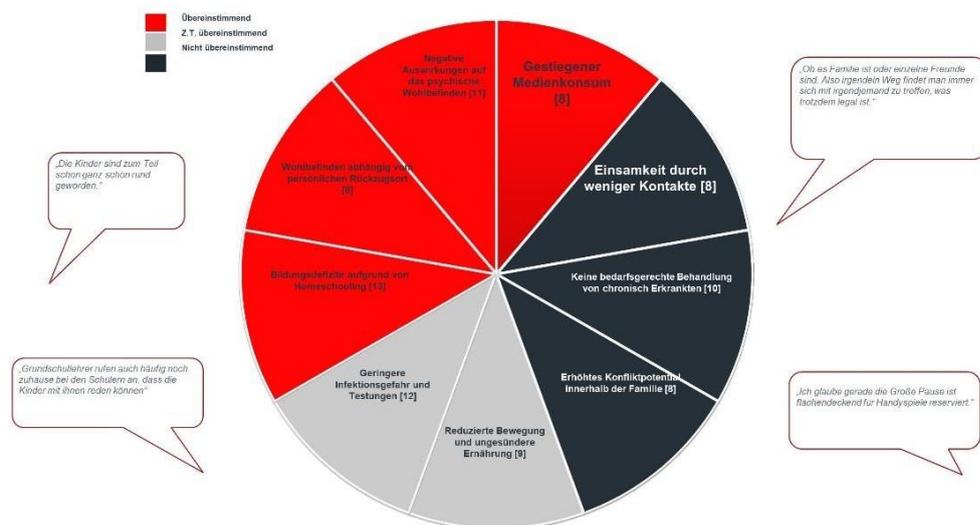


Abbildung 1: Ergebnisse der qualitativen Befragung im Studierendenprojekt (Bakurewitsch, 2021)

Ressourcen werden in Abhängigkeit vom persönlichen Rückzugsort gesehen, aber auch in der umgebenden Familie und im Studierendenprojekt folgendermaßen erhoben (Bakurewitsch, 2021):

*„Ja, es kann dadurch auch manchmal mehr Streit ergeben, weil wir uns mehr sehen. Aber allgemein haben wir mehr Harmonie“ Interview mit Grundschülerin*

*„Die soziale Unterstützung der Kinder, welche sie zuhause erfahren, spielt eine große Rolle. Die soziale Schere könnte weiter aufgehen. Kinder von Eltern, welche bei Schularbeiten unterstützen können, sind im Vorteil. Verglichen zu Kindern aus einer bildungsferneren Schicht, welche nur eingeschränkt Unterstützung durch die Eltern erfahren. Je nach Schule und je nach Hintergrund der Kinder kann die Corona Pandemie unterschiedlichen Einfluss auf die Perspektive der Kinder nehmen. Die Gefahr besteht, dass die Schere zwischen Kindern, welche ein unterstützendes Familiensystem haben, zu Kindern, welche nur eingeschränkt Unterstützung zuhause erfahren, weiter aufgeht.“ Experteninterview, FA Kinder- und Jugendmedizin*

*„Ich mach einmal in der Woche einen Online Sportkurs, das ist dann Yoga, Zumba oder sowas und ich gehe definitiv öfter Spazieren als vorher. Manchmal mache ich zwischendurch in der Woche noch ein Workout, aber ansonsten nicht wirklich viel.“ Interview mit Gymnastiastin*

*„Während man sich jetzt darauf einstellen kann, dass man was machen kann, was ein bisschen länger dauert oder mal was Neues ausprobieren kann. Von daher würde ich schon sagen, dass wir abwechslungsreicher essen.“ Interview mit Abiturientin*

*„So schlimm fand ich es nicht, denn über die vielen Medien ist man ja immer in Kontakt. Wir haben dann öfter geskyped oder am Anfang, als wir noch durften, haben wir uns noch getroffen. Im Sommer durften wir uns draußen treffen. Wir haben immer geschaut, dass wir ein bisschen etwas machen konnten und wir haben uns auch nicht aus den Augen verloren.“ Interview mit Abiturientin*

## Hilfsangebote

Zum Schutz der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen werden zielgruppenspezifische und niedrigschwellige Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung benötigt: So versucht beispielsweise das Nationale Zentrum Frühe Hilfen Eltern mit angepassten und neuen Formaten trotz Kontaktbeschränkungen zu erreichen (NZFH, 2021). Darüber hinaus werden neben telefonischen Beratungsangeboten, sogenannten „Hilfetelefonen“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auch weitere Informationsseiten mit Hilfen und Beschäftigungsideen für Kinder zuhause angeboten, zum Beispiel das Mitmachprogramm der BZgA: „Kinder stark machen“ (BZgA 2021). Nach dem digitalen Fachgipfel im August 2021 wird festgehalten:

*„Dabei wird auch die Prävention, Identifikation und Versorgung von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ein wichtiger Schwerpunkt sein. Zudem ist im Koalitionsvertrag ein ressortübergreifender Masterplan verankert. Dieser soll kurzfristig greifen und den Verfestigungen der negativen Corona-Folgen für Kinder, Jugendliche und Familien entgegenwirken. Es ist anzustreben, die Beratungsangebote nach SGB VIII und die Beratungsangebote der Suchtprävention bei der Konzeption des ressortübergreifenden Masterplans zu berücksichtigen.“  
(Digitaler Fachgipfel, 2021)*

Um dabei zu helfen, pandemiebedingte Lernlücken bei Schülerinnen und Schülern zu schließen, wurde in Baden-Württemberg das Programm „Überbrücke die Lücke - Bridge the Gap“ im Rahmen von Modellprojekten aufgelegt (Kultusministerium B-W, 2021). Vielerorts gibt es für das neue Schuljahr sogenannte „welcome-back“-Aktivitäten an den Schulen, durch die v.a. das soziale Lernen in den Vordergrund rücken soll. Die DAK bietet für Jungen und Mädchen ab zwölf Jahren ein Mediensuchtscreening an, das eine riskante Nutzung von Computerspielen und Social Media frühzeitig und verlässlich erkennen soll; ebenso eine Online-Anlaufstelle für konkrete Hilfe bei Mediensucht als Angebot für Betroffene und Eltern (DAK, 2020).

Darüber hinaus existiert im Internet eine Vielzahl weiterer, seriöser Informationsangebote, wie beispielsweise zur Stressresilienz und Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen das START Programm (Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation-Treatment), das Projekt „Familien unter Druck“ mit Videoclips zu verschiedenen Themenbereichen oder „Corona und du“, ein Infoportal zur psychischen Gesundheit speziell für Kinder und Jugendliche.

## Diskussion

Nach Strauß wird aus Public-Health-Perspektive zur Pandemieeindämmung eine möglichst große Kontaktreduktion empfohlen, die auf der anderen Seite durch die soziale Isolation aber auch dazu beiträgt, dass eigentlich heilsame soziale Erlebnisse und Begegnungen auf ein Minimum reduziert werden (Strauß, 2021). Insbesondere die Copsy-Studie zeigt, dass die Herausforderungen der Pandemie Lebensqualität und psychisches Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen verringern sowie das Risiko für psychische Auffälligkeiten erhöhen (Ravens-Sieberer, 2020). Die Befunde ähneln sich im internationalen Vergleich, wobei vor allem sozial benachteiligte Kinder betroffen zu sein scheinen. Dies ist auch möglicherweise der Grund der heterogenen Aussagen zu den Belastungen der Pandemie, da insbesondere auch in den

Querschnittsstudien bildungsnahe Familien überrepräsentiert waren, ebenso wie im Studierendenprojekt (Bakurewitsch, 2021).

Die meisten Studien stammen aus der Zeit noch vor der Alpha-Variante; daher sind die Ergebnisse zur Krankheitslast für Kinder und Jugendliche nur bedingt auf die aktuelle Situation übertragbar. Danach wurde das Infektionsgeschehen von der Alpha- und aktuell der Delta-Variante beherrscht, die zu höheren Inzidenzen bei Kindern und Jugendlichen führen. Aufgrund der hohen Infektiosität der Alpha-Variante kam es schließlich zu den fortgesetzten Schulschließungen, die die in den Studien berichteten Effekte der 1. und 2. Welle nochmals verstärkten. Auch die Frage, ob Kinder unter der Delta-Variante schwerer und länger erkranken, ist bisher nicht bekannt.

Eine generelle Impfempfehlung für Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren wurde durch die STIKO erst wegen der Ausbreitung der Delta-Variante, die zum Großteil diese Altersgruppen infiziert, ausgesprochen:

*„Die Aktualisierung der Empfehlung zur COVID-19-Impfung von 12-17-Jährigen basiert auf der Bewertung neuer quantitativer Daten zur Sicherheit der Impfung und zur Krankheitslast sowie einer Modellierung von direkten Effekten der Impfung auf diese Altersgruppe wie auch indirekten Effekten auf andere Altersgruppen. Die STIKO spricht sich jedoch explizit dagegen aus, dass der Zugang von Kindern und Jugendlichen zur Teilhabe an Bildung, Kultur und anderen Aktivitäten des sozialen Lebens vom Vorliegen einer Impfung abhängig gemacht wird.“ (Epidemiologisches Bulletin, 2021)*

Die STIKO hat dabei insbesondere auch die psychosozialen Folgen der Pandemie als Teil der zu betrachtenden Krankheitslast neben der Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe in die Abwägungen um eine Impfempfehlung für Kinder und Jugendliche ins Auge gefasst. In welchem Ausmaß die Impfquoten unter Jugendlichen weitere Quarantänen und Schulschließungen bei erneutem Anstieg der Inzidenz an Neuinfektionen verhindern können, muss sich im kommenden Schuljahr, insbesondere in den Herbst- und Wintermonaten erst noch zeigen.

## Schlussfolgerung und Ausblick

Die psychosozialen Folgen für Kinder und Jugendliche sind noch längst nicht in aller Gänze erfasst und verlangen Aufmerksamkeit und Aufarbeitung in der kommenden Zeit (Reichert, 2021).

Aufgrund der Coronapandemie konnten auch viele Schuleingangsuntersuchungen nicht oder nur mit erheblichen Verzögerungen stattfinden. Im Rahmen des ÖGD-Paktes zum Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sollten insbesondere die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste gestärkt werden. Wie eine Studie aus dem Großraum Hannover zeigt, war bereits nach der ersten Welle eine Zunahme des Förderbedarfs in unterschiedlichen Entwicklungsbereichen zu verzeichnen. Eine flächendeckende Durchführung der Einschulungsuntersuchungen ist daher essentiell, um jedem Kind eine bedarfsgerechte Unterstützung zukommen zu lassen und um die Surveillance der Pandemie-Auswirkungen auf diese Altersgruppe zu gewährleisten (Region Hannover, 2020).

Um die Monate eingeschränkter Kontakte mit Gleichaltrigen auszugleichen, sollte der Fokus nicht nur auf dem versäumten Lernstoff in der Schule liegen, sondern insbesondere auf der psychischen und physischen Stärkung von Kindern und Jugendlichen mit einem umfassenden Angebot an Spiel, Sport, Kultur und der Möglichkeit sozialer Interaktion mit Gleichaltrigen. In Großbritannien gibt es hierzu beispielsweise die Initiative „PlayFirstUK“ (University of Reading, 2021), in der es v.a. um den sozialen Austausch geht, was in folgendem Zitat von Prof. Dodd deutlich wird: „We are really concerned about the impact of the Covid-19 pandemic on children; research shows clear increases in mental health problems and loneliness. As part of the recovery process, children need time to reconnect and play with their friends, they need to be reminded how good it feels to be outdoors after so long inside and they need to get physically active again. There is understandable concern about children’s education but the impact of mental health problems in childhood can be lifelong.“ (Dodd, 2021)

Um Kinder und Jugendliche auch in Deutschland auf dem Weg zurück in ein unbeschwertes Aufwachsen zu begleiten und sie beim Aufholen von Lernrückständen zu unterstützen, investiert die Bundesregierung in den Jahren 2021 und 2022 zwei Milliarden Euro für das Aktionsprogramm "Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche" (BMFSFJ, 2021). In einem digitalen Zukunftsforum sollen sich Akteurinnen und Akteure über die Umsetzung vor Ort austauschen mit dem gemeinsamen Ziel, die Folgen der Pandemie für junge Menschen und ihre Familien abzumildern. Ein Teil der Maßnahmen wird durch die Bundesländer umgesetzt. Vielerorts gibt es Task Forces zur Umsetzung solcher Ideen, z.B. auch in der Stadt Stuttgart. Es zeigt sich, dass bereits die Wiedereröffnung von Kitas und Schulen bei vielen Kindern und Jugendlichen und deren Familien zu einer Entspannung der Situation und einer Besserung des Befindens geführt hat. Vorrangig ist daher zum einen, dass genügend niederschwellige Hilfsangebote, besonders auch im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, vorgehalten werden, zum anderen, dass sich die Lockdown-Situationen oder ausgedehnte Quarantänen nicht wiederholen und Kitas und Schulen sowie Angebote für Kinder und Jugendliche im Freizeit- und Jugendhilfebereich verlässlich zugänglich bleiben. Durch ein Maßnahmenpaket mit deutlicher Steigerung der Impfquote, besonders auch unter den Eltern von Kindern unter 12 Jahren, sowie präventiven Infektionsschutzmaßnahmen (Maskentragen, Abstände etc. wo geboten) sollte die drohende vierte Welle der Pandemie hoffentlich ohne weitere Beeinträchtigungen, gerade auch für Kinder und Jugendliche, vorübergehen.

## Literatur

- Amarel, S.; Endl-Geyer, V.; Rainer, H. (2020). *Familiäre Gewalt und die Covid-19-Pandemie: Ein Überblick über die erwarteten Auswirkungen und mögliche Auswege*, ifo Schnelldienst, 73 (7), 52- 56.
- Andresen S., Lips A., Möller R., Rusack T., Schröder W., Thomas S., & Wilmes J. (2020a). *Das Leben von jungen Menschen in der Corona-Pandemie: Erfahrungen, Sorgen, Bedarfe*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. <https://doi.org/10.18442/120>
- Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Rusack, T., Schröder, W., Thomas, S., & Wilmes, J. (2020b). *Kinder, Eltern und ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie*. Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim. <https://doi.org/10.18442/121>
- Anger, C., & Plünnecke, A., (2021). *Schulschließungen - Auswirkungen und Handlungsempfehlungen*, IW-Kurzbericht, 44. Abgerufen von [https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user\\_upload/Studien/Kurzberichte/PDF/2021/IW-Kurzbericht\\_2021-Schulschlie%C3%9Fungen.pdf](https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Kurzberichte/PDF/2021/IW-Kurzbericht_2021-Schulschlie%C3%9Fungen.pdf) am 20.11.2021.
- Anger, C., & Plünnecke, A., (2021b). *Bildung: Verschärfung der Ungleichheit durch Schulschließungen vermeiden*. IW-Kurzberichte, 19.

- Bakurewitsch, R., Breithaupt, D., Dehn, A.-L., Hefter, V., Langer, S., Rehm, A., Seibold, L., Schestag, J., Schubert, S., Schoser, S., & Villing, T. (2021). Perspektiven und gesundheitliche Risiken von Kindern und Jugendlichen in der COVID-19-Pandemie, Seminararbeit im Integrationsseminar, DHBW Stuttgart.
- Brakemeier, E.-L., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., Wurm, S., Christiansen, H., Lueken, U., Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit: Erkenntnisse und Implikationen für die Forschung und Praxis aus Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49, 1-31. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000574>.
- Browne, N.T., Snethen, J.A., Greenberg, C.S., Frenn, M., Kilanowski, J.F., Gance-Cleveland, B., Burke, P.J., & Lewandowski, L. (2021). When pandemics collide: The impact of COVID-19 on childhood obesity. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 90-98.
- Buonsenso, D., Munblit, D., de Rose, C., et al. (2021). Preliminary evidence on long COVID in children. *Acta Paediatrica*, 110, 2208–2211.
- Bujard, M., Laß, I., Diabaté, S., Sulak, H., & Schneider, N. F. (2020). Eltern während der Corona-Krise: Zur Improvisation gezwungen, *BiB.Bevölkerungs.Studien*, 1, Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. <https://doi.org/10.12765/bro-2020-01>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021). Aktionsprogramm "Aufholennach Corona für Kinder und Jugendliche". Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/corona-pandemie/aufholen-nach-corona/aktionsprogramm-aufholen-nach-corona-fuer-kinder-und-jugendliche> am 30.08.2021.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2021). Kinder stark machen. Abgerufen von <https://www.bzga.de/presse/pressemitteilungen/2021-05-07-unterstuetzung-fuer-familien-in-der-corona-pandemie/> am 11.08.2021.
- DAK-Gesundheit (2020). Mediensucht 2020 – Gaming und Social Media in Zeiten von Corona: DAK-Längsschnittstudie: Befragung von Kindern, Jugendlichen (12 – 17 Jahre) und deren Eltern. Abgerufen von <https://dak.de/dak/download/dak-studie-gaming-social-media-und-corona-2296454.pdf> am 04.05.2021.
- Deutsches Jugendinstitut (2021). Welche Kinder und Eltern die Pandemie am härtesten trifft. Abgerufen von <https://www.dji.de/themen/familie/kindsein-in-zeiten-von-corona-studienergebnisse.html> am 20.11.2021
- de Quervain, D., Coynel, D., Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Freytag, V., et al. (2021). Swiss Corona Stress Study: survey in highschool students, March 2021. <https://doi.org/10.31219/osf.io/1fsww>
- DGPI (2021). PIMS Survey Update: 2021, Kalenderwoche 31. Abgerufen von <https://dgpi.de/pims-survey-anleitung> am 11.08.2021.
- Faust, S., & Munro, A. (2020). It's Time to Put Children and Young People First During the Global COVID-19 Pandemic. *JAMA Pediatric*, 175 (2), 127- 128.
- Forsa (2020). Game- und Social-Media-Konsum im Kindes- und Jugendalter - Wiederholungsbefragung vor dem Hintergrund der Corona-Krise (Längsschnittuntersuchung): Ergebnisse einer Eltern-Kind-Befragung mit forsa.omninet, Abgerufen von <https://www.dak.de/dak/download/forsa-ergebnisse-2296320.pdf> am 20.11.2021
- Grant, A. (19.4.2021). There's a Name for the Blah You're Feeling: It's Called Languishing, *The New York Times*. Abgerufen von <https://www.nytimes.com/2021/04/19/well/mind/covid-mental-health-languishing.html> am 20.11.2021
- Hall, G., Laddu, D. R., Phillips, S. A., Lavie, C. J., & Arena, R. (2021). A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another? *Progress in cardiovascular diseases*, 64, 108–110. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.04.005>
- Hancock, J., Inchley, J., & HBSC's Physical Activity Focus Group Produced by HBSC's International Coordinating Centre (2014). Factsheet sedentary behaviour. Abgerufen von <http://www.hbsc.org/publications/factsheets/Sedentary-Behaviour-english.pdf> am 20.11.2021
- Hübner, J., Behrends, U., Schneider, D., Fischbach, T., & Berner, R. (2021). SARS-CoV-2: Long COVID in der Pädiatrie. *Deutsches Ärzteblatt*, 118(24), A-1217/B-1003.
- Kamrath, C., Mönkemöller, K., Biester, T., Rohrer, T. R., Warncke, K., Hammersen, J., & Holl, R. W. (2020). Ketoacidosis in Children and Adolescents With Newly Diagnosed Type 1 Diabetes During the COVID-19 Pandemic in Germany. *JAMA*, 324(8), 801–804. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.13445>
- Kultusministerium Baden-Württemberg (2021). Mit Lernbrücken gegen Lernlücken. Abgerufen von <https://km-bw.de/site/lfv/node/9360874/Lde/index.html> am 11.08.2021.

