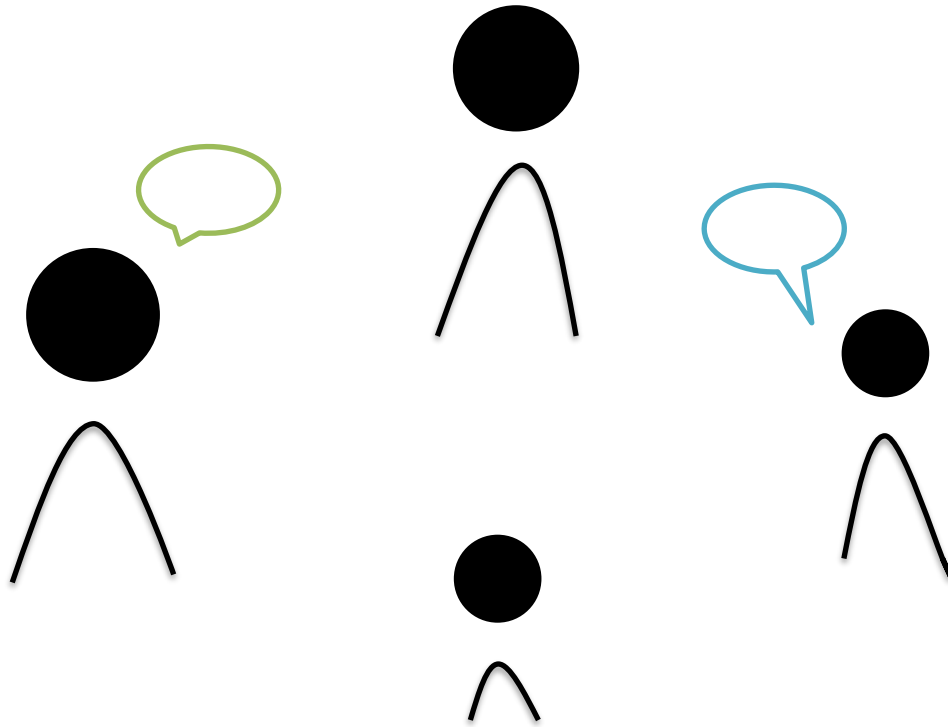


# Multiplikator:innen- Schulung



**Multiplikator:innen-Schulung in einem Forschungsprojekt zum  
Notfall- und Verfügungsmanagement in der stationären  
Langzeitpflege**

**Schulungskonzeption, Feedback der Teilnehmer:innen und  
Selbstreflexion der Referent:innen**

Stand: November 2023

**Autorin:**

Stephanie Krebs M.Sc

**Kontakt**

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel

Fakultät Gesundheitswesen

Stephanie Krebs M.Sc.

Robert-Koch-Platz 8a, 38440 Wolfsburg

Tel: 05361 8922 23580

E-Mail: [st.krebs@ostfalia.de](mailto:st.krebs@ostfalia.de)

Die Beschreibung der Multiplikator:innen-Schulung basiert auf einem Forschungsprojekt zum Notfall- und Verfügungsmanagement in der stationären Langzeitpflege. Es wurde durch eingeworbene Drittmittel gefördert. Die folgenden Beschreibungen stellen die Methodik und Durchführung der Schulung in den Mittelpunkt. Die Schulungsinhalte basieren auf Handlungsempfehlungen, die ebenfalls in dem Forschungsprojekt entwickelt wurden. Die Inhalte der Handlungsempfehlungen werden hier allerdings nicht dargestellt.

DOI: <https://10.26271/opus-1720>

# Inhalt

|  |    |
|--|----|
| Steckbrief zur Schulungskonzeption .....                               | 1  |
| 1 Einleitung.....  | 1  |
| 2 Schulungskonzeption zur Multiplikator:innen-Schulung.....            | 2  |
| 2.1 Zielgruppe(n) .....  | 3  |
| 2.2 Teilnehmer:innenanzahl .....                                       | 4  |
| 2.3 Zeitbedarf .....   | 4  |
| 2.4 Referent:innen-Team.....   | 5  |
| 2.5 Schulungsformat.....   | 5  |
| 2.5.1 Schulungsformat in Präsenz .....                                 | 5  |
| 2.5.2 Mögliche Abweichungen im Schulungsformat.....                    | 6  |
| 2.5.3 Durchführung der Schulungen .....                                | 7  |
| 2.6 Begleitmaterialien zur Schulung.....                               | 7  |
| 3 Feedback der Teilnehmer:innen .....                                  | 9  |
| 3.1 Feedback der Teilnehmer:innen an Schulungstag 1.....               | 9  |
| 3.2 Feedback der Teilnehmer:innen an Schulungstag 2.....               | 10 |
| 4 Selbstreflexion und Notizen des Referent:innen-Teams .....           | 11 |
| 4.1.1 Organisatorisch .....  | 11 |
| 4.1.2 Inhaltlich.....  | 12 |
| 4.1.3 Reflektierte Limitationen der Multiplikator:innen-Schulung ..... | 16 |
| 5 Auswertung der Arbeiten am Flip Chart.....                           | 16 |
| 6 Zielerreichung der Schulungskonzeption.....                          | 18 |
| 7 Fazit .....  | 22 |
| 8 Ausblick.....  | 23 |
| 9 Literatur .....  | 25 |

# Abbildungsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| <b>Abbildung 1:</b> Beispielhafte Darstellung eines Anwendungsbeispiels aus dem Schulungsbegleitmaterial.....   | 8  |
| <b>Abbildung 2:</b> Eigene Darstellung, Feedbackhimmel zur Multiplikator:innen-Schulung im Forschungsprojekt zum Notfall- und Verfügungsmanagement in der stationären Langzeitpflege..... | 10 |
| <b>Abbildung 3:</b> Eigene Darstellung, Bearbeitete Flip Charts zu organisationsbezogene Rahmenbedingungen und berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit. ....                           | 17 |
| <b>Abbildung 4:</b> Eigene Darstellung, Bearbeitete Flip Charts zu Angehörigen und gesetzliche Betreuung sowie Patientenwille und individuelle Rahmenbedingungen. ....                    | 17 |
| <b>Abbildung 5:</b> Eigene Darstellung, Bearbeitete Flip Charts zu rechtlichen Rahmenbedingungen. ....  | 18 |

## Steckbrief zur Schulungskonzeption

| Schulungskonzept zur Multiplikator: innen –Schulung in einem Forschungsprojekt zum Notfall- und Verfügungsmanagement in der stationären Langzeitpflege |   |
|--|---|
| <b>Gesamtziel</b>  | <b>Informationsvermittlung und Wissensaufbau</b> über entwickelte Handlungsempfehlungen zum Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in der stationären Langzeitpflege sowie Motivationsaufbau, die Handlungsempfehlungen auszuprobieren.   |
| <b>Teilziel 1</b>  | <b>Sensibilisierung für Dringlichkeit und Nutzen von Handlungsempfehlungen in Notfallsituationen</b><br>Notfallsituationen in Pflegeeinrichtungen werden derzeit einrichtungsspezifisch strukturiert. Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst, verschiedenen Hausärzt:innen und dem ärztlichen Bereitschaftsdienst verläuft daher vielfältig. Das Ziel der Handlungsempfehlung war es, Notfallsituationen aus pflegfachlicher Sicht einheitlich zu strukturieren. Auf dieser Basis sollte die Notwendigkeit abgeschätzt werden, den Rettungsdienst, den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder den/die zuständige Hausärzt:in unter Berücksichtigung des Willens der Bewohner:innen zu kontaktieren. Somit sollten vermeidbare Krankenhauszuweisungen, die zum Beispiel auch als Stresssituation von dem/der Bewohner:in empfunden werden, innerhalb der Versorgung in Pflegeeinrichtungen reduziert werden. |
| <b>Teilziel 2</b>  | <b>Sicheres Verständnis und Umgang mit den Handlungsempfehlungen in Notfallsituationen</b><br>Da die (rechtlichen) Rahmenbedingungen in Notfallsituationen oft unterschiedlich ausgelegt werden können, sollte den Pflegefachpersonen eine Orientierungshilfe gegeben werden, um entsprechend der bestehenden gesetzlichen Regelungen handeln zu können.  |
| <b>Teilziel 3</b>  | <b>Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit</b><br>Notfallsituationen werden von verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich eingeschätzt. Durch den Aufbau eines Verständnisses und der Akzeptanz von gegenseitigen fachlichen Notwendigkeiten sollte die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden.  |
| <b>Teilziel 4</b>  | <b>Praktische Erprobung der Handlungsempfehlungen in Notfallsituationen</b><br>Dem Projektteam war bewusst, dass wissenschaftlich hergeleitete Handlungsempfehlungen und theoretische Wissensvermittlung nur einen Teilerfolg im Lernprozess der Teilnehmer:innen ausmachen. Die praktische Erprobung durch gemeinsames praktisches Anwenden und Ausprobieren im Schulungsszenario wurde daher als eigenständiges Teilziel definiert.   |
| <b>Teilziel 5</b>  | <b>Transfersicherung und Rollenverständnis der fortgebildeten Multiplikator:innen</b><br>Die ausgewählten Multiplikator:innen wurden einrichtungsspezifisch von den Einrichtungsleitungen oder Pflegedienstleitungen der jeweiligen Einrichtung ausgewählt. Es wurde angestrebt, dass diese das Wissen aus der Schulung an  |