- Langmeyer, A., Gulghör-Rudan, A., Naab, T., Urlen, M., & Winklhofer, U. (2020). Kindsein in Zeiten von Corona: Ergebnisbericht zur Situation von Kindern während des Lockdowns im Frühjahr 2020. Abgerufen von [https://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs2020/Ergebnisbericht\\_Kindsein\\_Corona\\_2020.pdf](https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2020/Ergebnisbericht_Kindsein_Corona_2020.pdf) am 07.08.2021.
- Martin, D., Reckert, T., Jenetzky, E., Krafft, H., Steuber, C., Fischbach, T., & Schwarz, S. (2020). COVID-19 bei Kindern in Deutschland ([www.co-ki.de](http://www.co-ki.de)) – Ein niedrigschwelliges Meldesystem der ambulanten Pädiatrie. *Kinder- und Jugendarzt*, 51(3/20), 1-3.
- Molteni, E., Sudre, C.H., Canas, L.S., et al. (2021). Illness duration and symptom profile in symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2. *Lancet Child Adolescent Health*. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00198-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00198-X)
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2021). Corona-Zeiten: Empfehlungen und FAQ für Fachkräfte in den Frühen Hilfen. Abgerufen von <https://www.fruehehilfen.de/> am 11.08.2021.
- O'Donnell, M., Oertelt-Prigione, S., Peterman, A., Potts, A., Shah, N., Thompson N., & Van Gelder, N. (2020) Pandemics and violence against women and children. *Center for Global Development working*, 528, 1-43.
- Ray, S., Abdel-Mannan, O., Sa, M., Fuller, C., et al. on behalf of the CoroNerve study group (2021). Neurological manifestations of SARS-CoV-2 infection in hospitalised children and adolescents in the UK: a prospective national cohort study. *The Lancet. Child & adolescent health*, 5(9), 631 –641. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00193-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00193-0)
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Devine, J., Erhart, M., Napp, A. K., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., & Hurrelmann, K. (2020). Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic-Results of the Copsy Study. *Deutsches Ärzteblatt international*, 117(48), 828–829. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0828>
- Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kaman, A., Adedeji, A., Devine, J., Napp, A., Erhart, M., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., & Hurrelmann, K. (2020). Psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Copsy-Studie. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(48), 828-829.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C. et al. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Copsy-Studie. *Bundesgesundheitsblatt*. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>
- Region Hannover (2020). Die Corona-Krise in der Region Hannover: Ein Blick auf soziale Folgen. *Statistische Kurzinformationen*, 16.
- Reichert, J., Berner, R. (2021). Kinder in der COVID-Krise: Familiär verinselt im Lockdown. *Deutsches Ärzteblatt*, 118(8), A-404 / B-345.
- Renner, T. (2021). SARS-CoV2-19 und Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Online-Fortbildungsreihe Psychische Gesundheit im schulischen Kontext* 19.5.2021, Universitätsklinikum Tübingen.
- Robert Koch-Institut (2021a). Arbeitsgemeinschaft Influenza. Abgerufen von <https://influenza.rki.de/> am 11.08.2021.
- Robert Koch-Institut (2021b). Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. Abgerufen von [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html) am 14.7.2021.
- Robert Koch-Institut (2021c). STIKO: 9. Aktualisierung der COVID-19- Impfeempfehlung. *Epidemiologisches Bulletin*, 33.
- Scheidt-Nave, C., Barnes, B., Beyer, A., Busch, M., Hapke, U., Heidemann, C., Imhoff, M., Mumm, R., Paprott, R., Steppuhn, H., Berenberg-Gossler, P., & Kraywinkel, K. (2020). Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland - Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Journal of Health Monitoring*, 5(10), 1-28.
- Schlack, E., Neuperdt, L., Hölling, H., De Bock, F., Ravens-Sieberer, U. et al. (2020). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Journal of Health Monitoring*, 5(4), 23–34. DOI 10.25646/7173
- Schlegl, S., Meule, A., Favreau, M., & Voderholzer, U. (2020). Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic-Results from an online survey of former inpatients. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 28(6), 847–854. <https://doi.org/10.1002/erv.2773>
- Schmidt, S.C.E., Anedda, B., Burchartz, A. et al. (2020). Physical activity and screen time of children and adolescents before and during the COVID-19 lockdown in Germany: a natural experiment. *Scientific Report*, 10, 21780. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78438-4>

- Schult, J., Mahler, N., Fauth, B., & Lindner, M. A. (2021). *Did Students Learn Less During the COVID-19 Pandemic? Reading and Mathematics Competencies Before and After the First Pandemic Wave*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/pqtgf>
- Shapira, G., de Walque, D., & Friedman, J. (2021). *How many infants may have died in low-income and middle-income countries in 2020 due to the economic contraction accompanying the COVID-19 pandemic? Mortality projections based on forecasted declines in economic growth*. *BMJ open*, 11(9), e050551. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050551>
- Spitzer, M. (2020). *Mediennutzung in Zeiten von Corona: Die Geschichte von 2 Pandemien*. *Nervenheilkunde*, 39(11), 698–703. <https://doi.org/10.1055/a-1193-8248>
- Strauß, B., Spitzer, C. (2021). *Psychosoziale Folgen der COVID-19-Pandemie*. *Psychotherapeut* 66, 173–174. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00503-8>
- Strauß, B., Berger, U., & Rosendahl, J. (2021). *Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie*. *Psychotherapeut*, 66(3), 175-185.
- Technische Universität München(2020). *Gesund essen – trotz Corona! Pressemitteilung von 16.10.2020*. Abgerufen von <https://www.tum.de/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/details/36109/> am 20.11.2021
- Thomasius, R. (2020). *Risikante und pathologische Nutzung von Games und sozialen Medien durch Kinder und Jugendliche nach Kriterien des ICD-11 und Einfluss des COVID-19-Lockdowns auf Medienzeiten in deutschen Familien*. In DAK-Gesundheit (Hrsg.), *Mediensucht 2020 – Gaming und Social Media in Zeiten von Corona: DAK-Längsschnittstudie: Befragung von Kindern, Jugendlichen (12–17 Jahre) und deren Eltern* (S.66-80). Berlin: forsa Politik- und Sozialforschung GmbH.
- Ugueto, A. M., & Zeni, C. P. (2021). *Patterns of Youth Inpatient Psychiatric Admissions Before and After the Onset of the COVID-19 Pandemic*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(7), 796–798. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.006>
- University of Reading(2021). *Let the children play this summer say leading psychologists*. Abgerufen von [http://www.reading.ac.uk/web/files/newsandevents/PlayFirst\\_Letter\\_Feb21.pdf](http://www.reading.ac.uk/web/files/newsandevents/PlayFirst_Letter_Feb21.pdf) am 11.08.21.
- Wößmann, L., Freundl, V., Grewenig, E., et al. (2020). *Bildung in der Coronakrise: Wie haben die Schulkinder die Zeit der Schulschließungen verbracht, und welche Bildungsmaßnahmen befürworten die Deutschen?* *ifo Schnelldienst* 2020, 73(9), 25-39.
- Zhang, X., Cheung, S., Chan, H. N., et al. (2021). *Myopia incidence and lifestyle changes among school children during the COVID-19 pandemic: a population-based prospective study*. *The British journal of ophthalmology*, *bjophthalmol-2021-319307*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2021-319307>

# **Pflege auf dem Weg unter finanzieller Perspektive – Chancen und Risiken für die pflegerische Profession im DRG-System**

Lang, M.

## **Einleitung**

Die Finanzierung hat maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung unserer Gesundheitsversorgung und demnach auf das Handeln der in diesem Sektor ansässigen Akteure und Berufsgruppen. Diese Aussage stützt sich auf die grundlegende Einsicht der Gesundheitsökonomie, dass Ökonomie und Medizin sich nicht widersprüchlich zueinander oder losgelöst voneinander verhalten, sondern die Ökonomie mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen vielmehr einen Rahmen vorgibt, unter dem die medizinische Versorgung der Bevölkerung stattfinden kann (Fleßa, S. & W. Greiner (2020), S. XI, 6). Im stationären Sektor ist als Rahmen für die Vergütung der Krankenhäuser insbesondere das DRG-System maßgeblich.

Vor dem Hintergrund der Interpendenz von Ökonomie und Gesundheitsversorgung sollen im Folgenden für die Berufsgruppe der Pflege die Rolle und Auswirkungen der Finanzierung im Rahmen des DRG-Systems betrachtet werden. Dabei sollen Chancen als auch Hindernisse für die Pflege retrospektiv als auch für die Zukunft aufgezeigt werden.

## **Eine Bestandsaufnahme: „Was hat uns das DRG-System gebracht?“**

Das DRG-System lässt sich als einer der großen Weichenstellungen in unserem Gesundheitssystem bewerten (Simon, 2020, S. 24), welches das Handeln der davon betroffenen Akteure und in der Konsequenz die Patientenbehandlung maßgeblich geprägt und verändert hat. Zielstellungen, die mit der Einführung des DRG-Systems im Jahre 2003 angestrebt wurden, waren mehr Transparenz im Leistungsgeschehen, die Förderung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung sowie die Senkung der Verweildauer im Krankenhaus (InEK, 2013, S. 9-10). Insbesondere die Reduzierung der Verweildauer galt dabei als ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel, da sich diese im internationalen Vergleich als auffällig hoch zeigte (BMG, 2021a). Die Umstellung von den tagesbezogenen Pflegesätzen, die u.a. vor allem als Ursache für die hohe Verweildauer verantwortlich gemacht wurden, auf die Vergütung mit Fallpauschalen im DRG-System sollte das Problem beheben. Die Fehlanreize des bis dahin geltenden Vergütungssystems wollte man so beseitigen (InEK, 2013, S. 10; Hilgers, 2011, S. 2). Die Vergütung sollte ab sofort der Leistung folgen und sich nicht mehr, wie bisher, tagesbezogen nach der Länge des Aufenthaltes richten. Die Versorgung sollte insgesamt bedarfsgerechter und mit Blick auf die Ressourcen und Prozesse effizienter erbracht werden (InEK, 2013, S. 10). Weiterhin sah man auch Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität u.a. mit der Zunahme der Leistungstransparenz im DRG-System.

Nach inzwischen beinahe 20 Jahren DRG-System fällt die Bilanz für die Bewertung des Vergütungssystems zwiespältig aus. Als erkennbarer, messbarer Erfolg ist die Reduzierung der Verweildauer in den Krankenhäusern nach der DRG-Einführung anzuführen (Hilgers, 2011, S. 138). So lag die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern zu Beginn des DRG - Systems bei 8,7 Tagen (Milstein & Schreyögg, 2020, S. 28). In den Eckdaten der Krankenhausstatistik wird aktuell von der Deutschen Krankenhausgesellschaft für das Jahr 2019 eine durchschnittliche Verweildauer von 7,2 Tagen ausgewiesen (DKG, 2021, S. 1). Dies entspricht einem Rückgang von 17 %. Damit ist ein wesentliches Ziel, welches mit der Einführung des DRG-Systems verbunden war, erfüllt worden. Kritisch wird in diesem Zusammenhang allerdings angemerkt, dass der Trend zur Verweildauerreduzierung bereits vor der Einführung des DRG-Systems bestand (Milstein & Schreyögg, 2020, S. 28).

Deutlich schwieriger und strittiger ist das Ziel der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit infolge des DRG-Systems zu beantworten. Schaut man sich zunächst die Kostenentwicklung an, so wird man feststellen, dass die Kosten für die Krankenhausbehandlung gemessen an den GKV - Leistungsausgaben bei Ende der Konvergenzphase von 2009 bis 2019 in einem Zeitraum von knapp über 10 Jahren deutlich angestiegen sind von 55,4 auf 80,9 Milliarden Euro (DKG, 2021a, S. 12). Die Ausgaben haben sich damit auch während des DRG-Systems erhöht. Die Ursachen sind dafür sicherlich multifaktoriell zu suchen und können nicht rein systemseitig bezogen auf die DRG-Finanzierung betrachtet werden. So wird in der DRG-Begleitforschung 2013 bereits auf eine Vielzahl von Einflussfaktoren verwiesen, wie beispielsweise Preisanpassungen von Personal- und Sachkosten, der medizinisch-technische Fortschritt oder auch der demographische Wandel, welche die Versorgung und Ausgabenentwicklung in den Krankenhäusern beeinflussen und die Effekte des DRG-Systems verzerren (InEK, 2013, S. 453). Kritisch wird weiterhin angemerkt, dass der Begriff der Wirtschaftlichkeit definitorisch genauer zu fassen ist und die Kalkulation der Fallpauschalen auf Ist-Kostenbasis sich nur wenig für eine Wirtschaftlichkeitssteigerung mit der Einhaltung von Durchschnittskosten als Vorgabe eignet (Simon, 2020, S. 239, 241). Auch die Bewertung zur Kosteneffizienz des DRG-Systems im Krankenhausreport 2020 bleibt verhalten und vorsichtig. Zwar werden dem Fallpauschalensystem Anreize für eine ressourcenärmere Leistungserbringung zugesprochen. „Ob sich diese Effekte in Deutschland entfaltet haben, ist unklar. Angesichts gestiegener Fallzahlen und gesunkener Verweildauern legen die aggregierten Daten diese Vermutung sehr nahe.“(Milstein & Schreyögg, 2020, S. 33)

Was die Effekte des DRG-Systems auf die Behandlungsqualität angeht, so bleibt eine ähnliche Offenheit in den Schlussfolgerungen festzustellen wie bei der Bewertung der Wirtschaftlichkeit. Das DRG-System wird gerne mit negativen Schlagzeilen hinsichtlich der Patientenversorgung in Verbindung gebracht. Als negative Folge der DRG -Einführung wird hierbei insbesondere das Stichwort „blutige Entlassung“ vorgehalten, welches unter dem Druck der Wirtschaftlichkeit im Fallpauschalensystem eine zu frühe Entlassung eines Patienten oder einer Patientin aus der stationären Versorgung unterstellt (a.a.O., S. 34). In einer Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage zu diesem Thema aus dem Jahr 2007 wurde dieser negative Begriff bereits relativiert, insoweit vonseiten der Selbstverwaltungspartner keine Erkenntnisse über eine Verschlechterung des Zustandes bei poststationären Patienten vorlag (Deutscher Bundestag, 2007, S. 3). Die DRG-Begleitforschung kommt sogar in der Untersuchung zur Auswirkung auf die Qualität zu einem positiven Ergebnis, dass für den Zeitraum von 2004 bis 2010 nach Einführung der DRGs ein deutlicher Rückgang der poststationären Mortalität festzustellen ist (InEK, 2013, S. 479). Auch ist zur

Entlastung der Fallpauschalen anzumerken, dass das DRG-System selbst Mechanismen bereithält, wie die Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme und Abschlüsse bei Nichteinhaltung bzw. Unterschreitung der Unteren Grenzverweildauer, die einer frühzeitigen Entlassung aus ökonomischen Interessen vorbeugen sollen (Deutscher Bundestag, 2007, S. 7). Zur Bewertung der Qualität insgesamt werden in der DRG-Begleitforschung weiterhin die Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung herangezogen. Auch hier lässt sich für die Qualitätsentwicklung im Zeitraum von 2004 bis 2010 bei der Analyse der Qualitätsindikatoren ein positiver Trend sowohl bei der Ergebnis- als auch bei der Prozessqualität ausmachen, wobei ein direkter Zusammenhang mit dem DRG-System nicht nachweisbar ist (InEK, 2013, S. 474, 475). Im Krankenhausreport 2020 sind die Auswirkungen des DRG-Systems offener und vorsichtiger formuliert. Angesichts einer noch ausbaubaren Forschungslage können keine verlässlichen, eindeutigen Schlussfolgerungen zur Beurteilung der DRG-Systems in Hinblick auf die Qualität aufgestellt werden (Milstein & Schreyögg, 2020, S. 34). Auch unter Einbezug von internationalen Studien bleibt das Urteil eher neutral. „Grundsätzlich zeigt sich nach der Einführung des Fallpauschalensystems weder eine Qualitätsverbesserung noch eine -verschlechterung.“ (A.a.O., S. 35) Mit Blick auf die Qualität bleibt damit die Rolle des DRG-Systems unklar. Wenn auch die Wirkung des DRG-Systems auf die Qualität weitgehend unentschieden und offen bleibt, können die Maßnahmen der Qualitätssicherung im Zusammenwirken doch als Ergänzung dafür und Vorsichtsmaßnahme wahrgenommen werden, wie es vom Gesetzgeber im SGB V vorgesehen ist (Deutscher Bundestag, 2007, S. 3, 4). Mit Hilfe der Qualitätssicherung, als Instrumente sind hier beispielsweise die Qualitätsberichte und Mindestmengen anzuführen, soll auch unter dem DRG -System die Qualität weiterentwickelt und positiv beeinflusst werden.

Zuletzt soll noch auf das mit dem DRG-System ausgewiesene Ziel der Transparenz und dem damit verbundenen Grundsatz „Das Geld soll der Leistung folgen!“ eingegangen werden. Das DRG-System scheint offensichtlich mit seinen Anforderungen diesen Erwartungen gerecht zu werden. So ist für die Generierung einer DRG die Eingabe zahlreicher Daten und Informationen in einen „Grouper“ notwendig, der damit die Einteilung in die jeweils passende Fallpauschale unter dem Gesichtspunkt einer möglichst kostenbezogenen und medizinischen Homogenität vornimmt (InEK, 2020a, § 1 Abs. 6, S. 4; Metzger, 2004, S. 1). Patientinnen und Patienten mit mehr oder weniger ähnlichen Kosten, Diagnosen und Leistungen sollen in Fallgruppen zusammengefasst werden und mit der DRG als dazugehöriger Fallpauschale vergütet werden (Metzger, 2004, S. 1). Notwendige Daten für die Groupierung der passenden DRG sind insbesondere die ICD-Kodes für die Verschlüsselung von Krankheiten und OPS-Kodes für die Kodierung der Behandlungsverfahren sowie weitere Informationen wie u.a. Alter, Geschlecht, Verweildauer und Beatmungstunden (DIMDI, 2010, S. 5, 9; Metzger, 2004, S. 13). In der Folge werden diese Daten und Informationen zusammen mit der DRG den Kostenträgern übermittelt, welche auf dieser Basis Abrechnungsprüfungen vornehmen und Leistungen in der stationären Versorgung hinterfragen. Damit wird schnell klar, dass mit den DRGs im Sinne der Transparenz eine große Menge an medizinischen und personenbezogenen Daten erfasst werden und zur Verfügung stehen, die nicht nur für Abrechnungszwecke, sondern auch für die Qualitätssicherung und Forschung genutzt werden können (GBA, 2021, S. 36). Die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus wird mit Hilfe dieser Behandlungsdaten leistungsorientiert vergütet (BMG, 2021a). Diese mit den Daten gewonnene Transparenz im DRG-System wird aber nicht nur positiv gesehen. Gerade an dem für die Datenerfassung notwendigen Aufwand entzündet sich Kritik am DRG-System. So wird von den Leistungserbringern im Krankenhaus beklagt, dass die Dokumentation sehr

zeitintensiv und komplex geworden ist zulasten der Patientenbehandlung (O. V., 2017; DBfK, 2015, S. 3). Auch ergeben sich aus der Kodierung und Abrechnung der DRGs eine hohe Anzahl an Streitfällen, welche die Krankenhäuser, Kostenträger und Sozialgerichte mit zusätzlichem Aufwand und Kosten belasten (Augurzky & Korfhage, 2019, S. 10). Kritisiert wird auch, dass im DRG-System das Leistungsgeschehen nicht zuverlässig abgebildet wird aufgrund von Mehrdeutigkeiten und Inhomogenität bei der Fallgruppenbildung (Simon, 2020, S. 231). Die Transparenz im Zuge der DRG-Abrechnung hat damit auch ihre Schattenseiten.

In der allgemeinen Beurteilung und kritischen Auseinandersetzung mit der Zielerreichung zeigt sich, dass das DRG-System sowohl Chancen bietet als auch Anlass für Kritik gibt. Im Folgenden sollen im Speziellen die Auswirkung des DRG-System für die Berufsgruppe der Pflege betrachtet werden und im Weiteren dann auch mögliche Chancen, die sich mit dem DRG-System für die Pflege bieten.

## **Auswirkungen des DRG-Systems auf die Pflege**

Die Ziele und Effekte des DRG-Systems lassen sich nicht nur auf der gesundheitspolitischen Ebene der Gesundheitsversorgung verorten, sondern mit der Einführung des DRG -Systems haben sich auch Veränderungen für die Beschäftigten und einzelnen Berufsgruppen ergeben. Die Veränderungen lassen sich dabei als deutlich spürbar und tiefgreifend beschreiben: „Die wohl schwerwiegendsten Auswirkungen hatte das DRG-System auf die Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten.“ (A.a.O., S. 172) Die Bewertungen und Schlussfolgerungen zu den einzelnen Berufsgruppen fallen hierbei sehr heterogen aus.

Für die Ärzteschaft können unter dem DRG-System durchaus positive Entwicklungen festgestellt werden, was auch dazu führt, dass diese Berufsgruppe eher zu den „Gewinnern“ im DRG-System gezählt wird (a.a.O., S. 184, 185). Unter dem DRG-System kann der ärztliche Dienst einen deutlichen Stellenzuwachs verzeichnen. Während die Beschäftigtenzahl insgesamt im Krankenhaus mit der Einführung des DRG-Systems zunächst abgenommen hat von 823.939 Vollzeitkräften im Jahr 2003 auf den Tiefpunkt im Jahr 2006 mit 791.914 Vollzeitkräften und dann langsam wieder zugenommen hat bis 2011 auf das Ausgangsniveau mit 825.654 Vollzeitkräften, hat der ärztliche Dienst in diesem Zeitraum einen kontinuierlichen Zuwachs von 2003 mit 114.105 Vollzeitkräften auf 2011 mit 138.955 Vollzeitkräften erlebt (DKG, 2014, S. 14). In der aktuellen Krankenhausstatistik wird die Entwicklung der Vollzeitkräfte für den ärztlichen Dienst in der Zeit von 2009 bis 2019 mit einem Plus von 33 % angegeben (DKG, 2021a, S. 3). Anhand dieses Kennzahlenvergleichs mit der Vollzeitkräfteentwicklung über die Jahre hinweg kann der Bedeutungszuwachs der Ärzteschaft im DRG-System positiv belegt werden. Als Grund für den größeren Stellenwert wird u.a. genannt, dass die DRG-Vergütung auf die ärztliche Diagnostik und Leistungserbringung ausgerichtet ist (Simon, 2020, S. 185). Kritisch wird angemerkt, dass parallel zum Zuwachs der Vollzeitkräfte auch eine Fallzahlsteigerung in den Krankenhäusern stattfand, sodass sich eine erhöhte Arbeitsbelastung im ärztlichen Dienst bemerkbar machte und die Zunahme der Vollzeitkräfte dementsprechend notwendig und nur berechtigt war (a.a.O., S. 186).

Vergleicht man in Abgrenzung zum ärztlichen Dienst die Entwicklung der Pflege im DRG-System, so zeigt sich ein deutlich negativeres Bild, welches die Pflege eher als „Verlierer“ im DRG-System erscheinen lässt (a.a.O., S. 178). Als Ausdruck dafür ist der Stellenabbau im Pflegedienst zu Beginn des DRG-Systems anzuführen. So ist die Anzahl der Vollzeitkräfte im

Pflegedienst von 320.158 Vollzeitkräften im Jahr 2003 auf den Tiefstand im Jahr 2007 mit 298.325 Vollzeitkräften zunächst gesunken (DKG, 2014, S. 14). Danach zeigt sich eine langsame Erholung der Beschäftigtenzahlen. Nach ca. über 10 Jahren war im Jahr 2014 das Ausgangsniveau mit 318.749 Vollzeitkräften beinahe wieder erreicht (DKG, 2015, S. 13). In der aktuellen Krankenhausstatistik liegt der Wert der Vollzeitkräfte im Pflegedienst bei 345.407 für das Jahr 2019, sodass in der Zwischenzeit ein Anstieg zu verzeichnen ist (DKG, 2021b, S. 1). Der anfängliche Stellenabbau in der Pflege lässt sich zwar nicht ausschließlich, zu nennen ist hier beispielsweise auch eine ungenügende Investitionsfinanzierung, aber maßgeblich als eine unmittelbare Konsequenz des DRG-Systems deuten (Simon, 2019, S. 226.). „Primäre Ursache des Stellenabbaus ab 2003/2004 war die Einführung des DRG-Systems.“(Simon, 2020, S. 184) Unter dem Druck der Ökonomisierung im DRG-System waren die Krankenhäuser dazu angehalten ihre Ist-Kosten zu senken, um ihre Leistung wirtschaftlich erbringen zu können (a.a.O., S. 226). Die Personalkosten mit einem Anteil von ca. 60 % bildeten dabei den größten Kostenfaktor und standen dementsprechend im Fokus bei der Kostensteuerung zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit (Oswald & Bunzemeier, 2020, S. 147). Nur wer es als Krankenhaus schafft, seine Kosten den Fallpauschalenerlösen anzupassen oder sogar kostengünstiger mit Gewinn seine Leistungen anzubieten, kann im DRG-System langfristig überleben. Das DRG-System bietet damit einen direkten Anreiz zur Kostensenkung, was sich dementsprechend in der Pflege mit Kostensenkungen über den Stellenabbau insbesondere in den Anfangsjahren des DRG-Systems bemerkbar machte.