|   |  |
|---|--|
|   | Kolleg:innen weitergaben. Es wurde davon ausgegangen, dass dies ein neues Aufgabenfeld für die Multiplikator:innen darstellte. Die ausgebildeten Multiplikator:innen sollten daher auf mögliche Szenarien hinsichtlich der Wissensverbreitung vorbereitet werden.  |
| <b>Zielgruppe</b>                                 | <b>Pflegefachpersonen der jeweiligen Pflegeeinrichtungen</b><br>Primär: Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen und Praxisanleiter:innen der Pflegeeinrichtung, ggf. zusätzliche Pflegefachpersonen aus dem Nachtdienst.  |
| <b>Einladung</b>                                  | Mit den Einrichtungsleitungen wurde abgestimmt, eine gemeinsame Einladung seitens des Projektteams und der jeweiligen Einrichtungsleitung bzw. Pflegedienstleitung an die Mitarbeiter:innen der kooperierenden Pflegeeinrichtungen zu erstellen und über verschiedene, einrichtungsspezifische Kanäle zuzustellen.   |
| <b>Teilnehmer:innenanzahl</b>                     | ca. 10 Personen (in Abhängigkeit der Einrichtungsgröße und der Motivation und des Freiwilligkeitsprinzips)   |
| <b>Zeitbedarf</b>                                 | Es wurden zwei Ganztagesveranstaltungstage (ca. 6-7 h inkl. Pausen) im wöchentlichen Abstand anvisiert. In der Zwischenzeit war ein interner Austausch zwischen den Teilnehmer:innen und deren Kolleg:innen in den Pflegeeinrichtungen gewollt, um offene Fragen, die in dieser Zeit entstehen, zu notieren sowie zum Folgetermin mitzubringen. Zusätzlich fand ein ca. 2,5-stündiger Implementierungstag statt.                         |
| <b>Referent:innen-Team</b>                        | Interdisziplinär mit Vertreter:innen aus Betriebswirtschaftslehre, Human Resource/Personalentwicklung, Sozialwissenschaft, Pflegewissenschaft, (Notfall-)Medizin und Rettungsdienst  |
| <b>Schulungsformat</b>                            | Interaktiver Methodenmix, bestehend aus Inputsessions, Fragen- und Diskussionsrunden, Kurzvideos, praktischen Übungseinheiten und systemischen Trainingseinheiten.   |
| <b>Raumgestaltung</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexible Tische und Stühle bzw. nur wenige Tische zur Ablage/kurze Gruppenarbeit</li> <li>- Stühle nach Möglichkeit im Halbkreis (Anzahl der Teilnehmer:innen und vortragende Personen)</li> <li>- Beamer (Möglichkeit den Raum flexibel abzudunkeln) und Musikboxen</li> <li>- Flip-Chart + Halterung</li> <li>- Pinnwände + Pins</li> <li>- Moderationskoffer</li> </ul>                      |
| <b>Begleitmaterialien</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulungsfoliensatz</li> <li>- Schulungsagenda</li> <li>- Schulungsbegleitmaterial mit Anwendungsbeispielen und Platz für Notizen, etc.</li> <li>- Vorbereitete Flip-Charts</li> </ul>  |
| <b>Materialien/ Einbezug der Teilnehmer:innen</b> | Alle Teilnehmer:innen fanden zu Beginn der Schulung zwei laminierte Karten auf ihrem Sitzplatz vor. Auf einer Karte war ein Fragezeichen (?) und auf der anderen Karte ein Ausrufezeichen (!) dargestellt. Diese Karten konnten während der Schulung hochgehalten werden oder auch vor den/die Teilnehmer:in auf den Boden gelegt werden, wenn der/die Teilnehmer:in etwas fragen bzw. sagen und aus ihren Erfahrungen berichten wollte. |
| <b>Ansprache I</b>                                | Zu Beginn der Schulung wurde den Teilnehmer:innen freigestellt, sich untereinander zu duzen oder zu siezen. Es wurden  |

|                              |   |
|------------------------------|---|
|                              | Namensschilder ausgeteilt, die jede/r Teilnehmer:in individuell beschriften konnte.   |
| <b>Ansprache II</b>          | Im Projekt wurde festgelegt, in allen Arbeitspaketen der gendergerechten Schreibweise zu folgen. Es wurde sich auf die folgende Schreibweise geeinigt: z. B. Bewohner:in. Dieser Schreibweise wurde nach Möglichkeit sowohl innerhalb des Schulungsfoliensatzes als auch im Schulungsbegleitmaterial gefolgt.         |
| <b>Versorgung</b>            | Kaffeebar mit Snacks, Mittagessen nach individuellem Bedarf der Teilnehmer:innen  |
| <b>Schulungsalternativen</b> | Die Durchführung der Schulung wurde in Präsenz anvisiert. Dabei wurden die Entwicklungen der COVID-19-Pandemie engmaschig beobachtet. Das Schulungskonzept war jedoch dahingehend konzipiert, dass bei Bedarf Teile des Schulungskonzeptes auch im Blended Learning oder im Onlineformat durchgeführt werden konnten. |

# 1 Einleitung

In dem über Drittmittel geförderten Forschungsprojekt zum Notfall- und Verfügungsmanagement in der stationären Langzeitpflege sind Handlungsempfehlungen für ausgewählte Notfallsituationen stationärer Pflegeeinrichtungen entwickelt worden. Die Handlungsempfehlungen zielen darauf ab, Notfallsituationen pflegfachlich zu strukturieren und Entscheidungen bezüglich der weiteren Versorgung zu unterstützen. In diesem Zusammenhang wird ein Pflegenotfallassessment beschrieben. Ebenso wird der Wille von Bewohner:innen bezüglich ihrer Versorgung bei Notfällen hervorgehoben. Die Handlungsempfehlungen basieren auf pflegewissenschaftlicher, ethischer, rechtlicher und medizinischer Grundlage. Die Entwicklung erfolgte sowohl auf Basis von Literaturrecherchen als auch auf Erkenntnissen aus Workshops, Fokusgruppengesprächen und Interviews, die mit Vertreter:innen aus der beruflichen Praxis durchgeführt wurden. Es wurde eine ausführliche Langfassung der Handlungsempfehlungen als auch fünf zusammenfassende Kurzfassungen entwickelt.

Im Projektteam bestand das Bewusstsein, dass die entwickelten Handlungsempfehlungen auf Veränderungen in den gewohnten Handlungsabläufen von Pflegefachpersonen hinwirken. Handlungsempfehlungen als auch die Expertenstandards in der Pflege [1] zielen darauf ab, das Handeln in der Pflegepraxis zu verändern, indem es an die Empfehlung bzw. den formulierten Standard angepasst werden soll. Bei der Implementierung von Expertenstandards nach § 113 a SGB XI wird bereits die Unterstützung durch das Management der jeweiligen Einrichtung sowie die damit einhergehende Herstellung und Förderung von Akzeptanz für eine Veränderung der bestehenden Praxis im deutschen Gesundheitswesen beschrieben [2]. Ebenfalls wird aufgezeigt, dass die Praxistauglichkeit der entwickelten Instrumente nicht allein entscheidend dafür ist, ob sie tatsächlich angewendet werden. Auch das jeweilige Pflegeverständnis sowie Haltung, Teamstrukturen, strukturelle Rahmenbedingungen und Kompetenzen der Pflegenden sind entscheidend [3]. In der Literatur ist beschrieben, dass bspw. gesteigerte qualitative Anforderungen von Pflegefachpersonen Kompetenzen erfordern, die erst erworben werden müssen [4] oder sich wieder neu bewusst gemacht werden müssen. Ebenfalls wurde berücksichtigt, dass sich besonders die Emotion *Angst* oft in abwehrendem Verhalten widerspiegelt, sowohl in Form von Gegenargumentation, Vorwürfen und Streit als auch passiv, wie z. B. durch Ausweichen und Abwesenheit [5].

Auf Grundlage vorheriger Forschungsprojekte, z. B. [6] als auch persönlicher Erfahrungen aus der Pflegepraxis bestand innerhalb des Forscherteams die Einsicht, dass die wissenschaftlich aufbereitete Langfassung der Handlungsempfehlungen, die 84 Druckseiten umfasste, von den Pflegefachpersonen in den Einrichtungen kaum vollständig gelesen werde. Die Zeitressourcen und die nötige Konzentration sind nur schwierig in den Pflegealltag zu integrieren. Es wurde die Entscheidung getroffen, die Implementierung der Handlungsempfehlungen seitens des wissenschaftlichen Teams zu begleiten. Dabei wurde die Annahme vertreten, dass Motivation, Verständnis und Akzeptanz sowohl bei der Leitungs- als auch der Handlungsebene für die Handlungsempfehlungen in den Pflegeeinrichtungen aufzubauen sei.

Des Weiteren wurden unterstützendes Wissen und methodisches Vorgehen recherchiert. Dabei musste ein Trade-Off zwischen dem Anspruch gefunden werden, dass eine Erprobung des aktuellen Entwicklungsstadiums der Handlungsempfehlungen erfolgen sollte und den Pflegeeinrichtungen ebenfalls die Möglichkeit gegeben werden sollte, weiteren Input zur Optimierung der Handlungsempfehlungen äußern zu können. In der Schulungskonzeption wurde daher bewusst kein Top-Down-Ansatz zu Grunde gelegt, sondern angestrebt, Multiplikator:innen aus der Leitungs- und Handlungsebene für die entwickelten Handlungsempfehlungen zu interessieren und diese zu motivieren, die Handlungsempfehlungen zu erproben. Dabei sollte ein Austausch zwischen dem wissenschaftlichen Team und den Pflegeeinrichtungen über die entwickelten Handlungsempfehlungen generiert werden. Der partizipative Ansatz des Forschungsprojektes wurde somit ebenfalls in die Schulungskonzeption integriert.

Im Folgenden wird die Schulungskonzeption tiefgreifend vorgestellt. In Kapitel 2 wird die spezifische Konzeption der Multiplikator:innen-Schulung innerhalb des Forschungsprojektes zum Notfall- und Verfügungsmanagement in der stationären Langzeitpflege dargelegt. Zusätzlich wurde bei der



Durchführung der Schulungen Feedback der zu Multiplikator:innen geschulten Mitarbeiter:innen aus acht Pflegeeinrichtungen bezüglich der Durchführung der Schulung und der Schulungsinhalte eingeholt, welches in Kapitel 3 aufgezeigt wird. Außerdem haben auch die Referent:innen die durchgeführten Schulungen reflektiert (Kapitel 4) und die genutzten Methoden ausgewertet (Kapitel 5). Vor diesem Hintergrund ist es möglich, Hinweise auf eine notwendige Transfersicherung und das Erreichen der Zielvorstellung der Schulungskonzeption im Nachgang zu diskutieren (Kapitel 6) und anschließend ein Fazit im Kontext des Forschungsprojektes zu ziehen (Kapitel 7). Abschließend werden Hinweise auf eine mögliche Weiterentwicklung der Schulungskonzeption und -durchführung im Ausblick abgeleitet (Kapitel 8). Der Vollständigkeit halber wird an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass die Multiplikator:innen-Schulung innerhalb des Forschungsprojekts zusätzlich von einem externen Institut evaluiert wurde, die Ergebnisse hier jedoch nicht dargestellt werden.

## **2 Schulungskonzeption zur Multiplikator:innen-Schulung**

Mit der Konzeption der Multiplikator:innen-Schulungen wurde anvisiert, die Mitarbeiter:innen der kooperierenden Pflegeeinrichtungen dazu zu befähigen, die Handlungsempfehlungen innerhalb des Forschungsprojekts zu erproben. Eine übergeordnete Zielvorstellung bezüglich der Schulungskonzeption wurde daher zunächst wie folgt formuliert: Informationsvermittlung und Wissensaufbau über die entwickelten Handlungsempfehlungen sowie ein Motivationsaufbau, die Handlungsempfehlungen auszuprobieren. Auf Grund der Komplexität der entwickelten Handlungsempfehlungen wurde das formulierte Schulungsziel allerdings als zu allgemein eingestuft und daher in die nachfolgend aufgeführten Teilziele unterteilt, die sich operationalisieren ließen.

### **Teilziel 1: Sensibilisierung für Dringlichkeit und Nutzen von Handlungsempfehlungen in Notfallsituationen**

Notfallsituationen in Pflegeeinrichtungen werden derzeit einrichtungsspezifisch strukturiert. Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst, verschiedenen Hausärzt:innen und dem ärztlichen Bereitschaftsdienst verläuft daher vielfältig. Das Ziel der Handlungsempfehlung war es, Notfallsituationen aus pflegfachlicher Sicht einheitlich zu strukturieren. Auf dieser Basis sollte die Notwendigkeit abgeschätzt werden, den Rettungsdienst, den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder den/die zuständige Hausärzt:in unter Berücksichtigung des Willens der Bewohner:innen zu kontaktieren. Somit sollten vermeidbare Krankenhauszuweisungen, die zum Beispiel auch als Stresssituation von dem/der Bewohner:in empfunden werden, innerhalb der Versorgung in Pflegeeinrichtungen reduziert werden.

### **Teilziel 2: Sicheres Verständnis und Umgang mit den Handlungsempfehlungen in Notfallsituationen**

Da die (rechtlichen) Rahmenbedingungen in Notfallsituationen oft unterschiedlich ausgelegt werden können, sollte den Pflegefachpersonen eine Orientierungshilfe gegeben werden, um entsprechend der bestehenden gesetzlichen Regelungen handeln zu können.

### **Teilziel 3: Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit**

Notfallsituationen werden von verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich eingeschätzt. Durch den Aufbau eines Verständnisses und der Akzeptanz von gegenseitigen fachlichen Notwendigkeiten sollte die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden.

### **Teilziel 4: Praktische Erprobung der Handlungsempfehlungen in Notfallsituationen**

Dem Projektteam war bewusst, dass wissenschaftlich hergeleitete Handlungsempfehlungen und theoretische Wissensvermittlung nur einen Teilerfolg im Lernprozess der Teilnehmer:innen ausmachen. Die praktische Erprobung durch gemeinsames praktisches Anwenden und Ausprobieren im Schulungsszenario wurde daher als eigenständiges Teilziel definiert.

### **Teilziel 5: Transfersicherung und Rollenverständnis der fortgebildeten Multiplikator:innen**

Die ausgewählten Multiplikator:innen wurden einrichtungsspezifisch von den Einrichtungsleitungen oder Pflegedienstleitungen der jeweiligen Einrichtung ausgewählt. Es wurde angestrebt, dass diese das Wissen aus der Schulung an Kolleg:innen weitergaben. Dabei wurde davon ausgegangen, dass dies ein neues Aufgabenfeld für die Multiplikator:innen darstellte. Die ausgebildeten Multiplikator:innen sollten daher auf mögliche Szenarien hinsichtlich der Wissensverbreitung vorbereitet werden.