Dieser Anreiz im DRG-System wirkte sich aber nicht nur auf der finanziellen Ebene mit der Optimierung der Kostenstrukturen, sondern auch in der Folge auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege aus. So nimmt die Arbeitsbelastung in der Pflege zu. Während 2003 eine Pflegekraft in Vollzeit noch für ca. 57 Patienten zuständig war, erhöhte sich 2015 das Verhältnis auf 64 Fälle pro Vollzeitkraft (Braun, 2019, S. 75). Über die Veränderung des Betreuungsverhältnisses pro Vollzeitkraft nach oben hin zeigt sich damit eine quantitative Leistungsverdichtung, wobei sich auch qualitativ der Versorgungsbedarf gesteigert haben dürfte hinsichtlich älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten (a.a.O., S. 74). Die erhöhte Arbeitsbelastung unter dem DRG-System wird auch über Befragungen gestützt. In Befragungen der Pflegekräfte zu ihren Arbeitsbedingungen im Rahmen des WAMP-Projektes nimmt die Belastung, gemessen u.a. an einem andauernd hohen Zeitdruck und störenden Unterbrechungen, in den Antworten kontinuierlich zu (Braun, Klinke & Müller, 2010, S. 11). In der Konsequenz lässt sich auch bei der Mitarbeiterzufriedenheit eine Verschlechterung feststellen. Die DRG -Begleitforschung weist hierzu einen Anstieg der Unzufriedenheit der Pflegekräfte mit ihrem Arbeitsplatz von 17% auf 38% für den Zeitraum von 1999 bis 2010 aus (InEK, 2013, S. 484.). Relativierend wird dazu angemerkt, dass die Arbeitszufriedenheit in Deutschland in dieser Zeit allgemein gesunken ist.

Unter diesen Gesichtspunkten erscheint das DRG-System als eher belastend für die Entwicklung der Pflege. Es wird sogar von langfristigen Folgen des DRG-Systems ausgegangen, die sich negativ auf die Attraktivität und das Berufsbild der Pflege auswirken. „Zudem wurde durch die über Jahrzehnte anhaltende Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung des Pflegepersonals das Ansehen des Pflegeberufes so weit beschädigt, dass es zunehmend schwerer geworden ist, qualifizierte und motivierte Schulabgängerinnen und -abgänger für eine Ausbildung in der Kranken- und Kinderkrankenpflege zu gewinnen. [...] Der durch das DRG-System angerichtete Schaden im Pflegedienst ist mittlerweile so groß und so weit fortgeschritten, dass eine kurzfristige Lösung nicht zu erwarten ist.“ (Simon, 2020, S. 179, 180) Das DRG-System wird demnach zu einem strukturellen Problem, welches die Sicherstellung

der pflegerischen Versorgung nachhaltig schädigt oder sich zumindest verstärkend auf den Fachkräftemangel in der Pflege auswirkt (Simon, 2019, S. 219, 220). Zwar lassen sich im Rahmen des DRG-Systems sicherlich für die pflegerische Praxis auch positive Akzente finden, wie beispielsweise Prozessoptimierung und Spezialisierungen in der Leistungserbringung (Oswald & Bunzemeier, 2020, S. 148), letztendlich wird das DRG-System hier mit schwerwiegenden Vorwürfen konfrontiert, die aus Sicht der Pflege eine Systemänderung wünschenswert machen.

## **Pflege auf dem Weg im DRG-System**

Vor dem Hintergrund einer unter dem Blickwinkel der Pflege eher negativen Bestandsaufnahme sollen im Folgenden im Sinne dieses Beitrages „Pflege auf dem Weg“ Entwicklungen und Chancen im DRG-System aufgezeigt werden, welche die Ausbildung der pflegerischen Profession unterstützen und beeinflusst haben. Wenn auch die Rahmenbedingungen des DRG-Systems sich zunächst hinderlich u.a. durch den Stellenabbau auf die Pflege ausgewirkt haben, so bietet das DRG-System unter dieser negativen Ausgangslage über die Zeit Ansätze für Verbesserungen, welche der Pflege als Berufsgruppe in ihrer Bedeutung und Herausbildung entgegenkommen und förderlich sind.

Die Unzufriedenheit der Pflege mit der Finanzierung der Krankenhäuser zeigte sich ab 2007 in verschiedenen Protestaktionen, anzuführen ist hier u.a. das Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“, in denen die Arbeitsbedingungen der Pflege kritisiert und ein Ende des Stellenabbaus gefordert wurden (Simon, 2019, S. 228; Samir, 2008, S. 1). Als politische Reaktion wurden darauf Pflegestellenförderprogramme beschlossen, die über die Jahre hinweg bis heute immer wieder verlängert bzw. neu aufgesetzt wurden. Zu nennen sind hier das Pflegestellenförderprogramm von 2009 im Zuge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes, dann das zweite Pflegestellenförderprogramm von 2016 bis 2018 mit dem Krankenhausstrukturgesetz und schließlich aktuell bis heute das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz von 2019 mit einem Sofortprogramm für die Pflege (Leber & Vogt, 2020, S. 117.). Mit diesen Programmen soll dem Stellenabbau in der Pflege entgegengewirkt und Neueinstellungen gefördert werden (ebd.). Für die Pflegekräfte sollen sich dadurch auch die Arbeitsbedingungen im Berufsalltag verbessern. Aktuelle Programmpunkte der Gesetzgebung sind dazu neben der Finanzierung von zusätzlichen Pflegekräften, u.a. die Vereinbarkeit von Familien und Beruf, mehr Ausbildungsplätze und Pflegepersonaluntergrenzen (BMG, 2021b). Zu erwähnen ist neben der Gesetzgebung auch seit 2018 die Arbeitsgruppe „Konzentrierte Aktion Pflege“, in der sich die Politik zusammen mit Interessengruppen und Berufsverbänden dezidiert mit den Arbeitsbedingungen der Pflege auseinandersetzt und Verbesserungsvorschläge erarbeitet (BMG, 2021c). Mit Hilfe solcher „flankierender Maßnahmen“ (Leber & Vogt, 2020, S. 116) sollen die Lücken der DRG- und Krankenhausfinanzierung überbrückt werden. Parallel findet dabei vor dem Hintergrund der Missstände einer unzureichenden Finanzierung eine gesellschaftliche Diskussion über den Arbeitsalltag der Pflege statt, aus der sich Verbesserungsinitiativen ergeben.

Neben solchen ergänzenden Maßnahmen lassen sich im DRG-System selbst Impulse finden, welche die Pflege als Berufsgruppe und Profession unterstützen und formiert haben. Wenn auch die DRGs selbst als ein Vergütungssystem bewertet werden, das sich wesentlich an der ärztlichen Leistungserbringung orientiert (Simon, 2019, S. 243, 247), ist über den G-DRG-Report-Browser bis zur Ausgliederung der Pflegeerlöse in den Fallpauschalen die Pflege als

Kostenart separat ausgewiesen worden, sodass sich anteilig der Erlösanteil der Pflege bei der Leistungserbringung herausrechnen ließ und damit auch ein eigenes Pflegebudget intern zur Transparenz aufgestellt werden konnte. Auf diese Weise ließ sich die Leistung der Pflege zumindest erkennbar deutlich machen (InEK, 2017). Als Kritikpunkt an den Fallpauschalen wurde allerdings moniert, dass die Pflege für die Erlösrelevanz selbst kaum eine Rolle spielte, insoweit bei der Groupierung der DRGs die ärztlichen Diagnosen und Therapien insbesondere entscheidend sind (Simon, 2019, S. 243, 247). Aus dieser Kritik heraus und vor dem Hintergrund des stattfindenden Stellenabbaus in der Pflege ist das DRG -System um pflegespezifische Zusatzentgelte ergänzt worden. Als Lösung zur besseren Berücksichtigung der pflegerischen Leistung ist der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) von Expertengruppen der Pflege maßgeblich erarbeitet und auf dem Pflegegipfel 2012 verabschiedet worden (König, 2015, S. 99). Mit ihm konnten hochaufwendige Pflegefälle erfasst und als Zusatzentgelt abgerechnet werden. Dabei wurden die pflegerischen Leistungen in verschiedene Bereiche unterteilt, wie beispielsweise u.a. Körperpflege, Ernährung, Wundmanagement (DIMDI, 2018, S. 4, 5). Als weitere pflegebezogene Zusatzentgelte kamen dann ab 2018 die Zusatzentgelte 162 und 163 hinzu für den erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (Horndasch, 2018, S. 47). Mit ihnen lassen sich Patientinnen und Patienten bei Vorhandensein eines Pflegegrades ab Pflegegrad 3 und einer Mindestverweildauer von 5 Belegungstagen in Kombination mit einer bestimmten DRG abrechnen (InEK, 2021b, S. 122, 155). Durch die Integration solcher pflegespezifischer Zusatzentgelte in das DRG-System haben sich für die Pflege positive Effekte ergeben (Krug, 2015, S. 517). Zum einen findet dadurch eine finanzielle Aufwertung der Pflege statt, indem die Pflege für sich eigene, pflegespezifische Erlösbestandteile geltend machen kann (Horndasch, 2018, S. 49, 47). Über die erlösrelevante Leistungsdarstellung und den Ausweis der Mehreinnahmen steigt unter dem Finanzierungsaspekt das Selbstbewusstsein der Berufsgruppe (Krug, 2015, S. 517). Zum anderen wird aus Sicht der Leistungserbringung und Patientenversorgung die pflegerische Leistung fachspezifischer und realitätsnaher abgebildet, womit sich auch der eingesetzte Personalaufwand besser rechtfertigen lässt. Auf dieser Basis lassen sich dann Qualitätsverbesserungen besser umsetzen (ebd.). Auch haben sich hierbei Anreize im Rahmen der Professionsentwicklung ergeben, insoweit zu besseren Leistungserfassung und Sicherstellung der Abrechnung auch mit Blick auf die MDK-Prüfungen dafür spezielle Funktionen in den Krankenhäusern eingerichtet wurden, wie beispielsweise PKMS-Beauftragte oder auch Fachkräfte für das Wundmanagement (ebd.). Kritisch ist allerdings anzumerken, dass vor allem der PKMS für die Krankenhäuser einen hohen bürokratischen Aufwand verursachte und sich nur für einen geringen Teil, ca. 5 % der Patientinnen und Patienten anwenden ließ (Leber & Vogt, 2020, S. 115; König, 2015, S. 99). Während der PKMS mit der Ausgliederung der Pflegeerlöse wieder 2021 aus dem DRG-Katalog gänzlich gestrichen bzw. in die neue Pflegevergütung überführt wurde, lässt sich derzeit noch der erhöhte Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten über Zusatzentgelte abrechnen (InEK, 2020c, S. 101).

Dass die DRGs selbst als ein System in der Weiterentwicklung zu sehen sind und die Pflege sich dort auf dem Weg befindet, zeigen die aktuellen Reformmaßnahmen im Bereich der Pflege (Leber & Vogt, 2020, S. 113). Zum einen hat der Gesetzgeber mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz seit 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt, die für bestimmte „pflegesensitive Bereiche“ in den Krankenhäusern, beispielsweise u.a. für die Intensivmedizin und Geriatrie, gelten und schrittweise erweitert bzw. weiterentwickelt werden (ebd.; PpUGV vom 9.11.2020 § 1 Abs. 1 und 2). Damit soll in den Krankenhäusern als

Reaktion auf den Personalabbau eine gute Personalausstattung in der Pflege und so auch eine gute Patientenversorgung gewährleistet werden (BMG, 2021d). Zum anderen hat der Gesetzgeber ab 2020 die Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen ausgliedert, was als ein tiefgreifender und nachhaltiger Einschnitt in der DRG-Finanzierung bewertet wird und sogar mit einer Umbenennung des DRG-Systems einhergeht mit der Bezeichnung „aG-DRG“, wobei „a“ als Erweiterung für ausgegliedert steht (GKV Spitzenverband, 2021). Fortan wird die Pflege nicht mehr über die DRGs, sondern über tagesbezogene Pflegeentgelte vergütet, die als Erweiterung des Fallpauschalenkataloges in einem sogenannten Pflegeerlöskatalog mit einer tagesbezogenen Bewertungsrelation ausgewiesen sind und sich aus der Multiplikation mit dem Pflegeentgeltwert und den Berechnungstagen ergeben (InEK, 2021c, § 8 Abs. 1 und 2, S. 11). Mit dieser Umstrukturierung der DRG-Finanzierung erhält die Pflege ihren eigenen, zugewiesenen Vergütungsbereich, der sich auch in der Vereinbarung eines separaten Pflegebudgets zusätzlich zu dem bisherigen Krankenhausbudget in den Budgetverhandlungen niederschlägt (KHEntgG § 6a Abs. 1). Die Leistung der Pflege wird damit vergütungstechnisch besser abgebildet, d.h. unabhängig von Fallpauschalen, und gewinnt mit der Verhandlung eines zweckgebundenen Pflegebudgets aus Sicht der Finanzierung ihren eigenen Verantwortungsbereich. Unter dem Prinzip der Selbstkostendeckung, welches für die Verhandlung des Pflegebudgets maßgeblich ist, soll die ausreichende Finanzierung der Pflege in den Krankenhäusern sichergestellt werden (GKV Spitzenverband, 2021). Kritisch wird hierbei allerdings gesehen, dass mit dieser Umstellung der Finanzierung die Komplexität des DRG-Systems weiter zunimmt und auch die Finanzierung zu Selbstkosten ein Rückschritt wieder weg von der Leistungsorientierung darstellt (Leber & Vogt, 2020, S. 131). Unter dem Blickwinkel der Professionalisierung lässt sich für die Pflege positiv feststellen, dass aus den neuen Verantwortungsbereichen auch eine neue Spezialisierung erwächst. So wird zur Unterstützung bei der Umsetzung der Vorgaben bezüglich der Personaluntergrenzen und zur Planung des Pflegebudgets ein Pflegecontrolling als ein neues Berufsbild angeboten (Kaysers Consilium, 2019, S. 1). Die Pflege gewinnt damit auch in der Finanzierung weitere Hoheitsgebiete, welche die Professionalisierung notwendig macht und fördert.

## Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit der Einführung des DRG-Systems sich auf der einen Seite zwar negative Effekte für die Berufsgruppe der Pflege im Krankenhaus ergeben haben. Insbesondere der Stellenabbau in der Pflege war immer wieder ein maßgeblicher Kritikpunkt, welcher gerne direkt als Konsequenz auf die Fallpauschalen zurückgeführt wurde, auch wenn sich dafür sicherlich auch noch anderweitige Faktoren finden lassen (Simon, 2019, S. 226). In der Folge wirkte sich der Stellenabbau dann auch belastend auf die Arbeitsbedingungen und die Attraktivität des Berufsbildes aus, wie Befragungen nahelegen. Auf der anderen Seite wird das DRG-System mit seinen zunächst ernüchternden Rahmenbedingungen zum Nährboden für Verbesserungsinitiativen. Zu nennen sind hier einmal pflegebezogene Vergütungskomponenten, um die das DRG-System mit der Zeit erweitert wurde und die Leistungen der Pflege so besser berücksichtigen. Weiterhin erwachsen für die Pflege in diesem Zusammenhang auch neue Berufsbilder und Spezialisierungen, um der neuen Verantwortung und Komplexität des Vergütungssystems gerecht zu werden. Dass die Entwicklung mit den derzeitigen aktuellen Reformmaßnahmen keineswegs abgeschlossen ist, sondern das DRG-System als ein System in der Weiterentwicklung zu verstehen ist, zeigen die Kritik an der Ausgliederung der

Pflegepersonalkosten und die Debatte um weiterführende Reformen, beispielsweise u.a. auch die Option von eigenen Pflegefallpauschalen („Nursing Related Groups“), welche allerdings auch eine eigene Diagnoseklassifikation notwendig machen würden (Leber & Vogt, 2020, S. 138). Die Pflege bleibt damit unter der Perspektive der Weiterentwicklung der Vergütung zukünftig „auf dem Weg“ und wird sich unter den damit einhergehenden Rahmendbedingungen den Herausforderungen als auch Chancen stellen müssen.

## Literatur

- Augurzky, B., T. Korfhage et al. (2019). *Reformvorschläge für die Krankenhausabrechnung und MDK-Abrechnungsprüfung*, Essen: Institute for Health Care Business GmbH.
- BMG (Hrsg.) (2021a). *Krankenhausfinanzierung*. Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html> am 23.07.2021.
- BMG (Hrsg.) (2021b). *Sofortprogramm Pflege*. Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html> am 05.08.2021.
- BMG (Hrsg.) (2021c). *Konzentrierte Aktion Pflege*. Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html> am 05.08.2021.
- BMG (Hrsg.) (2021d). *Pflegepersonaluntergrenzen*. Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html> am 14.08.2021.
- Braun, B. (2019). *Das Innenleben des Krankenhauses – zwischen Bedarfsorientierung, Überversorgung, Personalmangel, professionellen Logiken und Strukturdefiziten*. In A. Dietrich, B. Braun, T. Gerlinger, & M. Simon (Hrsg.), *Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems* (S. 69-105.). Wiesbaden.
- Braun, B., S. Klinke, R. Müller (2010.) *Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern*, *Pflege & Gesellschaft*, 15.(1), 5-19.
- DBfK (2015). *Einführung und Anwendung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) zur Abrechnung des OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege“*. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2007). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Frühzeitige Krankenhausentlassungen und Fallpauschalen*, BT-Drs. 16/6184. Berlin.
- DIMDI (2018). *Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E) und Jugendliche (PKMS-J), Kleinkinder (PKMS-K) und Frühgeborene und Säuglinge (PKMS-F) zum OPS 2018*. Abgerufen von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2018/zusatz-09-anh-pflege-scores-pkms.htm> am 17.08.2021.
- DKG (2014). *Krankenhausstatistik*. Berlin.
- DKG (2015). *Krankenhausstatistik*. Berlin.
- DKG (2021a). *Krankenhausstatistik*. Abgerufen von <https://www.dkgev.de/service/zahlen-fakten/> am 26.07.2021.
- DKG (2021b). *Eckdaten der Krankenhausstatistik*. Abgerufen von <https://www.dkgev.de/service/zahlen-fakten/> am 26.07.2021.
- Fleßa, S., & W. Greiner (2020). *Grundlagen der Gesundheitsökonomie. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken im Gesundheitswesen* (4. Auflage). Berlin: Springer Verlag.
- GBA (2021). *Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser*, BAnz AT 16.03.2021 B3.
- GKV Spitzenverband (2021). *aG-DRG-System*. Abgerufen von [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg\\_system/g\\_drg\\_2020/drg\\_system\\_1.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/g_drg_2020/drg_system_1.jsp) am 14.08.2021.
- Hilgers, S. (2011). *DRG-Vergütung in deutschen Krankenhäusern. Auswirkungen auf Verweildauer und Behandlungsqualität*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- InEK (2013). *G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008-2010)*. Siegburg.
- InEK (2017). *G-DRG-Report-Browser 2017*. Siegburg.
- InEK (2020a). *Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2021*. Siegburg.

- InEK (2020b). Fallpauschalen Kataloggem. § 17b Abs. 1 S. 4 KHG, Katalog ergänzender Zusatzentgelte 17b Abs. 1 S. 7 KHG, Pflegeerlöskatalog gem. § 17b Abs. 1 S. 5 KHG. Siegburg.
- InEK (2020c). Abschlussbericht. Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021. Siegburg.
- Horndasch, E. (2018). Eine Aufwertung der Pflege, *KU Gesundheitsmanagement*, 1, 47-49.
- Kaysers Consilium (2020). Pflegecontrolling. Ein neues Berufsbild in der Pflege - Umsetzung der Vorgaben aus der PpUGV und dem PpSG. Abgerufen von [https://www.kaysers-consilium.de/flyer/kc\\_pflegecontrolling\\_flyer20.pdf](https://www.kaysers-consilium.de/flyer/kc_pflegecontrolling_flyer20.pdf) am 14.08.2021.
- König, J. (2010). *Pflegedokumentation im Krankenhaus – gewusst wie. Schnell, sicher und effizient dokumentieren.* Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Krug, M. (2015). Hoher Aufwand, zu wenig Ertrag, *f&w*, 7, 514-517.
- Leber, W.-D., & Vogt, C. (2020). Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split. In J. Klauber, M. Geraedts et al. (Hrsg.), *Krankenhaus Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg* (S. 111-144.). Berlin.
- Metzger, F., (2004). *DRGs für Einsteiger. Lösungen für Kliniken im Wettbewerb.* Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Milstein, R., & Schreyögg, J. (2020). Empirische Evidenz zu den Wirkungen der Einführung des DRG-Systems. In J. Klauber, M. Geraedts et al. (Hrsg.), *Krankenhaus Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg* (S. 25-39). Berlin: Springer Verlag.
- Oswald, J., H. Bunzemeier (2020). Auswirkungen der Personalkostenvergütung auf die Prozesse im Krankenhaus. In J. Klauber, M. Geraedts et al. (Hrsg.), *Krankenhaus Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*, (S. 145-168). Berlin: Springer Verlag.
- O. V. (2017). Wir müssen mit dem hohen Dokumentationsaufwand leben. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74582/Wir-muessen-mit-dem-hohen-Dokumentationsaufwand-leben> am 28.07.2021.
- Rabata, S. (2008). Protestaktion. Notruf der Kliniken. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(39), 1. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/61630/Protestaktion-Notruf-der-Kliniken> am 05.08.2021.
- Simon, M. (2019). Die Bedeutung des DRG-Systems für den Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. In A. Dietrich, B. Braun, T. Gerlinger, & M. Simon (Hrsg.), *Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems* (S. 219-251). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Simon, M. (2020). *Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems.* Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

# Implementierung von Leitlinienempfehlungen im Rahmen interprofessionell erstellter, klinischer Behandlungspfade Ein Methodenkonzept

Burckhardt, M.

## Hintergrund

Die im Sozialgesetzbuch verankerte Versorgung nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand, die Vereinheitlichung von pflegerischen und therapeutischen Prozessen zur Sicherstellung einer angestrebten Qualität sowie die Digitalisierung der Versorgungsabläufe in Form von Entscheidungsunterstützungs-, Dokumentations- und Qualitätssicherungssystemen erfordern die Implementierung von Leitlinienempfehlungen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen.

Ein geeignetes Mittel zur Implementierung von Leitlinienempfehlungen oder anderweitig hochwertig synthetisierter Evidenz sind einrichtungsinterne Qualitätssicherungsinstrumente, in welchen pflegerische und/oder therapeutische Handlungen evidenzbasiert standardisiert dargestellt sind. Diese einrichtungsinternen Standards (auch als interprofessionelle Leitlinien oder Behandlungspfad bezeichnet) können als Grundlage für die Organisation, Steuerung und Evaluation pflegerischer und/oder therapeutischer Prozesse in Einrichtungen herangezogen werden. Zudem wird mit ihnen eine vereinheitlichte Durchführung und Dokumentation intendiert. Um diese einrichtungsinternen Instrumente von Leitlinien nationaler oder internationaler Reichweite begrifflich abzugrenzen, wird nachfolgend der Begriff „klinischer Behandlungspfad“<sup>2</sup> verwendet.

In einer konsentierten Operationalisierung einer Cochrane Autorengruppe ist ein klinischer Behandlungspfad ein strukturierter multidisziplinärer Behandlungsplan, der

1. Leitlinienempfehlungen oder (vergleichbar hochwertig synthetisierte Evidenz) in lokale Strukturen übersetzt,
2. die Schritte einer Behandlung oder Pflegetätigkeit detailliert in Form eines Prozess- oder Handlungsablaufes, Algorithmus o. ä. beschreibt (z.B. mit zeitlichen oder kriterienbasierten Vorgaben für eine Handlung) und
3. auf eine standardisierte Versorgung eines spezifischen Gesundheitsproblems oder Verfahrens abzielt (Lawal et al., 2016, S.3).

Die European Pathway Association nennt vergleichbare Kriterien, ergänzt jedoch ihr eigenes Konzept des „Care Pathways“ um eine stärkere Patient\*innen- und Outcomeorientierung sowie die Festlegung von Rollen und Verantwortlichkeiten. Zudem nimmt sie die Implementierung und das Monitoring stärker in den Blick (E.P.A., o. A. ). Im Gegensatz zu

---

<sup>2</sup> Wohlwissend, dass mit diesem Begriff in der Praxis auch Prozessabläufe bezeichnet werden, die keine Leitlinienempfehlungen bzw. aktuelle Evidenz berücksichtigen.

Leitlinien bieten klinische Behandlungspfade weniger einen Handlungskorridor, sondern zielen auf Standardisierung ab. Sie haben eine geringere Reichweite, sind auf lokale Gegebenheiten zugeschnitten und haben nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern auch Prozessabläufe, Kosten und Ressourcen im Blick (Chiang et al., 2017, S. 155).

Klinische Behandlungspfade können in Kliniken, Pflegeeinrichtungen, im ambulanten Setting oder zur Sicherung der sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität eingesetzt werden.

Ihre Entwicklung wird als wichtiges Aufgabenfeld akademisch ausgebildeter Pflegepersonen gesehen (vgl. Deutscher Pflegerat), zumal sie ein wichtiges Instrument des Theorie - Praxistransfers sind.

Die Notwendigkeit zur Einführung oder Überarbeitung bestehender Behandlungspfade kann sich aus mehreren Gründen ergeben. Hierzu gehören zum Beispiel

- aktualisierte nationale oder internationale Leitlinienempfehlungen,
- neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit oder Schaden von Maßnahmen,
- eine hohe Variabilität oder Unsicherheit in Versorgungsabläufen,
- Qualitätsverbesserung auf der Grundlage von einrichtungsinternen Behandlungsergebnissen,
- Rückmeldeberichte im Rahmen der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DEQS-RL)“,
- Senkung von Kosten, die durch Überversorgung entstehen,
- angestrebte Zertifikate oder Qualitätssiegel.

Beispielhaft für den deutschsprachigen Raum seien an dieser Stelle ein Behandlungspfad für ältere Menschen mit Gleichgewichtsstörungen (Seckler et al., 2021) oder Behandlungspfade im Rahmen der onkologischen Behandlung (Hermes-Moll et al., 2019) genannt.

Klinische Behandlungsstandards können von Leitlinien durch ihre Reichweite abgegrenzt werden und dienen eher der Implementierung von Leitlinienempfehlungen. Der Begriff der Leitlinie bezieht sich auf - meist in Form von Empfehlungen - verabschiedete Aussagen, die den aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse (Evidenz) und/oder die im strukturierten oder informellen Konsensverfahren verabschiedete Expert\*innensicht zu spezifischen Gesundheitsproblemen wiedergeben (AWMF, 2020). Im Gegensatz zu klinischen Behandlungspfaden zielen sie auf eine angemessene Gesundheitsversorgung auf nationaler, zum Teil auch internationaler Ebene ab.

Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von klinischen Behandlungspfaden zeigen ein eher heterogenes Bild, was nicht zuletzt auch an der Vielfalt der Begriffsdefinitionen und Operationalisierungen liegt. Sie weisen jedoch deutlich darauf hin, dass Prozessindikatoren verbessert werden können. So können klinische Behandlungspfade die Implementierung und Umsetzung von Leitlinienempfehlungen fördern, die Varianz der Versorgung reduzieren und dazu beitragen, Ressourcen gezielter einzusetzen, insbesondere, wenn sie in das einrichtungsinterne IT-System integriert sind (Shanbhag et al., 2018, Askari et al., 2021, Rotter et al., 2010).

Allerdings haben Übersichtsarbeiten auch ein erhebliches Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Entwicklungsmethodik von Behandlungspfaden festgestellt. So werden Methodenstandards, eine verbesserte Transparenz und Nachvollziehbarkeit sowie eine konsequentere Orientierung an relevanten Indikatoren (z. B. Prozess-, Kosten-, oder klinische

Indikatoren) und Patient\*innenpräferenzen gefordert, um die Validität der Instrumente und ihre Auswirkung auf die Praxis evaluieren zu können (Chawla et al., 2016, S. 53 f., Seys et al., 2021, S. 5 f.).

Im vorliegenden Beitrag wird daher der Fokus auf eine angemessene Methodik zur Entwicklung von validen, nachvollziehbar und transparent erstellten klinischen Behandlungspfaden gelegt. Diese sollen sich zudem an Zielen orientieren, die für Stakeholder, wie Nutzergruppen und Patient\*innen, relevant sind. Es wird ein Konzept skizziert, wie ein klinischer Behandlungspfad im Rahmen eines einrichtungsinternen Projekts interprofessionell entwickelt werden kann. Dies soll dazu beitragen, die Akzeptanz dieser Instrumente und darüber hinaus die Implementierung von Leitlinien in die klinische bzw. pflegerische Praxis zu fördern.

## Konzeptvorschlag

In Anlehnung an die Gütekriterien für Leitlinien (Brouwers et al., 2010) kann von einem validen und gut implementierbaren Behandlungspfad dann ausgegangen werden, wenn er reproduzierbar und nachvollziehbar, unter Einbezug maßgeblicher Stakeholder, erstellt wurde, inhaltlich den aktuellen fachlichen und wissenschaftlichen Stand der Versorgung verzerrungsfrei vorgibt und die Entwicklungsmethoden und Basis der Inhalte transparent beschrieben sind.

Das hier skizzierte Konzept zur Entwicklung von klinischen Behandlungspfaden folgt daher den Zielen

- einer interprofessionellen Entwicklung & Stakeholderorientierung,
- methodischer Güte der Entwicklung, orientiert an den Anforderungen für Leitlinien sowie
- der transparenten und nachvollziehbaren Berichterstattung der Methoden.

Hierbei werden begrenzte finanzielle und personelle Ressourcen von Kliniken und Pflegeeinrichtungen durch einen pragmatischen Ansatz der Nutzung von Leitlinien und Evidenzsynthesen berücksichtigt. Das Vorhandensein wissenschaftlich-methodischer Kompetenz im Entwicklungsteam wird hierbei vorausgesetzt.

In Abwesenheit von einheitlichen Standards zur Entwicklung von klinischen Behandlungspfaden wird Bezug auf selektiv ausgewählte, von Organisationen und Expertengruppen erstellte, Methodenliteratur für klinische Behandlungspfade und vergleichbare evidenzbasierte Qualitätssicherungsinstrumente genommen. Um die Diskrepanz der geforderten hohen methodischen Güte und Umsetzbarkeit im Rahmen einrichtungsinterner Projektgruppen zu überwinden, werden pragmatische Vorschläge auf Basis eigener langjähriger Erfahrung als Leitlinienkoordinatorin unterbreitet. Dabei werden Möglichkeiten erörtert, die Kompetenzen akademisch ausgebildeter Pflegepersonen einzubinden.

Zu den Möglichkeiten, wie ein solcher Behandlungspfad gestaltet werden kann, um Workflows abzubilden oder in elektronische Entscheidungs-, Dokumentations- oder Auditsysteme einzuschließen, sei auf weiterführende Literatur verwiesen (Aspland et al., 2019, Cascini et al., 2021, Alahmar et al., 2020, Gutenstein et al., 2019, Ahrens, 2020).

## Beteiligung aller relevanten Stakeholder mit Fach- und Methodenkompetenz

Die Umsetzung von klinischen Behandlungspfaden im realen klinischen oder pflegerischen Versorgungsalltag gilt aufgrund der verschiedenen Perspektiven, Interessen und Verantwortungen multidisziplinär arbeitender Teams als Herausforderung. Daher wird das initiale „buy in“ aller Professionen, die an der Versorgung der betroffenen Patient\*innen beteiligt oder an den Schnittstellen (z.B. IT, Qualitätsmanagement) verantwortlich sind, als wesentlicher Faktor für die Implementierbarkeit eines interprofessionellen klinischen Behandlungspfades betrachtet (Ramos and Ratliff, 1997, S. 67 f.).

Wie in der Leitlinienentwicklung zielt deren Einbezug zunächst darauf ab, alle Probleme und Präferenzen zu adressieren, die sich aus der Erfahrung im Kontext der Versorgung ergeben (Brouwers et al., 2010). Zudem wird es als notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung angesehen, dass Anpassungen im Arbeitsablauf nicht nur von dem Ziel einer Qualitätsverbesserung oder Kostenoptimierung geprägt werden. Vielmehr sollten Veränderungen die Erfahrung der praktischen Umsetzung berücksichtigen und sich ohne größere Störungen in den etablierten Workflow einfügen (Chiang et al., 2017). Insofern gelten auch hier implizite Grundregeln des Projektmanagements im Sinne von *„hol alle an Bord, die wissen, wie man das Schiff lenkt - oder die es zum Kentern bringen können“*. Ein weiteres Argument für die interprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere zwischen medizinischem und pflegerischem Personal, ergibt sich aus der Forderung einer zeitgemäßen, kollaborativen Kultur, die als wichtiges Personalbindungsinstrument in Zertifizierungsprogrammen wie z. B. Magnet® eingebunden ist (Osterloh, 2019, S. 930 f.). Pflegefachkräfte mit akademischem Hintergrund können hier bei der Entwicklung von Behandlungspfaden einen besonderen Beitrag leisten, da sie in der Regel nicht nur über spezifisches Fach- und einrichtungsinternes Prozesswissen, sondern auch über Methodenkompetenzen (z.B. Projektmanagement oder Literaturrecherche und -bewertung) verfügen.

Ein Thema, das bei klinischen Behandlungspfaden meist weniger beachtet wird, ist der Umgang mit Interessenkonflikten. Grundsätzlich wirkt hier das seit 2016 für das Gesundheitswesen geltende Antikorruptionsgesetz, für dessen Umsetzung die Einrichtungen Sorge zu tragen haben. Von Projektleitungsseite sollte dennoch bedacht werden, dass die Verflechtungen zwischen Gesundheitsberufen bzw. medizinischem Personal und der Pharma- bzw. Medizinprodukteindustrie nicht immer offensichtlich, aber durchaus vorhanden sind. Ein Bericht von Transparency International Deutschland zur Problematik eingeschränkter unabhängiger Leitlinienempfehlungen in Deutschland sowie die Anfälligkeit für Interessenkonflikte der meist in Kliniken tätigen Ersteller\*innen nationaler Leitlinien in Deutschland, verdeutlicht dies (Stein, 2016, S. 3 ff)<sup>3</sup>.

Interessenkonflikte können sich aus finanzieller (zum Beispiel aus bezahlter Vortragstätigkeit) aber auch sozialer bzw. intellektueller Natur (z.B. aufgrund des Forschungsinteresses) ergeben (Klemperer, 2008, S. 2098 ff.) und das professionelle Urteilsvermögen einschränken. Letztendlich stehen sie in engem Zusammenhang mit kostspieliger Überversorgung (Michalsen et al., 2021). Es empfiehlt sich, dass Entscheidungsträger\*innen in der Einrichtung

---

<sup>3</sup> Siehe hierzu auch <https://www.leitlinienwatch.de>

dieses Thema bei der Zusammenstellung des Pfadteams berücksichtigen und ggf. im Vorfeld interne Regeln festlegen, um Team- oder Zielkonflikte später zu vermeiden.

Die Belange der Betroffenen zu berücksichtigen, sollte im Rahmen der viel zitierten patient\*innenorientierten Versorgung (wie sie meist im Internetauftritt von Einrichtungen hervorgehoben ist), auch bei der Erstellung von Behandlungspfaden obligat sein. Wenn eine direkte Beteiligung durch Vertreter\*innen betroffener Populationen nicht oder nur schwer ermöglicht werden kann, können deren Präferenzen und Probleme auch aus der einrichtungsinternen Evaluation, aus Rückmeldungen und Feedback eruiert werden. Sind die oben genannten wissenschaftlichen Methodenkompetenzen vorhanden, können Präferenzen auch aus (pflege-) wissenschaftlicher Forschung, wie zum Beispiel aus Meta-Synthesen, abgeleitet werden.

## **Festlegung Geltungsbereich, Ziele & Kernelemente**

Behandlungspfade können sich auf eng- oder weitgefaste Geltungsbereiche, Interventionen, Prozeduren oder Populationen beziehen, über die im Vorfeld Klarheit herrschen sollte, da sie die Auswahl der zugrunde gelegten Evidenz maßgeblich beeinflusst.

Ziele eines Behandlungspfades sollten auf verschiedenen Ebenen definiert werden und bestimmen davon abgeleitete Evaluationsansätze, um eine gelungene Implementierung zu fördern und die (Aus-) Wirkungen des Behandlungspfades zu prüfen. In Anbetracht der immer größer werdenden Bedeutung externer und sektorenübergreifender Qualitätsprüfungen erscheint es sinnvoll, sich an den Qualitätsdimensionen (und ggf. schon in der Einrichtung erhobenen Qualitätsindikatoren) des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu orientieren. Die beim IQTIG (IQTIG, 2019, S. 17 ff.) festgelegten und dort eingehend beschriebenen Qualitätsdimensionen

- Wirksamkeit,
- Patientensicherheit,
- Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patient\*innen,
- Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit,
- Angemessenheit und
- Koordination und Kontinuität

sind auch Bestandteil DIN-basierter Ansätze und heben sowohl den Anspruch der Evidenzbasierung als auch die Patient\*innenzentrierung in den Mittelpunkt. Dabei sind diese Dimensionen nicht immer scharf abgrenzbar und können auch mehrere Ebenen umfassen.

Auf der Ebene der Einrichtung und des dort arbeitenden Personals können Behandlungspfade zum Beispiel auf die Vereinheitlichung (Kontinuität) und theoretisch transparent begründete Standardisierung von Abläufen, diagnostischen, therapeutischen und/oder pflegerischen Interventionen (Angemessenheit) abzielen.

Auf der Ebene der Patient\*innen kommen solche Zielparameter in Betracht, die sich an deren Bedürfnisse im Hinblick auf die Versorgungsgestaltung ausrichten (z.B. Edukationsangebot). Gleichzeitig sollten für diese Gruppe relevante Wirksamkeitszielparameter (Lebensqualität, Morbidität, Mortalität), die in der Regel pflegesensitive- oder sicherheitsrelevante Ziele abdecken, formuliert werden.

Aus diesen Zielen lassen sich Inhalte und Struktur des Behandlungspfades ebenso ableiten wie die Methoden zur Evidenzsynthese und Ansätze zur Evaluation mit geeigneten Prozess- und

Outcomeindikatoren. Zu beachten ist, dass Ziele auch mehrere Ebenen, Zielgruppen und Qualitätsdimensionen abdecken können.

Hier lohnt auch ein Blick in S3-Leitlinien, in denen zunehmend Qualitätsindikatoren angeboten werden, um die Implementierung von Empfehlungen höherer Empfehlungsstärke zu fördern.

Welche Kernelemente ein Behandlungspfad hat und was hinsichtlich der Gestaltung beachtet werden muss, ist durch Geltungsbereich und Ziel sowie die einrichtungsinternen Dokumentations-, QM- oder Softwarelösungen bestimmt. Dies können Algorithmen mit entscheidungsrelevanten Knoten oder auch tabellarische Übersichten sein, die sich am Versorgungsprozess (Assessment, Maßnahmen, Evaluationskriterien) orientieren. An dieser Stelle sollten auch eine adäquate Anschlussfähigkeit im Hinblick auf die entsprechende Nomenklatur zur Dokumentation von Prozeduren oder medizinischen bzw. pflegerischen Sachverhalten sowie die oben genannten Qualitätsindikatoren bedacht werden.

Insbesondere, wenn noch keine Erfahrung mit der Entwicklung von Standards, Leitlinien oder Behandlungspfaden im Team vorliegt, können zur Vereinfachung praxisrelevante, an PICO orientierte „Schlüssel Fragen“, gestellt werden, zu denen der Behandlungspfad Bezug nehmen sollte (*Welche nicht medikamentösen Maßnahmen (I) sind geeignet, die Symptome (O) bei Patient\*innen mit Post-OP- Delirium (P) zu reduzieren?*). Es kann auch hilfreich sein, zunächst grobe Algorithmen oder Ablaufprozesse zu skizzieren, um Unsicherheiten in der Versorgung sowie den Standardisierungsbedarf strukturiert zu identifizieren.

## Evidenzsynthese und Erarbeiten der Kernelemente des Behandlungspfades

Die Evidenzsynthese und die Umsetzung der Ergebnisse in eine standardisierte Vorgehensweise in der Praxis sind Herzstücke des Behandlungspfades.

Wie in Leitlinien sollte die Evidenzsynthese daher den Gütekriterien der Validität, Zuverlässigkeit und Reproduzierbarkeit sowie transparenten Berichterstattung folgen, um die Akzeptanz und damit letztendlich die Implementierung zu fördern (Kastner et al., 2015, S. 505 f.). Dies setzt voraus, dass sichergestellt ist, dass der aktuelle, wissenschaftlich begründete „state of the art“ durch die Evidenzsynthese identifiziert und im Behandlungspfad valide abgebildet ist.

Ob eine Evidenzsynthese zu allen Inhalten des Behandlungspfades auf der Basis einer systematischen Recherche und formalen Qualitätsbewertung der Literatur sinnvoll ist, hängt zunächst von den Zielen und deren Reichweite (scope) ab. Fragen zu Verantwortlichkeiten, und Inhalten von Patient\*innenedukation lassen sich auf Basis der Erfahrung des Pflege - und Behandlungsteams und aus berufsrechtlichen sowie logischen Überlegungen beantworten. Im Idealfall liegen theoretische Modelle oder Konzepte vor, auf die Bezug genommen werden kann.

Es dürfte jedoch unbestritten sein, dass zu Fragen hinsichtlich des Assessments, der Prävention, Diagnostik, Behandlung oder Überwachung hochwertige Evidenz, welche meist für die Anwendung in der Praxis in Form von Leitlinienempfehlungen vorliegt, heranzuziehen ist.

Prinzipiell ist es hier sinnvoll, sich zunächst zum strukturierten Prozess einer Evidenzsynthese (Higgins et al., 2021) Gedanken zu machen und basierend auf der Zieldefinition (bzw. den Fragestellungen)

- Auswahlkriterien für Literatur zu definieren,
- eine replizierbare Suchstrategie zu entwickeln,
- Kriterien für die kritische Einschätzung zu finden sowie
- die inhaltliche Auswertung der berücksichtigten Literatur als Grundlage für die Evidenzsynthese festzulegen.

Die Evidenzsynthese ist der Teil im Erstellungsprozess von Behandlungspfaden, der die meisten Ressourcen und Erfahrung erfordert. In Abhängigkeit von den Zielen des Behandlungspfades und der Evidenz, die sinnvollerweise berücksichtigt werden muss, um diese umzusetzen, gibt es hier jedoch einen Spielraum.

Sind aktuelle S3 oder S2-E Leitlinien zum Thema vorhanden, welche das Erkenntnisinteresse abdecken, könnte auf eine eingehendere Literatursuche verzichtet werden, da diese bereits auf einer systematischen Literatursynthese beruhen. Die qualitative Bewertung könnte hier ebenfalls guten Gewissens entfallen, da die AWMF mit dem „S-Gütesiegel“ (AWMF, 2020) bereits die Vertrauenswürdigkeit der Leitlinie hinsichtlich ihrer Methodik geprüft hat.