## 2.1 Zielgruppe(n)

Für die Rolle der Multiplikator:innen wurden innerhalb der Schulungskonzeption primär Pflegefachpersonen angesehen. In der Kommunikation mit den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wurde diesen seitens des Projektteams freigestellt, welches Fachpersonal an der Multiplikator:innen-Schulung teilnehmen sollte. Seitens der Pflegeeinrichtungen wurden daraufhin sowohl Pflegedienstleitungen und stellvertretende Pflegedienstleitungen, Wohn- und Bereichsleitungen sowie Praxisanleiter:innen der Pflegeeinrichtung und Nachtwachen (Pflegefachpersonen) eingeladen, an den Multiplikator:innen-Schulungen teilzunehmen. Es wurde die Vorstellung verfolgt, dass die Wohnbereichsleitungen und Praxisanleiter:innen tagsüber auf den verschiedenen Wohnbereichen eingesetzt sind und in engem Austausch mit allen Pflegenden stehen. Mit dem Einbezug der Nachtwachen in die Multiplikator:innen-Schulung sollte ein Wissenstransfer sowie das Einbinden der Kolleg:innen im Nachtdienst erfolgen, wenn keine Rotation der Pflegefachpersonen im Drei-Schicht-System in den teilnehmenden Einrichtungen erfolgt. Pflegeeinrichtungen unterscheiden sich in ihren Unternehmenskulturen und Organisationsstrukturen. Dies hat einen Einfluss auf die Zielgruppenansprache. Aus diesem Grund wurde sich für eine jeweilig einrichtungsspezifische Schulung entschieden. Zur besseren Vorbereitung auf die jeweilige Zielgruppenansprache wurden folgende Informationen individuell herangezogen:

- Trägerschaft
- Region (städtisch)
- Unternehmensstruktur
- Anzahl der Pflegeplätze nach SGB XI
- Pro Kopf Berechnung des Pflegepersonals
- Skill-Grade-Mix des Pflegepersonals
- Advance Care Planning
- Zusatzqualifikationen der Pflegefachpersonen wie z. B. in der geriatrische- und/oder Palliativversorgung

Die Informationen wurden im Vorfeld mittels eines Strukturfragebogens erhoben. Um diese Informationen für die Schulungskonzeption zusätzlich zu verifizieren, fand in jeder Einrichtung ein Vorgespräch mit der Einrichtungsleitung und der (stellv.) Pflegedienstleitung sowie teilweise der/des Qualitätsbeauftragten statt. In diesem Gespräch wurde der aktuelle Stand des Forschungsprojekts und die Ideen des Schulungskonzepts vorgestellt. Ebenso wurden organisatorische Faktoren bezüglich der Multiplikator:innen-Schulung und der Erprobungsphase angesprochen sowie das weitere gemeinsame Vorgehen abgestimmt. So wurde mit den Einrichtungsleitungen beschlossen, eine gemeinsame Einladung seitens des Projektteams mit der jeweiligen Einrichtungs- und Pflegedienstleitung an die Mitarbeiter:innen bzw. das Pflegefachpersonal zu erstellen und über verschiedene, einrichtungsspezifische Kommunikationskanäle zuzustellen. Die jeweilige Unternehmenskultur der Pflegeeinrichtung sowie mögliche Herausforderungen wurden zusätzlich eingeholt (z. B. die wahrgenommene Stimmung in der Pflegeeinrichtung, Betriebsrat/Mitarbeiter:innenvertretung, gegenseitige Ansprache (duzen/siezen/genderspezifisch), Größe und Aufbauorganisation der Einrichtung, Zusammenarbeit, Stellung des Heimbeirats, Einbinden von Angehörigen, Führungskultur, Veränderungsbereitschaft).

## 2.2 Teilnehmer:innenanzahl

Das Schulungskonzept wurde seitens des Projektteams mit einer Planzahl von zehn Teilnehmer:innen angelegt. Die Auswahl und Koordination der Teilnehmer:innen sowie die Entscheidung der tatsächlichen Anzahl der Teilnehmer:innen beruhte auf Freiwilligkeit der Teilnehmer:innen und wurde in die Verantwortung der Einrichtungs-/ (stellv.) Pflegedienstleitungen gegeben.

## 2.3 Zeitbedarf

Zeit der Mitarbeiter:innen stellt in Pflegeeinrichtungen eine knappe Ressource dar [7]. Die Konzeption der Multiplikator:innen-Schulung orientierte sich an Zielebenen einer Multiplikator:innen-Ausbildung: Learning-off-job, Learning-by-job und Learning-in-job [8]. Vor dem zusätzlichen Bewusstsein der Komplexität der entwickelten Handlungsempfehlungen wurden zwei Ganztagesveranstaltungstage (ca. 6 bis 7 Stunden inkl. Pausen) im wöchentlichen Abstand geplant, um neues Wissen zu erlernen, zu diskutieren und praktisch im Schulungsszenario einzuüben. Diese stellen ein Learning-off-job dar. Zusätzlich wurde ein Learning-by-job durch das Durchspielen möglicher Praxisbeispiele am Schulungstag 2 sichergestellt. Das Learning-in-job wurde in den Zeiträumen zwischen den jeweiligen Schulungstagen anvisiert. Hier sollte das erlernte Wissen bereits mit Kollege:innen geteilt und diskutiert werden. Aufkommende Fragen konnten gesammelt und zum nächsten Schulungstag mitgenommen und erläutert werden. Ebenso wurde auf diese Weise Zeit für eine Selbstreflexion der Multiplikator:innen eingeräumt. Zusätzlich fand ein ca. 2,5-stündiger Implementierungstag statt, der den Transfer der Handlungsempfehlungen in die jeweilige Pflegeeinrichtung bzw. deren Ablauforganisation fokussierte. Mit den teilnehmenden Einrichtungen wurde abgestimmt, die Schulungen als Arbeitszeit anzusehen. Von den Einrichtungsleitungen wurden Teilnehmer:innen festgelegt und die Teilnahme im Dienstplan vermerkt. Eine Teilnahme war somit als Arbeitspflicht der Mitarbeiter:innen anzusehen. Von einem Einsatz der Schulungsteilnehmer:innen auf Station vor, während oder nach der Schulung wurde seitens des Projektteams in der Schulungskonzeption abgeraten.

## 2.4 Referent:innen-Team

Während der Schulungskonzeption kristallisierte sich heraus, dass sich das Referent:innen-Team am besten aus den Projektmitarbeitenden zusammensetzt, um zu gewährleisten, dass das Verständnis der entwickelten Handlungsempfehlung transferiert werden kann. Vor dem Bewusstsein, dass die entwickelten Handlungsempfehlungen mit einem Veränderungsprozess in der Organisation der Pflegeeinrichtung einhergehen müsse, setzte sich das Referent:innen-Team interdisziplinär aus Vertreter:innen verschiedener Fachdisziplinen zusammen. Diese waren:

- Eine Mitarbeiterin aus dem Bereich Human-Resource / Personalentwicklung, welche zum einen die theoretische Schulungskonzeption sowie in der Durchführung der Multiplikator:innen-Schulungen die Moderation der Schulungs- und Implementierungstage sowie die übergreifenden Thematiken des Veränderungsprozesses verantwortete.
- Projektmitarbeiter:innen aus den Sozialwissenschaften, der Pflegewissenschaft und der Notfallmedizin sowie dem Rettungsdienst stellten die jeweiligen inhaltlichen Aspekte der Handlungsempfehlungen vor.
- Aufbauend darauf konnte die Projektkoordinatorin mit betriebswirtschaftlichem Hintergrund den Bezug der Inhalte der Handlungsempfehlungen zu den Zielvorgaben des Forschungsprojekts darstellen.

Diese Zusammensetzung ermöglichte, es sowohl inhaltliche Fragen, z. B. zum rechtlichen Hintergrund und zu medizinischem Notfallwissen der Handlungsempfehlungen, genauso beantworten zu können als auch das Vertrauen und die Motivation für ein eigenständiges Handeln und Entscheiden zu stärken.

## 2.5 Schulungsformat

In Anlehnung an Wagner (2008) war primär vorgesehen, die Multiplikator:innen-Schulungen in Präsenz, d. h. face-to-face durchzuführen [9]. Dabei wurden die Entwicklungen der COVID-19-Pandemie engmaschig beobachtet. Das Schulungskonzept wurde dahingehend konzipiert, dass im Fall eines Anpassungsbedarfs an die Kontakteinschränkungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie kurzfristig auch Teile der Schulungsinhalte auf ein Blended-Learning-Format umgestellt werden konnten.

### 2.5.1 Schulungsformat in Präsenz

Übergeordnet folgte die Aufbereitung der Schulungsinhalte dem folgenden Leitgedanken: *„Gesagt ist nicht gehört. Gehört ist nicht verstanden. Verstanden ist nicht einverstanden. Einverstanden ist nicht behalten. Behalten ist nicht angewandt. Angewandt ist nicht beibehalten.“* Es ist bekannt, dass dieser Leitgedanke in der Kommunikationswissenschaft diskutiert, angepasst und genutzt wird. Wer (Konrad Lorenz, Herbert Pietschmann, Heinz Goldmann oder Paul Watzlawick) diesen Leitgedanken jedoch ursprünglich formulierte, ist nicht eindeutig belegt. Für die hier vorgestellte Schulungskonzeption wurde abgeleitet, dass ein vielfältiger Methodenmix umgesetzt werden sollte, um die Teilnehmer:innen zu erreichen und ihre Aufmerksamkeit anhaltend hoch halten zu können. Zusätzlich wurden den Empfehlungen Oldhafers et al. (2020) [10] gefolgt und der wissenschaftlich-theoretische Hintergrund der Handlungsempfehlungen in eine bildliche und alltagsgebräuchliche Sprache umgewandelt. Darüberhinaus sah das Schulungskonzept vor, entsprechend einem multimedialen Lernens [11], verschiedene Lernmedien (Flip Chart, PowerPoint Präsentation, Kartenabfragen, Posterpräsentationen) einzusetzen.

Mit Erhalt der Einladung zur Schulung erhielten die Teilnehmer:innen zudem das Passwort für den Schulungsbereich auf der Projekthomepage. In diesem Bereich der Homepage war ein Video eingestellt, welches die anvisierten Aufgaben einer/s Multiplikator:in in ca. fünf Minuten zusammenfasst. Es sollte den Teilnehmer:innen einen ersten Überblick vermitteln, was sie in den Schulungen erwartet, wodurch den Teilnehmer:innen bereits vor der Schulung Vertrauen, Orientierung und Sicherheit gegeben werden sollte.

Des Weiteren fanden alle Teilnehmer:innen zu Beginn der Schulung zwei laminierte Karten auf ihrem Sitzplatz vor. Auf einer Karte wurde ein Fragezeichen (?), auf der anderen Karte ein Ausrufezeichen (!) dargestellt. Diese Karten konnten hochgehalten werden oder auch vor sich auf den Boden gelegt werden, wenn der/die Teilnehmer:in etwas fragen bzw. sagen und aus ihren Erfahrungen berichten wollte. Ebenfalls wurde einleitend eine jeweilige Einigung zwischen dem Referent:innen-Team und den Teilnehmer:innen eingeholt, ob während der Schulung ein Duzen oder ein Siezen gewünscht war. Zusätzlich wurden Namensschilder ausgeteilt, die jede/r Teilnehmer:in individuell beschriften konnte.

Im weiteren Verlauf der Schulungstage wurden die Teilnehmer:innen durch die gewählte Methodik auf verschiedenen Wahrnehmungskanälen angesprochen. Für die Schulungstage wurde ein PowerPoint-Foliensatz vorbereitet. Dieser wurde als „Orientierung“ und nicht als Vortragsfoliensatz angesehen. Gesprochener Inhalt wurde durch Visualisierung untermauert. Ebenfalls wurden Elemente der Selbsterfahrung und Selbstreflexion bezüglich der entwickelten Handlungsempfehlungen in die Moderation der Schulungen eingearbeitet, um einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn bei den Teilnehmenden zu generieren. Zu einigen Zeitpunkten wurde auch an Flip-Charts oder in Gruppenarbeit gearbeitet. Während der Schulung stand ein interaktiver Austausch im Mittelpunkt. Die Räumlichkeit war entsprechend offen gestaltet. Die Teilnehmer:innen und Referent:innen saßen gemeinsam in einem Stuhlhalbkreis. An den umliegenden Wänden standen vereinzelt Tische, um dort vorübergehend in Gruppen etwas erarbeiten zu können. Zusätzlich wurde an den geplanten Präsenzsulungstagen berücksichtigt, dass die menschliche Aufmerksamkeitsspanne begrenzt ist. Daher wurden den Teilnehmer:innen regelmäßig fünfzehnminütige Pausen nach jeweils ca. sechzig Minuten angeboten. Damit die Schulungsteilnehmer:innen auch immer verfolgen konnten, wie sich

der jeweilige Schultag im Verlauf weiter gestalten würde, wurden die inhaltlichen Agenden zu allen drei Tagen in Analogie einer gemeinsamen Busreise dargestellt.

## 2.5.2 Mögliche Abweichungen im Schulungsformat

*Hinweis: Die Abweichungen wurden bei der Schulungskonzeption mitgedacht. Bei der Schulungsdurchführung musste nicht auf diese zurückgegriffen werden, daher werden die hier beschriebenen Abweichungen in den weiteren Kapiteln nicht berücksichtigt.*

Hätte auf Grund der bestehenden Rahmenbedingungen der COVID-19-Pandemie, wie Kontakteinschränkungen etc., auf ein Onlineformat ausgewichen werden müssen, wäre es entscheidend gewesen, die nachfolgende Implementierungsphase engmaschig seitens des Projektteams in den Pflegeeinrichtungen zu begleiten. Kommunikation wäre entscheidend gewesen, um gegenseitiges Verständnis aufzubauen und sicherzustellen. Der Implementierungstag hätte nach Möglichkeit weiterhin in Präsenz stattfinden sollen, um das aufgebaute Vertrauen zwischen dem Projektteam und den Einrichtungen zu vertiefen. Im Blended Learning hätten zusätzlich zu dem einführenden Video, welches auch an den Präsenztagen genutzt wurde, die geplanten Inputsessions (thematische Erläuterungen durch die Referent:innen) als Kurzvideos im internen Bereich (passwortgeschützt) der Projekthomepage hochgeladen werden können. Den Teilnehmer:innen wäre es so ermöglicht worden, sich diese Videos entweder gemeinsam oder individuell anzuschauen. Für ein derartiges Vorgehen wäre eine Absprache mit den Leitungsebenen unumgänglich gewesen, da verschiedene Varianten denkbar gewesen wären, sich entsprechenden Zugang zu den hochgeladenen Kurzvideos zu verschaffen:

**1. Variante:** Es hätte die Möglichkeit eingerichtet werden können, dass sich die Kurzvideos von den Teilnehmer:innen der Multiplikator:innen-Schulung zuhause und von privaten Endgeräten angeschaut worden wären. Diese Variante hätte jedoch vorausgesetzt, dass jede/r Teilnehmer:in Zugang zu einem internetfähigen Endgerät gehabt hätte und die Videos in der Freizeit angesehen worden wären. Seitens der Arbeitgebenden hätte jedoch auch die Möglichkeit eingeräumt werden können, das Anschauen der Videos als Arbeitszeit anzurechnen.

**2. Variante:** Eine weitere Möglichkeit hätte darin bestehen können, in den Pflegeeinrichtungen Angebote zu schaffen, sich die Kurzvideos während der Arbeitszeit ansehen zu können. Bspw. indem Endgeräte zur Verfügung gestellt worden oder innerhalb des Teams Leinwände (z. B. innerhalb regelmäßig stattfindender Teambesprechungen nach oder vor einer Übergabe, aber auch individuell nach der verfügbaren Zeit) aufgebaut worden wären. Der Vorteil der geplanten Videos hätte darin bestanden, dass diese thematisch in sich abgeschlossen konzipiert waren und zeitlich nicht am Stück hintereinander angesehen werden mussten. Es wäre denkbar gewesen über einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen an verschiedenen Tagen ein Video anzusehen. Eine logische Reihenfolge wäre durch die Struktur der Homepage vorgegeben worden.