Im Falle von konsensbasierten, abgelaufenen oder fehlenden Leitlinien bietet es sich an, internationale Leitlinien heranzuziehen. Da hier ein externes Prüfverfahren meist entfällt, empfiehlt es sich aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und Transparenz, die Vertrauenswürdigkeit dieser Leitlinien anhand formaler Kriterien zu prüfen und zu dokumentieren. Leitlinien weisen eine hohe interne Validität auf, wenn Faktoren, die sich auf eine Verzerrung von Empfehlungen auswirken können, minimiert wurden. Zudem bestimmt die externe Validität, inwiefern eine Leitlinie in die Strukturen und Prozesse im deutschen Gesundheitswesen übertragbar ist. Zentrale Kriterien für die Validität von Leitlinien sind im AGREE II Instrument (Brouwers et al., 2010) ausführlich definiert. Diesen „Goldstandard“ zur Leitlinienbewertung auch bei Behandlungspfaden anzuwenden, wäre wünschenswert, ist jedoch mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden, zumal AGREE auch Kriterien enthält, die sich auf die Gestaltung und Implementierbarkeit von Leitlinien beziehen. Für die Anwendungspraxis von Leitlinien, z.B. im Rahmen von klinischen Qualitätszirkeln, wurde daher eine Mini-Checkliste zu deren methodischen Einschätzung entwickelt. Diese Mini-Checkliste wurde auf der Basis einer Literaturübersicht zu wesentlichen Kriterien für Leitlinienqualität und in Mitarbeit der Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement im Konsensverfahren entwickelt. Sie deckt in acht Fragen wesentliche Kriterien wie die systematische Evidenzsynthese, die Evidenzgrundlage der Empfehlungen, Ziele und Autorenteam der Leitlinie ab und weist eine gute Validität und Praxistauglichkeit auf. Da die meisten Leitlinien gut strukturiert sind, beträgt die mittlere Bewertungszeit unter 15 Minuten (Siebenhofer et al., 2016, S. 3 ff., Semlitsch et al., 2014, S. 299 ff.). Allerdings setzt die Anwendung dieser Instrumente Kenntnis von Leitlinienmethodik voraus.

Lassen sich spezifische Fragen zur Wirksamkeit von Interventionen nicht auf der Basis von Leitlinienempfehlungen beantworten, ist es sinnvoll, hochwertig erstellte systematische Übersichtsarbeiten heranzuziehen. Der Goldstandard wäre auch hier eine systematische Recherche und qualitative Bewertung der Übersichtsarbeiten anhand formaler, validierter Kriterien (z. B. AMSTAR (Shea et al., 2007)). Wenngleich methodisch angreifbar, könnte hier eine Eingrenzung über die Auswahlkriterien erfolgen. Möglich wäre hier eine Beschränkung auf systematische Übersichtsarbeiten von Organisationen mit ausgewiesener Kompetenz, strengen methodischen Anforderungen und Peer Review Verfahren (z. B. Cochrane). In jedem Fall erfordert ein solches Vorgehen den Einbezug von akademisch gebildeten

Mitarbeiter\*innen mit ausgewiesener Methodenkompetenz im Bereich der qualitativen Bewertung und Synthese dieser Literatur.

Die in Frage kommende Literatur wird am Ende inhaltsanalytisch ausgewertet. Hierbei werden relevante Textpassagen (z.B. Empfehlungen aus Leitlinien, Evidenzlevel und Empfehlungsgrad) zu den Zielen bzw. Fragen zusammengefasst, die im Behandlungspfad thematisiert werden sollen. Die Zusammenfassung (Synthese) kann sowohl narrativ oder in Form von Evidenz bzw. Empfehlungstabellen erfolgen. Letzteres ist vor allem dann hilfreich, wenn verschiedene Dokumente herangezogen werden. Zudem ist es sinnvoll, in Leitlinien vorgeschlagene Qualitätsindikatoren, Praxishilfen oder Algorithmen zu extrahieren, die für den Behandlungspfad oder für ergänzende Dokumente verwendet werden können.

Auf dieser Basis lassen sich die zuvor festgelegten Kernelemente des Behandlungspfads unter Abwägung der Umsetzbarkeit in der Praxis (ggf. mit Anpassungen) und unter Berücksichtigung der Werte und Präferenzen der Stakeholdergruppe und Patient\*innen erarbeiten und letztendlich im Team mit allen Verantwortlichen abstimmen. Wie bei der Entwicklung von Leitlinien ist es sinnvoll, den Behandlungspfad im Hinblick auf Verständlichkeit und Anwendbarkeit zu testen und entsprechend für die endgültige Verwendung anzupassen. Zudem erfordert der Behandlungspfad eine fachgerechte Implementierungsstrategie sowie eine kontinuierliche Überprüfung und Anpassung, für die die Verantwortlichkeiten geklärt sein sollten.

## Transparente Berichterstattung der Entwicklung des Behandlungspfades

Nachvollziehbarkeit der Entwicklung und zugrundeliegenden Evidenz setzt voraus, dass Interessierte sich in einem Dokument informieren können, wer den Behandlungspfad zu welchem Zweck und mit welchen Methoden erstellt hat und welche Evidenz bzw. Leitlinienempfehlungen herangezogen wurden. Inhalte zur finalen Verabschiedung und Gültigkeit im Sinne des Qualitätsmanagements sind hierbei ebenfalls berichtenswert (vgl. einen Gliederungsvorschlag in Tabelle 1). In Leitlinien gilt die transparente Berichterstattung als obligat (Brouwers et al., 2010). Obwohl bislang nach meiner Kenntnis nicht üblich in der Praxis, gibt es für einen solchen „Report“, der bei Bedarf von Interessierten eingesehen werden kann, mehrere Gründe:

- Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entwicklung sind notwendige Voraussetzungen, die Validität des klinischen Behandlungspfades beurteilen zu können.
- Beteiligte Personen, deren Fachkompetenz sowie die Methoden und Grundlagen der Behandlungspfade sind für alle Beteiligten und Betroffenen nachvollziehbar, was in engem Zusammenhang mit der Akzeptanz steht.
- Der akademische Beitrag und die Methodenkompetenzen der Beteiligten werden transparent, was insbesondere vor dem Hintergrund der Professionalisierung z.B. der Pflegeberufe relevant ist.
- Der finale Behandlungspfad könnte dadurch „verschlankt“ werden, indem hinsichtlich der Quellen und Methoden auf diesen Methodenreport verwiesen wird.
- Es können narrative oder tabellarische Übersichten zur Charakteristik und zu den relevanten Inhalten der berücksichtigten Literatur, die im Laufe des Entwicklungsprozesses erstellt wurden, im Report bereitgestellt werden.

- Das Wissen über die Vorgehensweise bleibt auch bei Veränderungen in der Pfadteamzusammensetzung erhalten und kann als Grundlage für die Aktualisierung sowie für weitere Projekte handlungsleitend herangezogen werden.
- Ein solches Dokument kann ebenso wie der Behandlungspfad selbst zur Außendarstellung der Kompetenzen einer Einrichtung im Hinblick auf eine evidenzbasierte Versorgung verwendet werden.

Ein entsprechender Gliederungsvorschlag für einen grob an AGREE orientierten Report ist in Tabelle 1 dargestellt. Dabei hängt der Umfang und die Tiefe des Methodenreports von der Menge der berücksichtigten Evidenz bzw. Leitlinien ab.

Gliederungsvorschlag Methodenreport eines klinischen Behandlungspfades
<p><b>Einleitung</b>  Hintergrund &amp; Relevanz  Geltungsbereich &amp; Ziele</p> <p><b>Projektgruppe:</b>  Name &amp; Funktion/Expertise  Berücksichtigung der Patient*innensicht  Umgang mit möglichen Interessenkonflikten (optional)</p> <p><b>Methoden zu Evidenzsynthese:</b>  Ein- und Ausschlusskriterien für Literatur  Suchstrategie  Kriterien zur Bewertung der Evidenz  Methoden zur Zusammenfassung (Synthese) der Evidenz bzw. Empfehlungen</p> <p><b>Ergebnisse zur Evidenzsynthese</b>  Charakteristik &amp; Methodische Güte der berücksichtigten Literatur  Übersicht zur Evidenz- bzw. Empfehlungen</p> <p><b>Inhaltliche Verabschiedung</b></p> <p><b>Gültigkeit &amp; Vorgehen zur Aktualisierung</b></p>

*Tabelle 1: Gliederungsvorschlag für den Methodenreport eines klinischen Behandlungspfades*

## Diskussion

Das hier skizzierte Konzept zur Entwicklung von Behandlungspfaden unterbreitet Vorschläge darüber, wie ein hochwertiger klinischer Behandlungspfad interprofessionell entwickelt werden kann. Hierbei werden solche Entwicklungsschritte fokussiert, die sich maßgeblich auf die Validität, Nachvollziehbarkeit und Transparenz und somit auf die Akzeptanz und Implementierbarkeit dieser Qualitätssicherungsinstrumente auswirken. Im Wesentlichen

werden diese Gütekriterien wie bei der Leitlinienentwicklung (Brouwers et al., 2010) dadurch umgesetzt, dass relevante Stakeholder mit fachlicher und akademisch-methodischer Kompetenz einbezogen werden und die Pfadentwicklung einer an relevanten Zieldimensionen ausgerichteten, verzerrungsfreien und nachvollziehbaren Methodik folgt und transparent beschrieben ist. Abbildung 1 fasst die grundlegenden Prozessschritte zusammen, wobei der Methodenreport ein sich durchziehendes Element darstellt, indem die Berichterstattung der Entwicklung über alle Prozessschritte hinweg erfolgt.



Abbildung 1: Entwicklungsprozess klinischer Behandlungspfad

Pflegende mit akademischem Hintergrund können sich bei der Entwicklung von klinischen Behandlungspfaden besonders einbringen. Entsprechend der Vorgaben aus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verfügen sie u. a. über Kompetenzen, die Praxis vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse zu reflektieren und an der Weiterentwicklung von „wissenschaftsorientierten, innovativen Lösungsansätzen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen und der Steuerung von Versorgungsprozessen“ mitzuwirken (PflAPrV, Anlage 5). Sie verfügen nicht nur über wesentliche Steuerungs-, Projekt- und Methodenkompetenzen, sondern bringen auch spezifisches Fach- und einrichtungsinternes Prozesswissen mit. Dass akademisch Pflegende ihre Kompetenzen im Rahmen solcher Projekte einbringen können, ist insbesondere vor dem Hintergrund interessant, dass der Mehrwert dieser Kompetenzen in der Versorgungspraxis erst noch sichtbar werden muss. Die Implementierung und Evaluation der klinischen Behandlungspfade in Bezug auf relevante Prozess- und Wirksamkeitsindikatoren kann in diesem Sinne gleich mitgedacht werden. So kann das im Studium erworbene Wissen im Beruf zur Praxisreflexion und Problemlösung eingesetzt und die Versorgung nach wissenschaftlichen Methoden weiterentwickelt werden. Besonders hervorgehoben sei hier auch die Möglichkeit der Kommunikation und Kooperation auf Augenhöhe, die interprofessionelle Entwicklungsteams für Behandlungspfade bieten.

In diesem Sinne kann durch die interprofessionelle Entwicklung, Implementierung und Evaluation von klinischen Behandlungspfaden eine „wissenschaftlich reflektierte Handlungsfähigkeit“<sup>4</sup> (Elsholz, 2019, S. 15) aller beteiligten Berufsgruppen gefördert werden, die mit einem professionellen Selbstverständnis einhergeht, das sich auf wissenschaftliche Werte, wie die theoretische Bezugnahme, kritische Reflexion aber auch Nachvollziehbarkeit des eigenen Handelns stützt.

<sup>4</sup> Der Begriff wird von Elsholz in Abgrenzung zur beruflichen Handlungsfähigkeit vorgeschlagen.

# Literatur

- Ahrens, J. (2020). *Klinische Behandlungspfade*. In Zapp, W. (Hrsg.) *Qualitäts- und Risikomanagement im Krankenhaus: Analyse, Verharen, Anwendungsbeispiele (S.1-57)*. Osnabrück: Springer.
- Alahmar, A., Crupi, M. E., & Benlamri, R. (2020). *Ontological framework for standardizing and digitizing clinical pathways in healthcare information systems*. *Comput Methods Programs Biomed*, 196, 105559.
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien (2020). *AWMF-Regelwerk „Leitlinien“*. 2. Auflage 2020. Abgerufen von <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> am 03.08.2021.
- Askari, M., Tam, J., & Klundert, J. (2021). *The effectiveness of clinical pathway software in inpatient settings: A systematic review*. *International Journal of Medical Informatics*, 147, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104374>
- Aspland, E., Gartner, D., & Harper, P. (2019). *Clinical pathway modelling: a literature review*. *Health systems (Basingstoke, England)*, 10(1), 1–23. <https://doi.org/10.1080/20476965.2019.1652547>
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L., & AGREE Next Steps Consortium (2010). *AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care*. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 182(18), E839–E842. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
- Cascini, F., Santaroni, F., Lanzetti, R., Failla, G., Gentili, A., & Ricciardi, W. (2021). *Developing a Data-Driven Approach in Order to Improve the Safety and Quality of Patient Care*. *Front Public Health*, 9, 667819. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.667819>
- Chawla, A., Westrich, K., Matter, S., Kaltenboeck, A., & Dubois, R. (2016). *Care pathways in US healthcare settings: current successes and limitations, and future challenges*. *The American journal of managed care*, 22(1), 53–62.
- Chiang, A. C., Ellis, P., & Zon, R. (2017). *Perspectives on the Use of Clinical Pathways in Oncology Care*. *American Society of Clinical Oncology educational book*. American Society of Clinical Oncology. *Annual Meeting*, 37, 155–159. [https://doi.org/10.1200/EDBK\\_175533](https://doi.org/10.1200/EDBK_175533)
- E.P.A. *E-P-A Definition of care pathway*. Abgerufen von <https://e-p-a.org/care-pathways/> am 04.08.2021.
- Elsholz, U. (2019). *Hochschulbildung zwischen Fachwissenschaft, Praxisbezug und Persönlichkeitsentwicklung. Folgerungen für die Hochschuldidaktik*. In T. Jenert, G. Reinmann & T. Schmohl (Hrsg.) *Hochschulbildungsforschung: Theoretische, methodologische und methodische Denkanstöße für die Hochschuldidaktik (S. 7-21)*. Wiesbaden: Springer.
- Gutenstein, M., Pickering, J. W., & Than, M. (2019). *Development of a digital clinical pathway for emergency medicine: Lessons from usability testing and implementation failure*. *Health informatics journal*, 25(4), 1563–1571. <https://doi.org/10.1177/1460458218779099>
- Hermes-Moll, K., Blaschke, K., Lappe, V. et al. (2019). *Behandlungspfade von Krebspatienten*. *Onkologie* 25, 456–465. <https://doi.org/10.1007/s00761-019-0537-x>
- Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2021). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.2*. Abgerufen von <https://training.cochrane.org/handbook/version-6.2/chapter-4-tech-suppl> am 04.08.2021.
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (2019). *Methodische Grundlagen V1.1*. Abgerufen von <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen/> am 04.08.2021.
- Kastner, M., Bhattacharyya, O., Hayden, L., et al. (2015). *Guideline uptake is influenced by six implementability domains for creating and communicating guidelines: a realist review*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(5), 498-509. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.12.013>
- Klemperer, D. (2008). *Interessenkonflikte: Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen*. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105, 2098-2100.
- Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Ronellenfitsch, U., Scott, S. D., Goodridge, D., Plishka, C., & Groot, G. (2016). *What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review*. *BMC medicine*, 14, 35. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0580-z>
- Michalsen, A., Neitzke, G., Dutzmann, J. et al. (2021). *Übersorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden*. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 116, 281-294.

- Oosterloh, F. (2019). Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften: Der Kulturwandel hat begonnen. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116, 930-1.
- Ramos, M. C., & Ratliff, C. (1997). The development and implementation of an integrated multidisciplinary clinical pathway. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 24(2), 66 –71. [https://doi.org/10.1016/s1071-5754\(97\)90074-7](https://doi.org/10.1016/s1071-5754(97)90074-7)
- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., Snow, P., & Kugler, J. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD006632. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006632.pub2>
- Seckler, E., Regauer, V., Krüger, M., Gabriel, A., Hermsdörfer, J., Niemiets, C., Bauer, P., & Müller, M. (2021). Improving mobility and participation of older people with vertigo, dizziness and balance disorders in primary care using a care pathway: feasibility study and process evaluation. *BMC Family Practice*, 22, 62. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-59646/v1>
- Semlitsch, T., Jeitler, K., Kopp, I. B. & Siebenhofer, A. (2014). Entwicklung einer praktikablen Mini-Checkliste zur Bewertung der methodischen Leitlinienqualität. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(5-6), 299-312. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.06.011>
- SEYS, D., COECKELBERGHS, E., SERMEUS, W., VAN ZELM, R., PANELLA, M., BABU PAYEDIMARRI, A. & VANHAECHT, K. 2021. Overview on the target population and methods used in care pathway projects: A narrative review. *Int J Clin Pract*, e14565. Seys, D., Coeckelberghs, E., Sermeus, W., Van Zelm, R., Panella, M., Babu Payedimarri, A., & Vanhaecht, K. (2021). Overview on the target population and methods used in care pathway projects: A narrative review. *International journal of clinical practice*, 75(10), e14565. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14565>
- Shanbhag, D., Graham, I. D., Harlos, K., Haynes, R. B., Gabizon, I., Connolly, S. J., & Van Spall, H. (2018). Effectiveness of implementation interventions in improving physician adherence to guideline recommendations in heart failure: a systematic review. *BMJ open*, 8(3), e017765. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017765>
- Shea, B.J., Grimshaw, J.M., Wells, G.A. et al. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7(10). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-10>
- Siebenhofer, A., Semlitsch, T., Herborn, T. et al. Validation and reliability of a guideline appraisal mini-checklist for daily practice use. *BMC Medical Research Methodology*, 16(39). <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0139-x>
- Stein, C. (2016). Normsetzung im Gesundheitswesen – Erarbeitung und Qualität von medizinischen Leitlinien. Ein Bericht nach Systematik des Nationalen Integritätssystem (NIS). Berlin: Transparency International Deutschland e.V.

# Qualitäts- und Professionsentwicklung der Pflege von Kindern und Familien durch ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement im Krankenhaus

Nöst S.

## Hintergrund

Die sektorenübergreifende Sicherung der gesundheitlichen Versorgung ist ein zentrales Qualitätsmerkmal von Gesundheitssystemen weltweit. Die seit Jahrzehnten bestehenden Schnittstellenprobleme an den Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems gefährden allerdings diese Versorgungskontinuität. Die Folgen einer nach Krankenhausentlassung nicht unmittelbar fortgesetzten Behandlung oder eines nicht bedarfsgerecht geplanten Übergangs in die nachsorgenden Settings sind hinlänglich bekannt und vom Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) seit nahezu 20 Jahren in mehreren Gutachten angemahnt: Unerwünschte Arzneimittelinteraktionen, vermeidbare Komplikationen, Verlust von Lebensqualität, Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und vermeidbare Wiedereinweisungen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2012).

Die Versorgungsbrüche nach einer Krankenhausentlassung können auf die zunehmende Morbidität im Krankenhaus, die Verkürzung der Krankenhausverweildauern und nicht zuletzt auch auf die zögerlichen Reformen zur Aufgabenteilung im deutschen Gesundheitssystem zurückgeführt werden. Die Verkürzung der Verweildauer in der stationären Behandlung birgt die Gefahr, dass der Aufmerksamkeitsfokus auf die akut erforderlichen Maßnahmen gerichtet wird, die Probleme chronisch kranker, pflegebedürftiger und meist älterer Menschen hinsichtlich deren Beeinträchtigung der Selbstpflege und deren Unterstützungsbedarf im häuslichen Setting dabei aber oftmals „übersehen“ oder nicht erkannt werden (Dangel & Korporal, 2019). Patientinnen und Patienten verlassen das Krankenhaus meist nicht gesund, sondern mit einem individuellen und oft komplexen Weiterversorgungs- und Unterstützungsbedarf, der nicht nur die medizinische und pflegerische Versorgung umfasst, sondern oftmals auch mit einem psychosozialen und bewältigungsorientierten Unterstützungsbedarf in der Familie einhergeht (Gröning et al., 2016). Bei Kindern und Jugendlichen wird diesbezüglich eine Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten beschrieben (Rattay et al., 2016) und diese Veränderung wird im Krankenhaus als strukturelle Veränderung wahrgenommen (Wirth & Geraedts, 2015). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung ist davon auszugehen, dass gerade auch bei der Pflege von Kindern und Jugendlichen die Bedeutung einer kontinuierlichen Versorgung eher zu- als abnimmt.

Für die betroffenen Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen gehen mit Versorgungsbrüchen gesundheitliche Risiken und vermeidbare Belastungen einher. Mit dem Expertenstandard Entlassungsmanagement liegt seit nunmehr 17 Jahren ein anerkanntes Instrument vor, das durch eine systematische und pflegefachliche Steuerung der Versorgung

an den Schnittstellen zum Krankenhaus die vermeidbaren Probleme reduzieren und die Kontinuität und Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung verbessern kann (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2019a; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2012).

Hinsichtlich dieser Problemschilderung wird in diesem Beitrag zunächst (1.) der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege als Instrument der Qualitätsentwicklung dargestellt, (2.) der Blick auf ausgewählte Bedarfe, Herausforderungen und Ansatzpunkte in der Pflege von Kindern und Familien gelenkt, um dann (3.) aufzuzeigen, dass der pflegfachliche Beitrag zu einem multidisziplinären Entlassungsmanagement im Krankenhaus auch einen Beitrag zur Professionsentwicklung der Pflege darstellt.

## **Qualitätsentwicklung durch den DNQP- Expertenstandard Entlassungsmanagement**

Im Folgenden wird der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ und dessen konzeptioneller Beitrag zur Qualitätsentwicklung übersichtsartig dargestellt. Das Konzept und die Inhalte werden etwas ausführlicher an anderer Stelle beschrieben (Nöst, 2021).

### **Qualitätsentwicklung durch Expertenstandards**

Die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sind Instrumente der pflegebezogenen Qualitätsförderung und -sicherung. Sie basieren auf einem methodisch festgelegten Vorgehen, das eine Literaturstudie, die Bildung einer Expert\*innengruppe, die Konsentierung durch die Fachöffentlichkeit und eine modellhafte Implementierung vorsieht. Dadurch wird sichergestellt, dass der Praxisbezug bereits in die Standardentwicklung einfließt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2019b).

Mit einem DNQP-Expertenstandard liegt ein evidenzbasiertes Instrument vor, das den pflegespezifischen Beitrag zu einer guten Qualität der gesundheitlichen Versorgung aufzeigt. In einem Expertenstandard wird ein professionell abgestimmtes Qualitätsniveau pflegebezogener Versorgung definiert, das als Qualitätsnorm gilt, also einen Sollzustand der Pflegequalität darstellt und dadurch einrichtungsübergreifend abgestimmte Qualitätsstrategien ermöglicht (Büscher & Blumenberg, 2018). Im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung definiert ein Expertenstandard die (1.) Qualitätsziele und (2.) Evaluationskriterien für ein pflegerelevantes Themenfeld. Die wesentliche Aufgabe und manchmal auch Herausforderung bei der Implementierung eines Expertenstandards in die Praxis besteht darin, die im Expertenstandard formulierte Qualitätsnorm in den Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten durch eine einrichtungsspezifische Anpassung der erforderlichen Qualitätsmaßnahmen umzusetzen. Zur Einführung eines Expertenstandards bedarf es daher der „Übersetzung“ der im Expertenstandard meist sehr allgemein formulierten Qualitätsziele und Anforderungen in ein haus- bzw. einrichtungsspezifisches Konzept, das den lokalen und einrichtungsspezifischen Kontext mitberücksichtigt.

# Verbesserung der Qualität der Entlassung durch den Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“

Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ ist einer von aktuell elf vorliegenden DNQP-Expertenstandards. Er wurde 2004 erstmals veröffentlicht, 2019 zum zweiten Mal aktualisiert und steht aktuell in der dritten Fassung der Pflegepraxis als Instrument zur internen Qualitätssicherung zur Verfügung.

## Zielsetzung

Die Zielsetzung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ wird wie folgt definiert: „Jede\*r Patient\*in mit erwartbaren, poststationären Versorgungsproblemen und einem daraus resultierenden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2019a). Die Zielgruppendefinition umfasst explizit alle Altersstufen, „von Frühgeborenen bis zu Hochbetagten“. Die Notwendigkeit eines Entlassungsmanagements wird dabei vor allem am Kriterium des nach Krankenhausentlassung weiterbestehenden, individuellen und nachstationären Pflege- und Versorgungsbedarfs festgemacht. Das Entlassungsmanagement ist daher vor allem für Krankenhäuser sowie Fach- und Rehabilitationskliniken von Bedeutung. Als Anwender\*innen des Expertenstandards werden Pflegefachpersonen in diesen Einrichtungen formuliert. Betont wird dabei, dass der Expertenstandard keine direkten Vorgaben zur Organisation des Entlassungsmanagements macht. Er gibt also keine Vorgabe, ob das Entlassungsmanagement dezentral durch Bezugspflegende, zentral durch Expert\*innen für Entlassung, durch externe Expertise oder durch Kombination aus diesen unterschiedlichen Organisationsformen umgesetzt wird. Vielmehr werden die Kriterien und Ziele definiert, deren Erreichung durch pflegfachliches Handeln mittels einrichtungsinterner Konzepte sichergestellt werden muss.

## Phasen des pflegebezogenen Entlassungsmanagements

Die Gestaltung des Entlassungsmanagements wird im Expertenstandard in sieben Prozessphasen dargestellt (vgl. Abbildung 1). Diese sieben Phasen folgen einem grundsätzlichen Aufbau eines DNQP-Expertenstandards (Assessment, Planung, Durchführung, Evaluation), der sich am Pflegeprozess orientiert und ihn damit anschlussfähig für die Pflegepraxis macht. In Anlehnung an das Qualitätsmodell von Donabedian werden für jede Phase die Qualitätsanforderungen nach Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien definiert (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2019a).

Im Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ sind die grundsätzlichen Voraussetzungen einer systematischen Versorgungssteuerung durch ein möglichst multiprofessionelles Entlassungsmanagement formuliert. Diese umfassen im Wesentlichen (1.) die Einbindung des leitenden Managements und aller beteiligter Berufsgruppen, (2.) die Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen wie bspw. dem Rahmenvertrag Entlassmanagement und (3.) eine schriftliche Verfahrensregelung, in der das einrichtungsspezifische Konzept des Entlassungsmanagements geregelt ist.

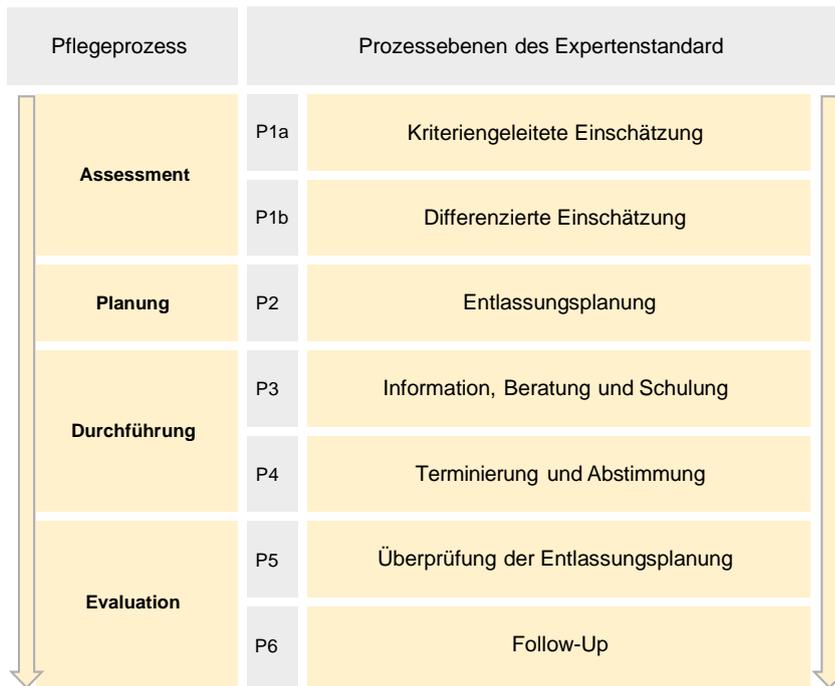


Abbildung 1: Phasen des Entlassungsmanagements mit Fokus auf die sechs Prozessebenen (P)

### Assessment des poststationären Pflegebedarfs

Im Expertenstandard wird zur Einschätzung des individuellen poststationären Versorgungsbedarfs zwischen (1.) einer kriteriengeleiteten Einschätzung und (2.) einer differenzierten Einschätzung unterschieden. Die kriteriengeleitete Einschätzung (P1a) hat als initiales Risiko-Assessment das Ziel, spätestens 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme ein erhöhtes Entlassungsrisiko oder einen zu erwartenden poststationären Versorgungsbedarf zu identifizieren. Bei Identifikation eines erhöhten Risikos oder Bedarfs erfolgt eine umfassende und differenzierte Einschätzung (P1b) des zu erwartenden poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs, die auch das familiäre und soziale Umfeld sowie die Ressourcen der Angehörigen und Familien mitberücksichtigt.

Bezugnehmend auf die Literaturstudie von Dangel et al. (2019), in der auf das Fehlen validierter Instrumente zur Bedarfserhebung in deutscher Sprache hingewiesen wird, erfolgt im Expertenstandard der Verweis auf einen Kriterienkatalog. Die Einschätzung des Pflegebedarfs vor dem Hintergrund dieses komplexen Kriterien-Mix stellt hohe Anforderungen an die Kompetenzen und die Qualifikation der Pflegekräfte und dies zeigt Perspektiven und Ansatzpunkte einer erweiterten Pflegepraxis auf.

### Entlassungsplanung

Ausgehend von einer Einschätzung des poststationären Versorgungs- und Pflegebedarfs erfolgt die individuelle Entlassungsplanung (P2) in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Eltern und beteiligten Berufsgruppen. Transparenz, Verantwortlichkeit, Verbindlichkeit, ein umgehender Beginn der Entlassungsplanung und eine frühzeitige Festlegung eines voraussichtlichen Entlassungstermins sind vor dem Hintergrund

kurzer Verweildauern äußerst bedeutsam. Je nach Komplexität des Versorgungsbedarfs können multiprofessionelle Fallbesprechungen in Betracht gezogen werden.

### Information, Beratung und Schulung

Die Information, Beratung und Schulung (P3) sind zentrale Varianten der gesundheitlichen Edukation. Sie sind im Zuge des Entlassungsmanagements überaus wichtig, um individuelle und familiäre Problemlagen zu adressieren, mit dem Ziel, die Kompetenz zur Bewältigung von poststationären Versorgungs- und Pflegeanforderungen der Patientinnen und Patienten sowie der Eltern und Familien zu erhöhen und diese zum Umgang mit Krankheit, Beeinträchtigung und erforderlichen Entscheidungen zu befähigen. Edukation ist aber ein zentraler und anspruchsvoller Prozess im Entlassungsmanagement. Sie erfordert hohe fachliche und kommunikative Kompetenzen von Pflegefachpersonen. Darüber hinaus erfordert Sie die umfassende Kenntnis von einrichtungsspezifischen Kooperationen und regionalen Angeboten wie z.B. den Frühen Hilfen, der Familialen Pflege (s.u.) oder von weiteren regional verankerten Programmen und Angeboten zur kooperativen Gestaltung oder Unterstützung des Übergangs.

### Terminierung und Abstimmung

Hinsichtlich der kurzen Verweildauern im Krankenhaus ist die Terminierung der Entlassung und die dafür erforderliche Abstimmung zwischen den internen Berufsgruppen und den externen Kooperationspartnern frühzeitig in den Blick zu nehmen. Diese Koordination ist ein Schlüsselement der systematischen Steuerung der Versorgung und Entlassung. Daher ist es wichtig, die Verantwortlichkeiten für die Koordination in den Verfahrensregeln klar festzuhalten und Pflegefachpersonen zu autorisieren, die Versorgungssteuerung in einem multiprofessionellen Kontext zu übernehmen. Bei einer zentralen Steuerung des Entlassungsmanagements erfolgt diese Koordination durch die Expertinnen und Experten, z.B. Pflegefachpersonen die als Case-Manager\*innen tätig sind. Die Koordination umfasst in enger Absprache mit den Patientinnen und Patienten, Eltern, Familien und dem Sozialdienst die Auswahl und Kontaktaufnahme, z.B. zu externen Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen, zu Hospizen, zu ambulanten Kinderkrankenpflegediensten oder Home-Care-Unternehmen. Generell sind schriftliche Hinweise zur Pflegesituation beim Übergang sinnvoll (z.B. Überleitungsbögen) und eine telefonische Erreichbarkeit von Ansprechpersonen sollte geregelt sein. Bei komplexen Bedarfen oder Pflegesettings ist ein persönlicher Kontakt und Austausch zu externen Kooperationspartnern von großer Bedeutung und eine Pflegeübergabe sollte angeboten werden. Hilfreich für eine gelingende Kooperation sind der Auf- und Ausbau sowie die Pflege von regionalen Netzwerken.

### Evaluation

Das Entlassungsmanagement wird als kontinuierlicher Übergangsprozess betrachtet und endet daher nicht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus. Eine Evaluation erfolgt frühzeitig, aber spätestens 24 Stunden vor Entlassung, durch eine einrichtungsinterne und möglichst regelmäßige Überprüfung der Entlassungsplanung (P5) anhand einheitlicher Kriterien, z.B. mittels Checklisten oder strukturierten Protokollen.

Neu in der 2. Aktualisierung des Expertenstandards ist die Empfehlung zur Einschätzung der Entlassungsfähigkeit und -bereitschaft. Die Einschätzung, die idealerweise durch die Patientinnen und Patienten oder Eltern selbst erfolgt, ist ein Indikator dafür, ob die Entlassungsplanung auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten und Eltern angemessen ist, oder ob möglicherweise noch ungedeckte Bedarfe oder Informationslücken bestehen, die durch die Entlassungsplanung bisher nicht adressiert wurden. Sollten ungedeckte Bedarfe bestehen, kann spätestens zu diesem Zeitpunkt noch gegengesteuert werden. International wird das Konzept der Entlassungsbereitschaft bereits umfangreich erforscht und angewandt. Folgende Kriterien kennzeichnen in Anlehnung an das Konzept von Weiss et al. (2006) die Entlassungsbereitschaft:

- Personenbezogene Aspekte (z.B. körperliche und funktionelle Fähigkeiten, Schmerzen, Energie oder Motivation)
- Wissen der Patient\*innen und Eltern (z.B. zur Selbstpflege, zu Probleme oder Komplikationen, auf die zu achten sind oder zu erforderlichen Einschränkungen)
- Bewältigungskompetenz (z.B. zur Selbstpflege, zur Versorgung der Kinder durch Eltern oder zum Umgang mit neuen oder veränderten Anforderungen)
- Erwartete Unterstützung nach Entlassung (z.B. personell oder emotional, im Haushalt oder in der Familie, hinsichtlich der medizinischen Versorgung und Arzneimitteltherapie, Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu regionalen Ressourcen)

Im Expertenstandard wird aufgrund fehlender validierter Instrumente in deutscher Sprache zur Erhebung der Entlassungsbereitschaft eine kriteriengeleitete Erhebung und Einschätzung empfohlen.

Nach der Entlassung dagegen erfolgt innerhalb von 48-72 Stunden die Evaluation der geplanten Maßnahmen in Form eines telefonischen oder aufsuchenden Follow-Up (P6). Die verantwortliche Pflegefachperson nimmt mit den Patientinnen und Patienten, Eltern, weiterversorgenden Diensten oder Einrichtungen Kontakt auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und erfolgreich umgesetzt wurde.

## **Entlassungsmanagement bei der Pflege von Kindern und Familien**

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege wird oft unter den Vorzeichen der Pflege von alten, chronisch kranken Menschen betrachtet. Verglichen mit der Pflege von älteren, pflegebedürftigen Menschen bestehen bei der Pflege von Kindern allerdings zwei Besonderheiten: (1.) Die Krankenhausverweildauer bei Kindern sind durchschnittlich recht kurz, was in der Pflegepraxis im Krankenhaus oft die Frage nach der Notwendigkeit einer Entlassungsplanung aufwirft. (2.) Bei Neugeborenen, Säuglingen und jüngeren Kindern besteht, unabhängig von den gesundheitlichen Einschränkungen und zwar alleine aufgrund des Alters, die Besonderheit, dass diese aufgrund ihres Entwicklungsstandes und ihrer fehlenden Selbstpflegefähigkeit prinzipiell auf Pflege angewiesen sind, die meist durch die Eltern kompensiert wird. Tritt eine Pflegebedürftigkeit und damit verbundene Pflege und Versorgung des Kindes im häuslichen Setting hinzu, besteht ein „doppelter“ Entwicklungs- und Kompetenzbedarf der Eltern, die neben der Elternrolle auch die Rolle der pflegenden Angehörigen einnehmen, erlernen und ausfüllen müssen.

Neben der (a) kontinuierlichen Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus und der (b) zu kompensierenden Selbstpflegefähigkeit bei Kindern durch die Eltern sind es vor allem auch (c) die Veränderungen im Krankheitsspektrum der letzten Jahrzehnte und der damit assoziierten Ungleichheiten in den sozialen Lagen und den Lebensbedingungen von Familien, die für eine zunehmende Relevanz eines Entlassungsmanagement bei der Pflege von Kindern, Jugendlichen und Familien im Krankenhaus sprechen.

Die Lebensbedingungen von Kindern in Deutschland haben sich auf Grundlage eines hohen Niveaus gesundheitlicher Versorgung in den letzten Jahrzehnten insgesamt verbessert. Kuntz et al. (2018) machen dies aus einer Public-Health-Perspektive vor allem an einer historisch niedrigen Säuglings- und Kindersterblichkeit und an einer Abnahme von sog. „Kinderkrankheiten“ und einer verbesserten Mund- und Zahngesundheit fest. In diesem Zuge wird auch ein Wandel des Krankheitsspektrums berichtet, der seit einigen Jahren als „neue Morbidität“ (Schlack, 2004) bezeichnet wird. Damit wird sowohl eine epidemiologische Verlagerung (1.) von den primär körperlichen Erkrankungen hin zu psychischen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen sowie (2.) von akuten hin zu chronischen Erkrankungen beschrieben (Brockmann et al., 2020). Die Verteilung dieser epidemiologischen Verlagerung trifft allerdings nicht auf alle Kinder gleichermaßen zu; die Verteilung der Krankheitslast ist durch einen sozialen Gradienten gekennzeichnet. Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) weisen einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und häufiger gesundheitsbezogene Einschränkungen auf. Die sozial bedingte, gesundheitliche Ungleichheit wird sowohl für chronische Erkrankungen (z.B. Asthma bronchiale und Heuschnupfen) beschrieben, kommt aber vielmehr noch bei der psychischen Gesundheit zum Tragen (Kuntz et al., 2018). Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sollten daher früh im Lebenslauf ansetzen und zielgruppenbasiert zugeschnitten werden.

Es sind also vor allem die lebenswelt- und entwicklungsbezogenen Aspekte, die umfassende Involviertheit der Eltern und des sozialen Umfelds sowie die nicht-medizinischen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die für eine zunehmende Relevanz des Entlassungsmanagements zur Gestaltung der Überleitungsprozesse aus dem Krankenhaus in das häusliche Setting oder nachsorgende Institutionen und Hilfesysteme sprechen. Durch die Fokussierung auf die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen an ein ärztlich-vorbehaltenes Entlassmanagement<sup>5</sup> im Zuge des Rahmenvertrags nach § 39 Absatz 1a (SGB V), wie es an vielen Stellen zu beobachten ist, wird dies vermutlich nicht zu leisten sein.

## **Herausforderungen der Erhebung eines poststationären Bedarfs von Kindern im Krankenhaus**

Ausgehend von diesen Besonderheiten in der Pflege von Kindern und Familien muss bei der differenzierten Einschätzung des Pflegebedarfs über die physischen, psychischen und sozialen Bedarfe der pflegebedürftigen Kinder auch die besondere Rolle der Eltern sowie deren individueller und familiärer Unterstützungsbedarf (z.B. in Form von Edukation, Entlastungsangeboten, psychosoziale Betreuung) mitberücksichtigt werden. Die

---

<sup>5</sup> Der Begriff des „Entlassmanagement“ steht für das im SGB V geregelte Verfahren der ärztlichen Behandlung zur Sicherung der kontinuierlichen Versorgung. Mit „Entlassungsmanagement“ dagegen wird auf das im Expertenstandard formulierte Verfahren verwiesen. Siehe auch letztes Kapitel dieses Beitrags.

differenzierte, familienbezogene Einschätzung des poststationären Pflegebedarfs ist daher ein anspruchsvolles Vorhaben, das eine pflegfachliche Kompetenz erfordert.

Cramer und Wingenfeld (2016) haben mit Blick auf diese Anforderungen ein Instrument zur Einschätzung des Pflegebedarfs kranker Kinder und Jugendlicher entwickelt, das explizit auch psychosoziale Aspekte sowie die unterschiedlichen elterlichen Bedarfslagen mitberücksichtigt und eine Einschätzung des elterlichen Bedarfs an Edukation ermöglicht. Dieses Instrument beinhaltet auch ein Risiko-Assessment für das Entlassungsmanagement, weshalb es prinzipiell als kompatibel mit dem Expertenstandard Entlassungsmanagement angesehen werden kann. Das sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass gerade mit Blick auf die Erhebung des poststationären Bedarfs von Kindern und Familien weiterhin ein hoher Forschungs- und Entwicklungsbedarf besteht.

## Spezifische Bedarfe von Frühgeborenen

Die Auseinandersetzung mit Versorgungsübergängen und deren Gestaltung durch ein Entlassungsmanagement sind in der pädiatrischen Fachliteratur überwiegend im Bereich der neonatologischen Versorgung identifizierbar (Hinner et al., 2016; Reimann & Hüning, 2020). Das ist wenig überraschend, da durch die Qualitätssicherungs-Richtlinie „Früh- und Reifgeborene“ (QFR-R) (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)) die weitere Betreuung der Kinder (mit Geburtsgewicht unter 1500g) im häuslichen Umfeld durch (1.) gezielte Entlassungsvorbereitung und (2.) Überleitung in eine strukturierte, vor allem entwicklungsneurologische Diagnostik und Therapie in spezialisierten Einrichtungen (z. B. in Sozialpädiatrische Zentren) Gegenstand der obligatorischen Qualitätssicherung ist.

Bei Kindern in der neonatologischen Versorgung und insbesondere in Fällen sehr früh geborener Kinder (Geburtsgewicht unter 1500g) besteht generell die Indikation eines Entlassungsmanagements aufgrund (1.) der Risiken für Komplikationen sowie späterer Entwicklungsbeeinträchtigungen und (2.) eines besonders hohen Bedarfs an einer kontinuierlichen poststationären Versorgung des Kindes (Nassel et al., 2019). Deshalb kann in der Pflegepraxis auch auf eine initiale Einschätzung in der neonatologischen Pflege verzichtet und direkt eine differenzierte Bedarfserhebung durchgeführt werden. Die schriftlichen Verfahrensregelungen eines einrichtungsbezogenen, multiprofessionellen Entlassungsmanagement für Neugeborene und ihre Familien sollte daher neben den Anforderungen des Entlassmanagement nach §139 SGBV auch die Anforderungen der G-BA-Richtlinie berücksichtigen und ausgehend vom Expertenstandard Entlassungsmanagement die oben genannten Besonderheiten bei der Bedarfserhebung und Entlassungsplanung berücksichtigen. Der Elternedukation kommt hierbei eine besonders hohe Bedeutung zu, um die Eltern für die Pflege in der häuslichen Umgebung, über die Anleitung und Schulung der Pflegemaßnahmen hinaus, auch emotional zu befähigen im Umgang mit der häuslichen Pflegesituation und den daraus resultierenden Folgen. Insofern kann die Entlassungsbereitschaft und -fähigkeit (s.o.) als pflegesensitives Ergebnis einer gelungenen Entlassungsplanung berücksichtigt werden.

Programme, die eine strukturierte Entwicklung der Entlassungsfähigkeit (Readiness of Discharge) der Kinder und Eltern im Krankenhaus in ein iteratives Entlassungsmanagement im multidisziplinären Team integrieren, gehen mit positiven Ergebnissen hinsichtlich der emotionalen und technischen Entlassungsfähigkeit (inkl. „technical skills“) seitens der Eltern einher (Gupta et al., 2019). Ein pflegerisches Entlassungsmanagement im Sinne des

Expertenstandards fokussiert aber nicht nur den medizinischen Versorgungsbedarf, sondern berücksichtigt den Einbezug eines poststationären Hilfesystems zur Gesundheits- und Entwicklungsförderung des Kindes und diesbezüglich auch eine Förderung der elterlichen Kompetenz und deren psychosozialer Betreuung. Auch im deutschen Versorgungssystem gibt es Hinweise aus Modellvorhaben, z.B. „Frühstart“ am Universitätsklinikum Essen (Hüning et al., 2012), dass die sektorenübergreifende und kontinuierliche Pflege und Betreuung „aus einer Hand“ die Elternzufriedenheit und Liegezeit im Krankenhaus verkürzt (ebd.)