Nachteilig wäre gewesen, dass die Vermittlung der Inhalte über kurze Videos, ohne Anwesenheit der Referent:innen keine spontanen Rückfragen durch die Teilnehmer:innen ermöglicht hätten. Fragen hätten zunächst notiert werden müssen. In diesem Zusammenhang wäre es erforderlich gewesen, den Teilnehmer:innen zusätzlich Zeit und Raum mit den Referent:innen für Rückfragen und Diskussionsbedarf zu ermöglichen, um die Inhalte mit dem Referent:innen-Team in zusätzlichen Kleingruppen zu reflektieren. Die geplanten Anwendungsbeispiele hätten nach Möglichkeit weiterhin in Präsenz durchgeführt, erläutert sowie eingeübt werden sollen, um eine praktische Handlungssicherheit sicherstellen zu können.

### 3 Durchführung der Schulungen

Die Durchführung der Schulungen ist in [12] beschrieben.

#### 3.1 Begleitmaterialien zur Schulung

Das Begleitmaterial zur Schulung setzte sich aus verschiedenen Komponenten zusammen, die im Folgenden aufgeführt werden:

- Auf der Projekthomepage wurde ein separater passwortgeschützter Bereich eingerichtet für den nur die kooperierenden Pflegeeinrichtungen Zugriff erhielten. Es konnten folgende Begleitmaterialien heruntergeladen werden:
  - Ein Video, in welchem die Langfassung der Handlungsempfehlungen anhand eines Anwendungsbeispiels erläutert wird.
  - Ein Kurzvideo, das die Kurzfassungen der Handlungsempfehlungen erläutert.
  - Die Kurzfassungen der Handlungsempfehlungen (zum Nachdrucken).
  - Die Anwendungsbeispiele aus den Präsenzs Schulungen.
- An den Schulungstagen wurden Agenda-Poster eingesetzt, auf welchen die Reihenfolge und Inhalte der Schulung in Bildsprache transferiert waren. Es wurde die Analogie einer gemeinsamen Busreise gewählt. Die Straßenschilder symbolisierten die jeweiligen inhaltlichen Themenschwerpunkte der Schulung. Ein Bus wurde jeweils entlang der eingezeichneten Straße an den jeweiligen Themenschwerpunkt gepinnt, um den Teilnehmer:innen Orientierung zu geben.
- Der Schulungsfoliensatz in PowerPoint wurde über einen Beamer oder einen großen Bildschirm angezeigt und untermauerte somit das gesagte Wort mit Visualisierungen.
- Die Kurzfassungen der Handlungsempfehlungen und ein erstelltes Ablaufschema für Notfallsituationen wurden im DIN A4- und DIN A3- Format ausgedruckt und laminiert. Diese Materialien wurden den Teilnehmer:innen haptisch zur Verfügung gestellt, um die Lesbarkeit zu unterstützen und den Lernkanal zu variieren.
- Laminierte Karten in Din A4 (!) und (?) wurden auf den Sitzplätzen ausgelegt, um den Teilnehmer:innen eine Wortmeldung in einer Diskussion zu erleichtern.
- Das Schulungsbegleitmaterial beinhaltete Anwendungsbeispiele sowie Platz für individuelle Notizen, Fotoprotokolle etc. der Teilnehmer:innen. Die Anwendungsbeispiele beschrieben mögliche Notfallszenarien in einer Pflegeeinrichtung. Bei der Bearbeitung wurden zunächst die zu beobachtenden Herausforderungen in den spezifischen Notfallszenario aufgeworfen. Anschließend wurden Handlungsalternativen anhand der entwickelten Handlungsempfehlungen beschrieben. Die Notizen der Teilnehmer:innen sowie die Anwendungsbeispiele sollten den ausgebildeten Multiplikator:innen ebenfalls helfen, ihr Wissen an die Kolleg:innen weiterzugeben und anzuleiten.

#### Beispiel 4 - Frau Zoe Blue

Die Praktikantin Sarah Tanne stürzt in das Büro der Pflegedienstleitung Petra Rot.

Sarah Tanne: „*Frau Blue, vorne am Gang bekommt keine Luft mehr. Ihre Haut ist ganz blau. Die muss in ein Krankenhaus!*“

Frau Blue bekam zum Mittagessen Milchsuppe. Sie hat sich beim Essen verschluckt und einen Hustenanfall bekommen. Als Petra Rot das Zimmer betritt, ist Frau Blue sehr aufgeregt und ruft.

Frau Blue: „*Frau Rot, ich will nicht in ein Krankenhaus!*“

#### Herausforderungen

- Die Praktikantin Sarah Tanne beginnt erst damit, sich Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bereich der Pflege anzueignen.
- Die Berichterstattung lässt auf eine Luftnot bei Frau Blue schließen.
- Frau Blue hat schlechte Erfahrungen mit einer Krankenhauszuweisung gemacht.

#### Handlungsmöglichkeiten

#### *Frau Zoe Blue*

##### Einbezug der Pflegefachperson

Ersteinschätzung der Pflegefachperson: Reagiert und Atmung vorhanden

##### ABCDE-Assessment:

A-Atemweg: bis auf einen kurzen Husten keine Hinweise auf Atemwegsprobleme

B-Belüftung: spricht drei Worte ohne Luft zu holen, Atemfrequenz 24 pro Minute, normales Hautkolorit

C-Kreislauf: Puls 112 pro Minute, rhythmisch, RR 150/90 mmHg D-

(Neurologische) Defizite: keine

E-Umgebung: Temperatur 36,9 Grad Celsius aurikulär, Blutglukose 7,5 mmol/l bzw. 135 mg/dl

##### Organisation der Weiterversorgung:

- Ist ein Einbezug weiterer Leistungserbringer:innen pflegfachlich indiziert?
- Wann ist ein Einbezug weiterer Leistungserbringer:innen notwendig? Ärztliche Entscheidung innerhalb von 4 Stunden. (Hausarzt:in oder ÄBD kontaktieren)
- Was muss bis Eintreffen weiterer Leistungserbringer:innen erfolgen?

**Bewohner:innenwille:** Existieren Hinweise, dass/ob Frau Blue nicht einwilligungsfähig ist?

##### Angehörige/gesetzliche Betreuung:

Was muss an den/die **Weiterversorger:innen** kommuniziert werden?

Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung eines Anwendungsbeispiels aus dem Schulungsbegleitmaterial

- Die Langfassung der Handlungsempfehlungen wurde den Pflegeeinrichtungen am Implementierungstag in ausgedruckter Form zu Verfügung gestellt. Diese wurden in ausreichender Anzahl in den Wohnbereichen ausgelegt.

## **4 Feedback der Teilnehmer:innen**

Um die Erwartungshaltung und Resonanz der Teilnehmer:innen sowie den Lern- und Wissenstransfer engmaschig mit den gesteckten Zielen der Multiplikator:innen-Schulungen abgleichen zu können, wurde am Ende eines jeden Schulungstages ein Feedback der Teilnehmer:innen eingeholt. So wurde es ermöglicht, auftretende Herausforderungen, aber auch gut gelungene Aspekte der Multiplikator:innen-Schulungen seitens der Referent:innen kurzfristig zu reflektieren und ggf. Inhalte anzupassen.

An Schulungstag 1 wurden die Teilnehmer:innen nach der Auswahl einer „Motivationskarte“ (ausgelegte Postkarten, die ein Bild oder einen Spruch, welche verschiedene Assoziationen zum Thema Motivation ermöglichten) gefragt, warum sie sich für diese Karte entschieden haben und was sie aus der Veranstaltung an Tag 1 für sich mitnahmen. Des Weiteren wurde die Möglichkeit gegeben, Anregungen zu äußern, wenn an den folgenden Schulungs- bzw. Implementierungstagen etwas angepasst werden sollte. Die Referent:innen notierten diese Rückmeldung im Nachgang stichpunktartig. Ebenfalls fertigten die Referent:innen ein stichpunktartiges Beobachtungsprotokoll zu den jeweiligen Schulungstagen an.

An Schulungstag 2 wurde mit einem Feedbackhimmel gearbeitet. Hier wurden die Teilnehmer:innen gebeten, zunächst schriftlich auf ausgeteilten Karteikarten zu formulieren, was als positiv (Sonne), als mittelmäßig (Regentropfen) und verbesserungswürdig (Blitz) eingestuft wurde. Anschließend erfolgte eine Erläuterung der notierten Stichpunkte in jeweiligen Gesprächsrunden. Auch an diesem Tag fertigten die Referent:innen im Nachgang Notizen zu den getätigten Äußerungen der Teilnehmer:innen sowie zu weiteren Beobachtungen seitens der Referent:innen an.