## Familiale Pflege und Frühe Hilfen

Die Planung und Gestaltung der Übergänge aus dem Krankenhaus erfordert von den Pflegefachkräften auch das Wissen um regionale Hilfenetzwerke. Je nach identifizierter Bedarfslage sollten in die Entlassungsplanung auch Expert\*innen hinzugezogen werden. Es bestehen etliche regionale und bundesweite Programme und Projekte, die Angebote zur Entlassung, den Übergang in die Häuslichkeit und die Betreuung und Unterstützung zuhause anbieten. Im Folgenden werden zwei spezifische und hinsichtlich der Vulnerabilität der Kinder und Eltern bedeutsame Programme beschrieben, die im pflegebezogenen Entlassmanagement je nach Bedarf der Kinder, Eltern und Familien berücksichtigt werden sollten.

### Familiale Pflege

Die Familiäre Pflege kennzeichnet die Pflege von pflegebedürftigen Menschen durch pflegende Angehörige in der häuslichen Situation als familiäre Entwicklungsaufgabe, die durch eine „besondere Rat- und Bildungsbedürftigkeit“ der Familie charakterisiert ist (Gröning, 2016) und setzt dementsprechend am umfassenden Bildungsbedarf der Familie an. Die Familiäre Pflege richtet sich vor allem an Angehörige von Menschen mit Pflegebedarf und die Schwerpunkte sind Information, Beratung, Anleitung und Bildung im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Versorgung (Lebeda & Carmona-Hernandez, 2021). Die davon abgeleiteten Bausteine der Familiären Pflege wie Pflegetrainings, Familienberatungsgespräche oder Initialpflegekurse fördern vor allem die Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen der Angehörigen zur Pflegeübernahme. Dies erfolgt im Sinne einer sektorenübergreifenden Übergangspflege bereits im Krankenhaus und bis zu sechs Wochen nach Entlassung im häuslichen Setting (Schiller, 2018). Durch das Modellprogramm der Familien Pflege (2006-2018) wurde mit dem/der „Pflegetrainer\*in“ eine neue pflegfachliche Berufsrolle im Entlassungsmanagement und der Überleitungspflege entwickelt, die einer spezifischen Zusatzqualifikation bedarf. Der Perspektivwechsel von den pflegebedürftigen Patient\*innen hin zu den (gesunden) pflegenden Angehörigen bedeutet für die Pflegetrainer\*innen den eigenen Blick zu erweitern und „den isolierten Blick auf den Kranken aufzugeben und die Lebenswelt der Familien verstehen zu lernen“ (Lebeda & Carmona-Hernandez, 2021). Während sich die Angebote der Familiären Pflege zunächst auf die „späte Familie“ und deren Lern- und Kompetenzbedarf konzentrierte, bestehen nur vereinzelt Ansätze zur Umsetzung in der pädiatrischen Pflege (ebd.). Ausgehend von den zuvor skizzierten Bedarfen besteht auch in der pädiatrischen Pflege Bedarf und Potential für den Ansatz der Familiären Pflege bei der Unterstützung der Familien und dabei insbesondere der Eltern in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger und kranker Kinder.

## Frühe Hilfen

Psychosozial schwierige Lebenslagen von Familien und andere vielfältige, oft kumulierte Belastungsfaktoren, wie z.B. die psychische Erkrankung eines Elternteils, können die Ausbildung der Lebens- und Erziehungskompetenzen von Eltern negativ beeinflussen und eine gesunde und gewaltfreie Entwicklung von Kindern gefährden (Holoch et al., 2020; Eickhorst et al., 2016). Vor diesem Hintergrund richten sich Angebote der Frühen Hilfen an belastete Eltern mit kleinen Kindern (pränatal bis drei Jahre), mit den Zielen, die Beziehungs- und Erziehungskompetenz der Eltern zu verbessern sowie eine gute kindliche Entwicklung zu ermöglichen und Kindeswohlgefährdungen vorzubeugen. Die Frühen Hilfen blicken auf eine langjährige Entwicklung zurück und sind bundesweit institutionalisiert. Ausgehend von einem Recht von Kindern auf ein gesundes und gewaltfreies Aufwachsen wird vor allem auf die Bedeutung der ersten Lebensmonate und -jahre auf die weitere Kindesentwicklung verwiesen. Dabei steht die Vulnerabilität und die damit einhergehende Schutzbedürftigkeit von Säuglingen und Kleinkindern im Vordergrund. Die Frühen Hilfen sind in regionalen Netzwerken in nahezu allen Kommunen organisiert (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2014). In den Netzwerken sind Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, der Schwangerschaftsberatung und Frühförderung und des Gesundheitswesens verknüpft. Familienhebammen (FamHeb) sowie Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*innen (FGKiKP) sind ein fester Bestandteil der Frühen Hilfen und werden in nahezu allen kommunalen Netzwerken eingesetzt, wenngleich deren Aufgaben in den Kommunen variieren (Küster et al., 2017). FamHeb und FGKiKP haben eine Zusatzqualifikation absolviert (Renner & Scharmanski, 2016) und sind u.a. in der längerfristig aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien mit Kindern bis drei Jahre tätig, das sich als sekundärpräventives Angebot an eher schwer erreichbare Familien in belastenden Lebenslagen richtet. Sie führen aber auch sog. Willkommensbesuche als primärpräventives Angebot durch (Küster et al., 2017). FamHeb und FGKiKP tragen aus Sicht der besuchten Eltern zu einer verbesserten Versorgung von psychosozial belasteten Familien bei (Scharmanski & Renner, 2018) und die kontinuierliche Weiterentwicklung der Dokumentationsvorlagen sprechen für eine qualitätsgesicherte Entwicklung des Angebots im Sinne eines Qualitätsmanagements (Holoch et al., 2020).

Während die Familiäre Pflege im Kontext der Krankenhausversorgung entstand, ist dieser direkte Bezug der Frühen Hilfen zur Krankenhausversorgung nicht gegeben. Dabei stellt sich die Frage, welche Rolle Krankenhäuser im Kontext der Frühen Hilfen einnehmen? Durch die Kooperation mit Geburtskliniken können Bedarfe und Belastungsfaktoren frühzeitig identifiziert werden und es bietet sich daher an, im Zuge eines einrichtungsbezogenen Entlassungsmanagements in Geburtskliniken die regionalen Netzwerke der Frühen Hilfen zu berücksichtigen und ggfs. im Rahmen dieser Kooperation proaktiv ein Risikoscreening für psychosozial schwierige Lebenslagen in das Entlassungsmanagement einzubetten. Die Pflegenden und Hebammen könnten aufgrund ihrer Funktionen im Entlassungsmanagement und in den Frühen Hilfen aus den Professionen heraus diesen Prozess kooperativ und bedarfsgerecht weiterentwickeln.

Die Angebote der Familialen Pflege und der Frühen Hilfen können die Qualität des Entlassungsmanagements in der pädiatrischen Pflege verbessern, einige Ansatzpunkte wurden in diesem Kapitel aufgezeigt. Schließlich geht es im Entlassungsmanagement darum, die Bedarfe von Kindern und deren pflegenden Familien und weiteren Angehörigen aufzugreifen, um poststationäre Bedarfslagen angemessen zu adressieren, Edukation

frühestmöglich einzuleiten und den Übergang in Hilfesysteme auch außerhalb der gesundheitlichen Versorgung rechtzeitig zu bahnen. Dies ist durchaus anspruchsvoll und bedarf auch einer entsprechenden Kompetenz und Qualifikation.

## **Pflege auf dem Weg: Entlassungsmanagement als Motor der Professionalisierung**

Aufgrund der wachsenden Bedeutung einer kontinuierlichen Versorgung und der damit einhergehenden, in diesem Beitrag auszugsweise geschilderten, Anforderungen an die Gestaltung der Versorgung, wurden in den letzten Jahren etliche sozialrechtliche Regelungsversuche unternommen die Versorgung an den Schnittstellen und beim Übergang in andere Versorgungsbereiche verbindlich zu regeln (Dangel & Korporal, 2019). Die Wirkungen dieser Regelungen hinsichtlich eines Versorgungs- und Entlassungsmanagements blieben allerdings hinter den Erwartungen zurück. Bewegung in das Thema kam aber als im Oktober 2017 die Leistungserbringer und -träger einen im § 39 Abs. 1a SGB V geforderten und somit auch für die Krankenhauspraxis verbindlichen Rahmenvertrag „Entlassmanagement“ abschlossen, der durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G.BA) für die Übergangsversorgung begleitet wird. Der Rahmenvertrag stellt ein „standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit“ sicher (vgl. §3 (1) Rahmenvertrag Entlassmanagement). Ein Multidisziplinäres Entlassungsmanagement setzt allerdings monoprofessionelle Handlungsstandards voraus und die Frage der Zusammenarbeit und der Steuerung der Prozesse muss zwischen den Berufsgruppen verbindlich ausgehandelt werden. Die Berufsgruppe der Pflege weist mit dem Expertenstandard Entlassungsmanagement als einzige Berufsgruppe in diesem Gefüge einen evidenzbasierten und umfassenden Standard auf. Aufgrund dieses Alleinstellungsmerkmals besteht die Chance, Versorgungssteuerung als pflegfachliche Tätigkeit, sowohl qualitativ als auch quantitativ, in der deutschen Versorgungslandschaft weiter zu institutionalisieren und dies professionell und in selbständiger Steuerung zu übernehmen. Dangel und Korporal (2019) zeichnen diesbezüglich nach, dass die Umsetzung des pflegerischen Expertenstandard mit den Anforderungen des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement kompatibel ist. Darüber hinaus stärkt das seit 2020 geltende Pflegeberufegesetz (PflBG) die Bedingungen multidisziplinärer Zusammenarbeit und weist hinsichtlich des Pflegeprozesses auf die selbständigen Tätigkeiten von Pflegefachpersonen (§5 (3) PflBG) hin und formuliert diesbezüglich auch die vorbehaltenen Tätigkeiten (§4 PflBG). Durch diese „Neuregelung des Berufsrechts wird das pflegerische Entlassungsmanagement als selbständige Tätigkeit in zweifacher Weise unterstützt“ (Dangel, 2021).

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement verweist auf die erforderlichen Kompetenzen zur Steuerung und Durchführung des Entlassungsmanagement durch Pflegefachkräfte. Die Entlassungsplanung setzt grundlegende Kompetenzen in der Kommunikation, Kooperation, Edukation, Patientenbeteiligung und der Zusammenarbeit der beteiligten Professionellen voraus (Mabire et al., 2015). Jeder dieser Punkte für sich ist anspruchsvoll und insbesondere die Edukation erfordert umfassende Kompetenzen. Die professionelle Steuerung eines Entlassungs- und Überleitungsprozess bedarf eines problemlösenden Ansatzes, der neben den bereits genannten Kompetenzen auch Wissen hinsichtlich außerklinischer Settings und Kompetenzen der Problemlösung und Prioritätensetzung umfasst (Bermann et al., 2016). Aus diesem Grund werden international versorgungsbezogene Transferprozesse meist von

Pflegenden mit Masterabschluss, also mit erweiterten Kompetenzen und fachlicher Expertise verantwortet.

Der Impuls zur Aushandlung eines multidisziplinären Entlassmanagement, der vom Rahmenvertrag ausgeht, sollte vor dem Hintergrund der erforderlichen Kompetenzen und internationalen Erfahrungen in den deutschen Diskurs des Qualifikation- und Kompetenzmix integriert werden. Die selbständige und steuernde Durchführung eines Entlassungsmanagement im Krankenhaus als pflegfachlich formulierte Tätigkeit erfordert die Qualifikationen und Kompetenzen mit Blick auf die Pflegepraxis und Qualifizierung zukünftig differenzierter zu diskutieren, in den hochschulischen Curricula gezielt zu verankern und in den zunehmend entstehenden organisationsbezogenen Kompetenzmodellen darzustellen. Dies bedarf sicherlich auch eines intensiven intraprofessionellen Aushandlungsprozesses. Sollte sich die Pflege auf diesen Weg einschlagen und trotz intra- und interprofessioneller Hürden das Entlassungsmanagement als pflegfachliche Tätigkeit in einer sich ausdifferenzierenden Pflegepraxis explizit als Vorbehaltstätigkeit einfordern sowie die Notwendigkeit einer erweiterten Kompetenz anerkennen, würde das der Professionalisierung der Pflege einen außerordentlichen Vorschub leisten. Die Weichen dafür sind gestellt, es gilt diesen Weg nun zu bestreiten.

## Fazit

Eine strukturierte und bedarfsorientierte Versorgungssteuerung ist essentiell zur Sicherung einer kontinuierlichen Versorgung von Kindern und zur erforderlichen Unterstützung der Eltern und Familien. Mit dem Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ liegt ein Instrument zur Steuerung und Gestaltung dieser Herausforderungen vor, das den pflegfachbezogenen Beitrag zur Sicherung der Qualität der Krankenhausentlassung und Schnittstellenversorgung aufzeigt. Die erforderlichen Qualifikationen, Kompetenzen und die Autorisierung vorausgesetzt, können Pflegefachpersonen einen wesentlichen Beitrag für eine gelingende Entlassung im multidisziplinären Team leisten und die eigene professionelle Rolle stärken.

## Literatur

- *Bermann, A.; Snyder, S. & Frandsen, G (2016). Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing. Concepts, Process, and Practice. 10. Aufl. New York: Pearson.*
- *Brockmann, K.; Schlack, H. G.; Deneke, C.; & Aksu, F. (2020). Soziale Faktoren und „neue Morbidität“. In G. F. Hoffmann, M. J. Lentze, J. Spranger, F. Zepp & R. Berner (Hrsg.), Pädiatrie (S. 205–217). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer Reference Medizin).*
- *Büscher, A.; & Blumenberg, P. (2018). Nationale Expertenstandards in der Pflege. Standortbestimmung und künftige Herausforderungen. In P. Hensen & M. Stamer (Hrsg.), Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche (S. 93–117). Wiesbaden: Springer VS.*
- *Cramer, H.; & Wingenfeld, K. (2016). Erprobung eines neuen Einschätzungsinstruments für die Pflege kranker Kinder und Jugendlicher. Bielefeld: IPW (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P16 -153). Abgerufen von <https://uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/downloads/ipw-153.pdf> am 07.09.2021.*
- *Dangel, B. (2021). Intention und Relevanz des pflegerischen Entlassungsmanagements (auch) für die pflegerische Versorgung von Kindern. JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, 10(04), 158–163. DOI: 10.1055/a-1519-3434.*

- Dangel, B.; & Korporal, J. (2019). Der Expertenstandard Entlassungsmanagement und sein Beitrag zu einer grundlegenden Sicherung der Versorgungskontinuität. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 73(6), 43–51. DOI: 10.5771/1611-5821-2019-6-43.
- Dangel, B.; Schmithals, J.; & Zengler, D. (2019). Literaturstudie zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019. In *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.), Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung (S. 52–187)*. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2019a). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung*. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2019b). *Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards*. Osnabrück. Abgerufen von <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2019.pdf> am 07.09.2021.
- Eickhorst, A.; Schreier, A.; Brand, C.; Lang, K.; Liel, C.; Renner, I. et al. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt*, 59(10), 1271–1280. DOI: 10.1007/s00103-016-2422-8.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). *Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL), vom 20.09.2005, zuletzt geändert am 01.04.2021*.
- Gröning, K. (2016). Pflege als familiäre Entwicklungsaufgabe. In: K. Gröning, B. Sander & R. von Kamen (Hrsg.), *Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der DRG"*. 1. Aufl. S. 250–260. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Gröning, K.; Sander, B.; & von Kamen, R. (2016). *Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der DRG"*. 1. Aufl. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Gupta, M.; Pursley, D. M.; & Smith, V. C. (2019). Preparing for Discharge from the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*, 143(6), e20182915. DOI: 10.1542/peds.2018-2915.
- Hinner, P.; Reichert, J.; Ifflaender, S.; & Rüdiger, M. (2016). Entlassungsmanagement bei Frühgeborenen. *Neonatalogie Scan*, 05 (02), 119–138. DOI: 10.1055/s-0041-107296.
- Holoch, E.; Elke M.; & Scharmanski, S. (2020). Familien in den Frühen Hilfen bedarfsgerecht begleiten. Die "Dokuvorlage2020" des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) für Gesundheitsfachkräfte. *Kinderkrankenschwester*, 39(7), 195–203.
- Hüning, B.; Reimann, M.; Beerenberg, U.; Stein, A.; Schmidt, A.; & Felderhoff-Müser, U. (2012). Establishment of a Family-centred Care Programme with Follow-up Home Visits: Implications for Clinical Care and Economic Characteristics. *Klinische Pädiatrie*, 224(07), 431–436. DOI: 10.1055/s-0032-1327620.
- Kuntz, B.; Rattay, P.; Poethko-Müller, C.; Thamm, R.; Hölling, H.; & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 19-36. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-076.
- Küster, E.-U.; Pabst, C.; & Sann, A. (2017). Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. *Faktenblatt 7 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.)*. Köln.
- Lebeda, D.; & Carmona-Hernandez, M. (2021). DNQP-Expertenstandard Entlassungsmanagement 2019 mit Blick auf pflegende Angehörige. *JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 10(04), 169–172. DOI: 10.1055/a-1519-4072.
- Mabire, C.; Büla, C.; Morin, D.; & Goulet, C. (2015). Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing*, 36(6), 451–457. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2015.07.002.
- Nassel, D.; Chartrand, C.; Doré-Bergeron, M.-J.; Lefebvre, F.; Ballantyne, M.; Van Overmeire, B.; & Luu, T. M. (2019). Very Preterm Infants with Technological Dependence at Home: Impact on Resource Use and Family. *Neonatology*, 115(4), 363–370. DOI: 10.1159/000496494.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2014). *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014*. Köln.

- Nöst, S. (2021). Konzept und Inhalt des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege. *JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 10(04), 164–168.
- Rattay, P.; Manz, K.; Neuhauser, H. (2016). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Zentrale Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In J. Klauber, C. Günster, B. Gerste, B.-P.; Robra & N. Schmacke (Hrsg.), *Versorgungs-Report 2015/2016. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche* (S. 13–41). Stuttgart: Schattauer.
- Reimann, M.; Hüning, B. (2020). Neonatologie: Entlassung von Anfang an planen. *Heilberufe*, 72(1), 30–31. DOI: 10.1007/s00058-019-0194-x.
- Renner, I.; & Scharmanski, S. (2016). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt*, 59(10), 1323–1331. DOI: 10.1007/s00103-016-2430-8.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (Hrsg.) (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. *Sondergutachten 2012: Deutscher Bundestag. Drucksache 17/10323*.
- Scharmanski, S.; Renner, I. (2018). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Wie nützlich ist die Zusatzqualifikation? Eine quantitative Studie. *Pflege*, 31(5), 267–277. DOI: 10.1024/1012-5302/a000630.
- Schiller, C. (2018). Die Geschichte des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. In K. Gröning, J.-W. Waterböhr und C. Schiller (Hrsg.), *Jahrbuch Familiale Pflege* (S. 55–87). Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Schlack, H. G. (2004). Neue Morbidität im Kindesalter - Aufgaben für die Sozialpädiatrie. *Kinderärztliche Praxis*, 5, 292-298.
- Weiss, M. E.; & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of nursing measurement*, 14(3), 163–180. DOI: 10.1891/jnm-v14i3a002.
- Wirth, S.; & Geraedts, M. (2015). Kinder im Krankenhaus. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel* (267–282). Stuttgart: Schattauer.

# Eine qualitative Studie zur Untersuchung der Eigenschaften für eine Mitgliedschaft im Club 10.000

Flaiz, B., Zoller, E., Hommel, O., Simon, A. und Ebinger M.

## Abstract

**AIM** This study explores, which attributes especially for the nursing profession is needed to join the club 10.000 as well as the *stage of expertise* (Benner, 2000).

**DESIGN** For the first time in nursing research the innovative qualitative adventure research was applied.

**METHOD** Four interview partners were recruited for semi-structured interviews. All four interview partners described different experiences covering more than forty years of working experience.

**RESULT** Based on the content analyses a variety of features and attributes have been identified which seems more than appropriate to join the club 10.000 as well as the *stage of expertise* (Benner, 2000).

**CONCLUSION** This study brings absolute novel findings, first, particular attributes are described in detail for the nursing profession for the first time, secondly the possibilities and limitations of the new qualitative adventure research is described and offers valuable information.

## Hintergrund

Benner hat sich mit ihrer Studie *From Novice to Expert* als eine der Ersten in der Pflegewissenschaft mit dem Wissen und Können von Pflegekräften auseinandergesetzt. Anlass ihrer Studie war dabei ihre Beobachtung:

*„Klinische Kenntnisse [werden] [...] im Verlauf der Zeit angesammelt, wobei die klinisch Tätigen sich ihres Kenntniserwerbs oftmals gar nicht bewußt [sic!] sind. (Benner, 2000, S. 27).*

Benner exploriert in ihrer Studie insbesondere das Know-how von Pflegekräften und überträgt dazu das Modell des Kompetenzerwerbs der Gebrüder Dreyfus auf die Pflege indem sie fünf verschiedene Stufen vom Neuling bis hin zur Expertenstufe beschreibt (Flaiz , 2018). In jüngerer Zeit finden sich in verschiedensten Wissenschaften Hinweise bezüglich des Expertentums in dem auf die sogenannte 10.000 Stunden Regel verwiesen wird:

*The emerging picture from such studies is that ten thousand hours of practices is required to achieve the level of mastery associated with being a world-class expert – in anything. (Levitin in Gladwell, 2008, S. 44)*

Während die 10.000 Stunden Regel bei Expertinnen und Experten insbesondere von den Eigenschaften Beharrlichkeit und Durchhaltevermögen ausgeht, verweist Benner noch stärker auf Fähigkeiten, die meist unbewusst von Expertinnen und Experten angewandt werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Eigenschaften benötigt werden für eine Mitgliedschaft im „Club 10.000“ sowie der „Expert-Stufe“ bei Benner. Dafür wird in methodischer Hinsicht absolutes Neuland beschritten, da erstmalig in der deutschen Pflegewissenschaft die qualitative Abenteuerforschung Anwendung findet, die in der Forschungslinie der Ethnographie einzuordnen ist. Die Ethnographie widmet sich der Untersuchung von „unbekannte[n] ethnische[n] Gruppen, Gemeinschaften oder andere soziale Einheiten und deren Handlungsweisen, Wissensformen und materiale Kulturen“ (Knoblauch, 2014).