Am Implementierungstag schrieben die Referent:innen ihre Beobachtungen zu den Inhalten des Implementierungstages auf. Die Teilnehmer:innen füllten den Evaluationsbogen des externen Evaluationsteam zum Forschungsprojekt aus.

### **4.1 Feedback der Teilnehmer:innen an Schulungstag 1**

Die Auswahl der „Motivationskarten“ fiel unterschiedlich aus. Ein Großteil der Teilnehmer:innen hatte sich nach ca. 2-3 Minuten für eine Karte entschieden. Wenige Teilnehmer:innen brauchten etwas mehr Zeit, um sich für eine Karte zu entscheiden. Im Feedbackgespräch fiel es vielen Teilnehmer:innen leicht, ihre Erkenntnisse und Gedanken, die sie während des Schulungstages entwickelt hatten, zu formulieren. Die meisten Teilnehmer:innen formulierten am Ende des Tages 1, dass sie ihr Handeln in Notfallsituationen nun überdenken würden und motiviert wären, sich weiter mit der Thematik auseinanderzusetzen. Oft fügten die Teilnehmer:innen hinzu, dass dieser Denkprozess jedoch weitere Zeit benötigt und somit ein angepasstes Handeln erst versetzt eintreten würde. Des Weiteren wurde formuliert, dass sich die Teilnehmer:innen schon auf den nächsten Schulungstag freuen und gespannt seien, welche weiteren Inhalte vorgestellt werden würden.

In einer Einrichtung fiel es den Teilnehmer:innen auffällig schwer, im Feedbackgespräch ihre Erkenntnisse und Motivation zu den Schulungsinhalten zu beschreiben. Das Feedbackgespräch wurde in dieser Einrichtung dazu genutzt, um weitere Rückfragen zu den vorgestellten Schulungsinhalten zu stellen bzw. zu klären. Die Referent:innen beobachteten in dieser Einrichtung ein sehr starkes Bemühen einer guten Außendarstellung, sodass kritische Themen ungern offen kommuniziert wurden.



## 4.2 Feedback der Teilnehmer:innen an Schulungstag 2

Die schriftlichen Notizen der Teilnehmer:innen aller Einrichtungen im Rahmen des Feedbackhimmels sind im Feedbackhimmel (siehe Abbildung 2) zusammengefasst. Wiederholungen wurden vereinfacht dargestellt. Skizzen der Teilnehmer:innen, wie Smileys, wurden nicht aufgegriffen. Die in Klammern notierten Inhalte wurden in der anschließenden Gesprächsrunde seitens der Teilnehmer:innen hinzugefügt und dienen hier dem besseren Verständnis des jeweiligen Stichpunktes.




|   |   |   |
|---|---|---|
|    |    |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praxisnahe Anwendungsbeispiele</li> <li>• <b>Diskussionsrunden in entspannter Atmosphäre</b></li> <li>• Berücksichtigung individueller Arbeitsweisen und Fragen</li> <li>• <b>Guter und interessanter Austausch (findet in den Einrichtungen so sonst nicht statt)</b></li> <li>• Flexible Gestaltung und Einbezug der zur Verfügung gestellten Materialien</li> <li>• Gut strukturierte und aufbereitete Materialien (bildliche Darstellungen)</li> <li>• Sinnvolle systemische Trainingseinheiten</li> <li>• Regelmäßige Pausen und ausgewählte Schulungszeiten</li> <li>• <b>Stärkung der Kompetenzen (der PFK)</b></li> <li>• <b>Erkenntnisgewinn, dass es in der eigenen Einrichtung besser laufen könnte</b> (Betriebsblindheit)</li> <li>• Wille des Bewohners in den Vordergrund stellen</li> <li>• <b>Umdenken von abwehrender Haltung gegenüber dem Projekt / der Handlungsempfehlung in Zustimmung</b></li> <li>• Kennenlernen der Sichtweise eines Arztes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wissenstransfer an weitere Kolleg: innen</b></li> <li>• <b>Zu wenig Zeit</b></li> <li>• Das Rechtliche (zu schwarz-weiß)</li> <li>• Theorie- und Praxis</li> <li>• Viel Wiederholung</li> <li>• Der Theorieeil war mir zu wissenschaftlich</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>An Tag 1 zu viel Stoff</b></li> <li>• Unverständlich für Teilnehmer mit nicht deutschen Wurzeln (schwer zu folgen)</li> <li>• Zu viel Wiederholung</li> <li>• <b>Keine Verbesserung durch die Schulung (da die Leitungsebene an Tag 2 nicht vor Ort war)</b></li> </ul> |

Abbildung 2: Eigene Darstellung, Feedbackhimmel zur Multiplikator:innen-Schulung in einem Forschungsprojekt zum Notfall- und Verfügungsmanagement in der stationären Langzeitpflege

Seitens der Referent:innen wurde beobachtet, dass Teilnehmer:innen ungern schriftliche Rückmeldungen machten. Ganze Sätze wurden selten notiert. Oft nutzten die Teilnehmer:innen Stichpunkte oder Skizzen. Zudem wurden während des Feedbackgesprächs zum Feedbackhimmel die notierten Punkte seitens der Teilnehmer:innen ergänzt. In einer Einrichtung baten die Teilnehmer:innen darum, vollständig auf eine schriftliche Rückmeldung zu verzichten und sofort in das Feedbackgespräch einzusteigen. Dieser Bitte wurde seitens der Referent:innen nachgegeben.

Zusammenfassend formulierte ein Großteil der Teilnehmer:innen nach dem 2. Schulungstag erneut, dass das angestrebte Handeln entlang der entwickelten Handlungsempfehlungen nun noch besser nachvollzogen werden konnte, als nach Schulungstag 1. Besonders die Arbeit an den Praxisbeispielen wurde als „gut“ und „hilfreich“ eingestuft. Zusätzlich wurde in diesem Rahmen mehrfach geäußert, dass der Bewohner:innenwillen auch bislang schon ermittelt und eingebunden wurde, dieses Vorgehen aber nun systematischer erfolgen würde. Häufig wurde angesprochen, dass Notfallsituationen bereits vor der Schulung pflegfachlich beurteilt wurden, diese aber mit den Handlungsempfehlungen nun strukturierter erfolgen können. Dabei wurde von erfahreneren Pflegefachpersonen mehrfach darauf hingewiesen, dass das Vorgehen nach den Handlungsempfehlungen besonders für Berufsanfänger:innen nützlich sein könne. Besonders nach Einschätzung teilnehmender Praxisanleiter:innen wurde vorgeschlagen, die Inhalte der entwickelten Handlungsempfehlungen in die Pflegeausbildung zu integrieren.

Zusätzlich wurden folgende Rückmeldungen gegeben:

- In den Schulungen wurde die Anregung formuliert, zu prüfen, wie viel Wissen aus den entwickelten Handlungsempfehlungen an Pflegehilfspersonal sowie weiteren Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen in Notfallsituationen notwendig und sinnvoll sei, um diese in die Versorgung einzubinden.
- Es wurde angeregt, die Handlungsempfehlungen in das bestehende Vorhaben der Modellregion einen standardisierten Überleitungsbogen in der Notfallversorgung von Pflegeheimbewohnenden anzuwenden, zu integrieren.

- Es wurde angeregt, eine Übersetzung der entwickelten Handlungsempfehlungen in weitere Sprachen vorzunehmen. Dabei könne auf Englisch eher verzichtet werden. Es wurden Sprachen aus dem asiatischen Raum als Beispiel benannt. Diesbezüglich ist zu prüfen, aus welchen Ländern vornehmlich Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen arbeiten.
- In verschiedenen Fällen wurden der langsame Prozess der Digitalisierung und somit das ausbleibende digitale Dokumentationssystem oder ein Informationsaustausch via E-Mail in Pflegeeinrichtungen angesprochen. Ein Ausbau könnte dem Informationsverlust auch in Notfallsituationen entgegenwirken (z. B. schnelles Hinzuziehen eines dokumentierten Bewohner:innenwillens am Bett, da ein Informationsaustausch bei Krankenhauseinweisung dahingehend beeinträchtigt wird, dass Pflegeüberleitungsbögen regelmäßig verloren gehen.)