## Studiendesign

Ziel dieser explorativen Studie ist es Eigenschaften zu entdecken, die für eine Mitgliedschaft im „Club 10.000“ bzw. der Stufe „Expert“ benötigt werden. Dabei wird die Forschungsfrage:

*Welche Eigenschaften eröffnen eine Mitgliedschaft im „Club 10.000“ bzw. Expert-Stufe?*

mit Methoden der qualitativen Abenteuerforschung beantwortet. Insgesamt ist der Forschungsstrang der Ethnographie untergeordnet und bedient sich einer ethno-humoristischen Perspektive. Aufgrund des innovativen Ansatzes, den die qualitative Abenteuerforschung aufweist, handelt es sich bei der vorliegenden Studie zudem um eine Pilotstudie, in der zunächst anhand eines Falles exemplarisch das enorme Potential aber auch mögliche Grenzen dieses Ansatzes ausgelotet werden.

## Datenerhebung

Die Methoden der qualitativen Abenteuerforschung sind vergleichbar mit anderen qualitativen Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Geeignet sind, aufgrund des Erkenntnisinteresses als Methode der Datenerhebung, Interviews mit halboffenen Fragestellungen, die eine detaillierte Beantwortung ermöglichen, die wiederum eine schmuckolierte<sup>6</sup> Beschreibung eröffnen. Andere Formen der Datenerhebung, insbesondere die Beobachtung, die oftmals für die Datenerhebung in ethnographischen Studien verwendet wird, werden als nicht machbar aufgrund des Interesses an Eigenschaften ausgeschlossen. Ebenfalls ist die Analyse von Textdokumenten auszuschließen, da sie in Hinblick auf Eigenschaften für eine Club-Mitgliedschaft bzw. die „Expert“-Stufe wenig zum Erkenntnisinteresse beitragen. Dabei ist zur besseren Nachvollziehbarkeit nochmals auf die Definition von Eigenschaften zu verweisen:

*„Zu Eigenschaften gehören Charaktere (z. B. Weisheit, Mut, Menschlichkeit, Gerechtigkeit [...]), Temperamente (z.B. Beharrlichkeit, Ausdauer,...), Persönlichkeitseigenschaften (z.B. Gewissenhaftigkeit, Offenheit für*

---

<sup>6</sup> Der Begriff des Schmuckolierens findet sicherstmalig in der Wochenzeitung DIE ZEIT. Demnach handelt es sich hierbei um eine Kombination von Schmücken und Dekorieren. Diese Wörterkombination bereichert das Leben und wird anstelle des in der Forschung geläufigen Begriffs der „dichten“ Beschreibung verwendet. (Begriff Schmuckkolieren, siehe DIE ZEIT vom 22.07.2021 – Wortschatz)

*Erfahrungen,...), Fähigkeiten (Intelligenz, Kreativität, Konzentrationsfähigkeit), Kompetenzen (soziale Kompetenzen, interkulturelle Kompetenz,...), Bedürfnisse (Bedürfnis nach Anerkennung,...), Motive (Motiv; Leistungsmotiv,...), Interessen (Interesse; praktische, wiss., künstlerische,...), Einstellung (gegenüber Gruppen, Institutionen, Konventionen), Werthaltungen (Wert; Selbstbestimmung, Wohlwollen,...), Überzeugungen (Überzeugungssystem; Optimismus,...) [...] Eigenschaften können nicht direkt beobachtet werden. [...] Eigenschaften werden [...] aus Korrelationen von Indikatoren (Anzeichen einer Eigenschaft) gewonnen. Dazu gehören beobachtete Verhaltensweisen, Leistungen, [...] Fremdbeschreibungen.“ (Schmitt, 2021)*

Folglich wird ein leitfadengestütztes Interview verwendet. Dadurch können theoretische Überlegungen integriert werden und zugleich wird das Prinzip Offenheit gewährleistet indem Fragen so formuliert sind, dass Erlebnisse, Erfahrungen und Situationsbeschreibungen berichtet werden, die wiederum eine anschließende Identifikation von Eigenschaften eröffnen (Flick, 2009).

Mit dem leitfadengestützten Interview sind dem Verständnis der qualitativen Abenteuerforschung und speziell in Hinblick auf die Forschungsfrage solche Fragestellungen einzusetzen, die geeignet sind Eigenschaften herauszuarbeiten, die sich als relevant für eine Mitgliedschaft erweisen und für die „Expert-Stufe“ stehen.

Darüber hinaus gilt eine besondere Aufmerksamkeit bei der Auswahl eines exemplarischen Falls. Dieser muss ausreichend Potential aufweisen, damit Eigenschaften exploriert werden können, die mit hoher Wahrscheinlichkeit relevant sind für eine Mitgliedschaft im „Club 10.000“ und der „Expert-Stufe“. Bekannt ist, dass die Beatles zu den Club-Mitgliedern gehörten (Gladwell, 2008). Allerdings ist der Zugang zu den Beatles aufgrund des Mangels an Kontakten oder Bekanntheit eines Gatekeepers erschwert, nahezu unmöglich. Folglich wird auch vor dem Hintergrund einer mehr als vierzigjährigen beruflichen Tätigkeit in verschiedenen klinischen Bereichen, insbesondere im Bereich der Kinderkrankenpflege, Pflegeausbildung und Personalentwicklung sowie der Professur für Pflege, insbesondere Pflegewissenschaft und Familiengesundheit Prof.in Dr. Elisabeth Holoch als mehr als geeignet für die Bestimmung des „Falls“ ausgewählt. Es ist allein aufgrund der beruflichen Tätigkeit von mehr als vierzig Jahren von diversen Erfahrungen auszugehen. Zudem ist (bislang) keine Mitgliedschaft im Club 10.000 von einer Angehörigen der Profession Pflege bekannt.

Für die Exploration des Falls werden folglich Interviewpartnerinnen und Interviewpartner eingeschlossen, die die folgenden drei Einschlusskriterien erfüllen: (1) Humor haben, (2) mit Prof.in Dr. Elisabeth Holoch zusammengearbeitet und (3) mit ihr viel gelacht haben. Insofern handelt es sich um eine gezielte Auswahl, ebenfalls bezeichnet als *purposive sampling* (z. B. Flick, 2009).

## **Datenauswertung**

Insgesamt vier Interviews bilden die Grundlage für die Datenauswertung. Das Sampling besteht aus einem Mann und drei Frauen. Es wird mittels der Interviews eine Zeitspanne von mehr als vierzig Jahren beruflicher Tätigkeit des Falls abgedeckt, wobei die Interviewteilnehmenden in unterschiedlichen Konstellationen und Funktionen mit Prof. in Dr. Elisabeth Holoch zusammengearbeitet haben und somit über Erlebnisse und Situationen berichten können, die eine Exploration von Eigenschaften eröffnen.

Für die Datenauswertung wird aufgrund des explorativen Abenteueransatzes ein induktives Vorgehen verfolgt, somit Eigenschaften aus dem Material heraus identifiziert. Konkret handelt es sich dabei um einen inhaltsanalytischen Kodierprozess. Dafür werden entlang des Materials Kategorien identifiziert und nebst Beschreibungen der einzelnen Kategorien, diese ebenso mit Ankerbeispielen versehen. Zur Sicherstellung der Qualität der Auswertung werden insbesondere die Gütekriterien nach Mayring beachtet und hierbei speziell die kommunikative Validierung (Mayring, 2002).

Zur Verdeutlichung des Vorgehens wird beispielhaft der Kodierprozess aufgezeigt:

Kategorie: Temperament

Beschreibungen: Beschreibungen von Beharrlichkeit und Ausdauer.

Ankerbeispiel: „Manche Dinge gehen „Schritt für Schritt“, wie die Schildkröten bei Michael Ende. Das hohe Alter der Schildkröte kann dabei großes Wissen, Vorsicht und Besonnenheit symbolisieren, aber auch Klugheit, Ausdauer und Beharrlichkeit.“

## Ergebnisdarstellung

In Hinblick auf die Ergebnisdarstellung wird insbesondere anhand von Interviewaussagen die erwähnte schmuckkodierte Beschreibung<sup>7</sup> vollzogen, die besonders geeignet ist die identifizierten Eigenschaften für eine Club-Mitgliedschaft sowie die „Expert-Stufe“ darzustellen. Durchgängig wird auf Basis aller Interviews deutlich, dass sich im vorliegenden Fall eine Kombination aus Temperament in Form von Beharrlichkeit und Ausdauer, Persönlichkeit und hierbei insbesondere die Offenheit für Erfahrungen, ihre Fähigkeiten - zu nennen sind beispielsweise Kreativität, Ideenreichtum und Intelligenz - sowie Motivation, die sich ebenso in ihrer bewundernswerten Zielstrebigkeit, vorfinden. In Hinblick auf eine Mitgliedschaft im Club 10.000 sowie der „Expert-Stufe“ erscheint diese Kombination Aussicht auf Erfolg zu haben. In allen Interviews kristallisieren sich die eben genannten und weiteren Eigenschaften deutlich heraus. So berichtet eine Interviewpartnerin davon, wie am Rande eines Seminars, das im Rahmen des Modelstudiums in Osnabrück angeboten wurde, konkret beim abendlichen Kneipenbesuch eine Diskussion entstand bei der auch Prof.in Dr. Elisabeth Holoch, damals noch am Klinikum Stuttgart tätig, sich rege beteiligt. Die Interviewpartnerin berichtet:

*„Da war ein Student, der kam aus Berlin und der provozierte immer gerne. Der sagte, dass Pflege sich immer für alles begeistert und dann schnell in etwas hineinspringt. Egal ob das jetzt der Pflegeprozess ist oder sonst was.“ (EZ)*

Diese These wurde mit Begeisterung von den Kommiliton\*innen diskutiert. Womit die These der schnellen Begeisterung der Profession Pflege eigentlich schon verifiziert war. Im weiteren

---

<sup>7</sup> Bei der Datenauswertung könnte der Eindruck entstehen, dass hierbei die Mentalität des (falsch verstandenen) *anythinggoes* (Paul Feyerabend) realisiert wird, folglich wildes herum interpretieren zu betreiben ohne jeglichen Kontrollmechanismus. Dies ist jedoch nicht der Fall, da ein stringentes und transparentes Vorgehen bei der Datenauswertung verfolgt wird. Zudem wird mittels der argumentativen Interpretationsabsicherung und kommunikativen Validierung die Qualität der Datenauswertung untermauert (z.B. Mayring, 2002).

Verlauf des Abends wurde die These bis zur Idee des *Ikebana*<sup>8</sup> für Pflegekräfte ausgebaut. Dafür wurde von einem Seminarangebot über eine Fortbildungsreihe bis hin zur Antragstellung einer Forschungsförderung beim Bundesministerium für Gesundheit alles bedacht. Die Redewendung *Ikebana für Pflegekräfte* steht bis heute in einen ausgewählten Personenkreis synonym für die enorme Begeisterungsfähigkeit von Pflegekräften, die manchmal allerdings auch zu vorschnellem Aktionismus führt. Das Erlebnis der Interviewpartnerin reflektiert darüber hinaus die enorme Kreativität über die Prof.in Dr. Elisabeth Holoch, verfügt.

Des Weiteren machen alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner deutlich, dass sie über viele Jahre hinweg bei Prof.in Dr. Elisabeth Holoch eine große und anhaltende Leidenschaft für die Pflege, insbesondere die Kinderkrankenpflege und damit einhergehend ein beharrlicher Einsatz für die Pflege miterleben durften. Eine Interviewpartnerin verweist darauf:

*„Ihr Herz schlägt für die Kinderkrankenpflege, das hat man immer wieder gemerkt, wenn es um die Generalistik nach der neuen Pflegeausbildung ging, ebenso liegen ihr das Wohlergehen und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen am Herzen, aber auch von Familien, sie hat ein Lehrbuch herausgegeben zu Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ (ME)*

Insbesondere die Kombination aus Leidenschaft, Beharrlichkeit, Ausdauer und Kreativität beschreiben Interviewpartner\*innen in der Zusammenarbeit mit Prof.in Dr. Elisabeth Holoch. Beispielsweise hatte im Rahmen des Projekt IPA Prof.in Dr. Elisabeth Holoch, damals noch am Klinikum Stuttgart tätig, Rahmenlehrpläne und Kompetenzprofile entwickelt. Dazu gehörte ebenfalls die Lehrplankommissionen in denen insbesondere an Wochenenden exemplarisches Lernen und Fälle konstruiert wurden. Hierbei erforderte es vor allem am späten Samstagabend enorme Leidenschaft sowie Disziplin und Beharrlichkeit damit die entwickelten Fälle stimmig waren. Insider bezeichnen seither Plausibilitätsprüfungen dieser Art übrigens mit der Begrifflichkeit *orthopädischer Schuh* (EZ).

Die Genauigkeit und bewundernswerte Zielstrebigkeit, die ebenfalls von weiteren Interviewpartner\*innen in mehrfacher Hinsicht beschrieben wird, bestätigt sich ebenso für den Büroalltag. Eine Interviewpartnerin, die über mehrere Jahre hinweg ein gemeinsames Büro mit Prof.in Dr. Elisabeth Holoch teilt, berichtet im Interview darüber, dass Prof.in Dr. Holoch stets gewissenhaft die Bürotür abgeschlossen hat. Dabei kam es öfters vor, dass die Interviewpartnerin im Büro durch Prof.in Dr. Elisabeth Holoch eingeschlossen wurde. Dies wird von der Interviewpartnerin allerdings als äußerst sympathischen „Wink mit dem Zaunpfahl“ interpretiert, um diese exklusive Zeit möglicherweise für Aufräumarbeiten oder Blumenpflege zu nutzen. Die Interviewpartnerin berichtet dazu:

*„Bei uns beiden ist aufgrund einer hohen Dichte an papierbasierten Unterlagen, Manuskripten und Büchern, eine gewisse professorale Unordnung im Büro spürbar. Den mangelnden grünen Daumen haben wir durch Unmengen an Wasser*

---

<sup>8</sup> Ikebana, auch bekannt unter der Bezeichnung Kadō, ist sinngemäß übersetzt die Kunst des Blumenarrangements. Der Gebrauch des Ikebana entwickelte sich aus den buddhistischen Blumenopferitualen in den chinesischen Tempelanlagen, die teilweise aus dem 6. Jahrhundert stammen. Doch waren es die Japaner, die die Kunst des Blumenarrangierens verfeinert und weiterentwickelt haben. Ikebana gehörte damals neben der Teezeremonie, der Kalligraphie, der Dichtkunst und der Musik zur Ausbildung jedes männlichen Adligen. Ab dem 19. Jahrhundert erhielten auch die Frauen des Adels Zugang zu einer Ikebana-Ausbildung. Heutzutage darf jede\*r Interessierte die Kunst des Blumenarrangierens lernen. (Menghan, 2020).

*für unsere Pflanzen wettgemacht, leider haben es nicht alle Pflanzen überlebt“  
(ME).*

Weitere Interviewpartnerinnen heben ihre ruhige Art hervor und beschreiben mehrfach Situationen, mit denen sie darlegen, dass Prof.in Dr. Elisabeth Holoch keine sachliche Diskussion scheut und darüber hinaus äußerst respektvoll im Umgang mit anderen ist, hinzu kommt eine unerschöpfliche Portion Humor. Insbesondere diese Kombination an Eigenschaften werden ebenso während des Arbeitsalltags in der Corona-Pandemie von Prof.in Dr. Elisabeth Holoch vorgelebt. Gleich zwei Interviewpartnerin erinnern sich an eines der ersten online Meetings zu Beginn der Corona-Pandemie:

*„Wir hatten unseren ersten SGL-Jourfix online in MStears. Obwohl wir home-office ja schon kannten, waren die Meetings am Anfang der Pandemie doch auch für uns etwas Neues. Unser Kollege ist damals gerade umgezogen und saß während des Meetings auf einer Bockleiter. Wir Kolleginnen hatten in Hinblick auf die Sturzprophylaxe etwas Sorge, ob er von der Leiter herunterfallen könnte.“ (ME)*

*[...] irgendwann ging bei meiner lieben Kollegin während des Meetings das Licht aus und als es wieder an war hatte urplötzlich die Frontkamera zur Rearkamera gewechselt und die Wäschekörbe im Hintergrund wurden sichtbar. Weiter ging es mit gegenseitigen Zurufen „Mach dein Mikro an“. Elisabeth hat diesen ersten online SGL-Jourfixe später als wunderbaren Slapstick bezeichnet, bei dem doch viel besprochen wurde.“ (BF)*

Darüber hinaus fällt durch die Beschreibungen der Interviewpartner\*innen auf, dass selbst Kleinigkeiten im Arbeitsalltag mit einer Kombination aus Analyse gepaart mit Ideenreichtum und der Fähigkeit zum lösungsorientierten Arbeiten angegangen werden. Dazu erzählt eine Interviewpartnerin:

*Elisabeth hatte neulich eine E-Mail an uns geschickt, mit dem Betreff: „Trffn Donnerstag“, auch die Mail hat sich seltsam gelesen, voller Fehler, total untypisch für Elisabeth. Kurze Zeit später kamen die Mails wieder fehlerfrei. [...] Sie hatte sich entschlossen die Tastatur zu wechseln, da die Taste mit dem Vokal „E“ nicht mehr funktionierte und „E“ aus ihrer Sicht doch ein relativ wichtiger Vokal ist (und übrigens kein Konsonant). (BF)*

Insgesamt lassen sich auf Basis der Interviews die Eigenschaften, die mehrfach verwendet wurden, verdichten und in visueller Form verdeutlichen (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1: Ergebnispräsentation

## Diskussion & Limitation

Mit der Diskussion werden insbesondere zwei Aspekte dieser Studie aufgegriffen. Zum einen sind die Ergebnisse im Lichte der Wissenschaft zu diskutieren, zum anderen wird die erstmalige Verwendung der qualitativen Abenteuerforschung in Hinblick auf ihre Chancen und Grenzen reflektiert.

Die wissenschaftlichen Aussagen rund um eine Mitgliedschaft im Club 10.000 sind dabei eindeutig. Indem stark verkürzt festzustellen ist, dass ohne die Erreichung des Grenzwerts von 10.000 Stunden keine Expertise zu erreichen ist (Gladwell, 2008). Insofern erklärt sich die Mitgliedschaft der Beatles – ohne deren Genialität zu schmälern – eben auch durch ihre vielen und stundenlangen Auftritte in Hamburg zu Beginn ihrer Karriere (Gladwell, 2008). Dennoch erscheint die simple, wenngleich durchaus enorme Stundenzahl, nicht ausreichend als Erklärung, Darauf verweist ebenfalls Levitin:

*„Of course, this [Anmerkung: 10.000 hours] doesn't address why some people get more out of their practice sessions than others do. But no one has yet found a case in which true world class expertise was accomplished in less time.“ (Levitin in Gladwell, 2008, S. 44)*

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden daher keine Zeiterfassungsformulare ausgewertet, sondern mittels Interviews wichtige Eigenschaften exploriert und erstmalig eigens für die Pflege beschrieben. Folglich ist eine Mitgliedschaft im Club 10.000 sowie der “Expert-Stufe” mehr als gerechtfertigt. Es wird daher empfohlen dem hier verwendeten Fall, namentlich Prof.in Dr. Elisabeth Holoch, zeitnah einen Mitgliedsantrag zukommen zu lassen. Darüber hinaus konnten neben der schmuckolierten Beschreibung von Eigenschaften wichtige

Erkenntnisse gewonnen werden, die als wichtige Handlungsempfehlungen für Theorie und Praxis gleichermaßen Gültigkeit besitzen:

- 1.) Höchste Aufmerksamkeit gilt bei der Auswahl von Seminaren oder Fortbildungen, die im Titel den Begriff *Ikebana* enthalten. Hierbei wären mögliche Alternativen dringend zu erwägen.
- 2.) Eine Überprüfung der Arbeit sollte immer erfolgen, wenn ihr Gegenüber als Kommentar die Redewendung „orthopädischer Schuh“ verwendet.
- 3.) Kakteen gelten als pflegeleichte Lieblinge für Menschen ohne grüne Daumen. Sie tragen zudem zur Einsparung von Wasser im Gegensatz zu vielen anderen Blumen bei und führen auch bei Menschen ohne grüne Daumen zu Erfolgserlebnissen.

In Hinblick auf den erstmaligen Einsatz der qualitativen Abenteuerforschung ist deren exploratives Potential hervorzuheben. Zudem gibt es bis dato kaum eine andere bekannte Erhebungsform, die mit so viel Freude einhergeht. Zu erwähnen ist jedoch ebenso die Grenze der qualitativen Abenteuerforschung, da dieses innovative Forschungsformat einen hohen Anspruch an die Interpretation der Ergebnisse setzt, die ausschließlich mittels einer humoristischen Perspektive richtig zu erfassen sind. Darüber hinaus wird die qualitative Abenteuerforschung trotz ihres erfolgreichen Auftakts nicht weitergeführt, da die Pilotstudie einmalig und ausschließlich zur Würdigung der Emeritierung von Prof.in Dr. Elisabeth Holoch durchgeführt wurde.

## Literatur

- Benner, P. (2000). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle: Hans Huber.
- Flaiz, B. (2018). *Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Flick, U. (2009). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung (2. Auflage)*. Reinbek: Rowohlt.
- Gladwell, M. (2008). *Outliers: the story of success*. London: Penguin Books.
- Knoblauch, H. (2014). *Ethnographie*. In Baur, N.; & Blasius, J. (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*(S. 521-528). Wiesbaden: Springer VS.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken (5. Auflage)*. Weinheim: Beltz.
- Menghan, S. (2020). *Ikebana – Japanische Blumensteckkunst und ihre Geschichte*. Abgerufen von <https://wanamour.de/blog/design/ikebana> am 10.08.2021.
- Schmitt, M. (2021). *Eigenschaften*. Dorsch, *Lexikon der Psychologie*. Abgerufen von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/eigenschaften#search=1d5dbef8f45a2eeb2d185cddbc2bfdc3&offset=2> am 10.08.2021.