## 5 Selbstreflexion und Notizen des Referent:innen-Teams

Die Beobachtungen der Referent:innen lassen sich in organisatorische und inhaltliche Aspekte der Schulungen differenzieren.

### 4.1.1 Organisatorisch

- Auf Grund der COVID-19-Pandemie wurde der Start der Präsenzs Schulungen zu Beginn des Jahres 2022 in verschiedenen Einrichtungen verschoben. Der Schulungszeitraum verschob sich von Anfang des Jahres 2022 auf die Monate Mai bis September 2022. Die Auswirkungen der Dynamik der Pandemie auf das Projekt/die Schulungen wurden stets engmaschig geprüft. Mit den Einrichtungsleitungen bzw. Pflegedienstleitungen wurde telefonisch das weitere Vorgehen abgestimmt. Die Entscheidung, auf Blended Learning oder Onlineformate umzusteigen, wurde in diesen Abstimmungsgesprächen verworfen, da die Ansprechpartner:innen in den Pflegeeinrichtungen Präsenztage präferierten. Zudem wurde der persönliche Austausch bei den Schulungsveranstaltungen als essenziell eingeschätzt.
- Auf Grund des sich stark verkürzenden Zeitraums, in welchem die Multiplikator:innen-Schulungen stattfanden, wurden die Inhalte der geplanten Schulungstage und des Implementierungstages in einer Einrichtung auf zwei Schulungstage komprimiert durchgeführt. In zwei Einrichtungen wurde die geplante inhaltliche Reihenfolge der Schulungstage verändert.
- In Summe konnte die Schulung in acht Einrichtungen mit 61 Teilnehmer:innen durchgeführt werden, die an der Schulung teilnahmen. Die Auswahl der Teilnehmer:innen erfolgte auf Basis von Freiwilligkeit und der Auswahl der jeweiligen Pflegedienstleitungen. Die Teilnehmer:innenzahl variierte in den verschiedenen Einrichtungen von 2 bis 15 Teilnehmer:innen. Auch die vertretenden Stelleninhaber:innen variierten. So waren Pflegedienstleitungen und/oder stellvertretende Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen und übergeordnete Bereichsleitungen, Praxisanleiter:innen sowie Qualitätsbeauftragte und Pflegefachpersonen aus dem Tag- sowie aus dem Nachtdienst vertreten. In einer Einrichtung waren zusätzlich Pflegeauszubildende aus dem dritten Lehrjahr sowie zeitweise eine Pflegehilfskraft anwesend. In fünf Einrichtungen gelang es am Implementierungstag, auch die Einrichtungsleitungen einzubinden.
- Die Stimmung unter den Teilnehmer:innen fiel jeweils einrichtungsspezifisch aus. In manchen Einrichtungen hatte die Anwesenheit der Pflegedienstleitung und/ oder stellvertretenden Pflegedienstleitung keine erkennbare Beeinflussung auf das Verhalten der weiteren Teilnehmer:innen. In anderen Einrichtungen traten die Leitungspersonen gegenüber den Pflegefachpersonen sehr dominant auf. In einer weiteren Einrichtung löste sich die Stimmung unter den Teilnehmer:innen, als zeitweise keine Führungspersonen der Pflegeeinrichtung an der Multiplikator:innen-Schulung teilnahmen.

- In vielen Einrichtungen erfolgte keine Trennung der Schulungsteilnahme von einem Einsatz auf der Station/dem Wohnbereich und anderen Aufgaben. Es kam immer wieder vor, dass Teilnehmer:innen während der Schulung persönlich oder telefonisch kontaktiert wurden, um pflegefachliche Entscheidungen in ihrem Wohnbereich zu treffen oder zu verantworten.
  - Ebenfalls baten die Teilnehmer:innen zum Beispiel darum, die Mittagspause so zu legen, dass in dieser die alltägliche Medikamentengabe durch die teilnehmenden Pflegefachpersonen erfolgen könne.
  - Zusätzlich wurde in Gesprächen deutlich, dass teilnehmende Pflegefachpersonen bereits vor der Schulung (meistens ab ca. 6.00 Uhr) in der Morgenroutine mitgearbeitet hatten, um anschließend im Zeitraum von 08.30 – 16.00 Uhr an den Schulungen teilzunehmen.
  - In verschiedenen Einrichtungen, wurden vereinzelt Teilnehmer:innen aus der Schulung geholt, um zum Beispiel einen Rettungsdienst zu rufen, einen Hausarzt in der Versorgung eines/r Bewohner:in zu unterstützen, an Gesprächen mit der Einrichtungsleitung teilzunehmen oder kurzfristige Veränderungen in der Dienstplanung vorzunehmen.
  - Auf Grund von Urlaub und/oder anderen Verhinderungen haben Teilnehmer:innen nur vereinzelt Schulungstage besucht.
  - Ebenfalls wurden seitens einzelner Teilnehmer:innen (meist mit Leitungsfunktion) Aufgaben benannt, die während der Schulungszeit erledigt werden müssten.
- Infolge personeller Veränderungen im Referent:innen-Team erfolgte nach den Schulungen in drei Einrichtungen ein Wechsel der Referent:innen zu einem Thema. Es wurde ersichtlich, dass eine kurze und knappe Vorstellung der entsprechenden theoretischen Grundlage der Zielgruppe eher zusagte als eine ausführlichere und tiefergehende Beschreibung.
- Größtenteils schätzen die Moderierenden und die Referent:innen ein, dass Diskrepanzen gegenüber wissenschaftlich hergeleiteten Inhalten abgebaut wurden und eine gute Lernatmosphäre sowie ein Austausch auf Augenhöhe zwischen dem Referent:innen-Team und den Teilnehmer:innen hergestellt werden konnte.
  - Die offene Raumgestaltung eines Halbstuhlkreises ohne Tische war für die Einrichtungen zwar zunächst ungewohnt, wurde nach gemeinsamer Gestaltung aber angenommen (z. B. wurden Konferenztische auseinandergezogen).
  - Die visuellen Darstellungen in der Schulungspräsentation sowie die vorbereiteten Flip-Charts und ein einfacher Sprachstil haben geholfen, die Vorurteile der Teilnehmer:innen gegenüber einer Schulung, die seitens eines wissenschaftlich arbeitenden Instituts durchgeführt wurde, abzubauen.
  - Regelmäßige Pausen und der abwechslungsreiche Methodenmix wurden von den Teilnehmenden sehr positiv bewertet. Seitens der Teilnehmer:innen wurde kommuniziert, dass sie langes Sitzen und Zuhören nicht gewöhnt seien und daher die gegebenen Möglichkeiten, sich zu bewegen und kurzzeitig zu entspannen, sehr begrüßten.
  - Die Gesprächskarten mit den Zeichen (?) und (!) wurden nicht benötigt, da sich die Wortmeldungen gut in die bestehenden Diskussionsrunden integrieren ließen.
  - Es folgte die Rückmeldung der Schulungsteilnehmer:innen, dass keine/er von ihnen die Möglichkeit genutzt hatte, im Vorfeld auf der Projekthomepage weitere Informationen über das Forschungsprojekt oder die zu erwartenden Schulungsinhalte einzuholen.

#### 4.1.2 Inhaltlich

- Anhand einer eingesetzten Methode zur Standortbestimmung (Siehe [12]), die sowohl zu Beginn der Schulung an Tag 1 als auch zum Ende der Schulung am Implementierungstag durchgeführt wurde, war erkennbar, dass ein Wissensaufbau stattgefunden hat. Es konnten Tendenzen erkannt werden, dass mehr Teilnehmer:innen am Implementierungstag den aufgezeigten Aussagen zustimmten. Auffällig war, dass in den, den Schulungen vorgelagerten Informationsveranstaltungen zum entsprechenden Forschungsprojekt nur teilweise die drei

definierten Projektziele seitens der Teilnehmer:innen angenommen worden waren. Prominent war bei der Mehrzahl der Teilnehmer:innen die Vorstellung vorhanden, dass das Projekt darauf abzielen würde, Rettungsdiensteinsätze bei Pflegeheimbewohner:innen zu verringern. Das wiederholte Aufgreifen der Projektziele in den Schulungen führte jedoch dazu, dass den Teilnehmer:innen am Ende der Schulungstage die tatsächlichen Projektziele deutlich waren, d. h. für die angestrebte Rechts- und Handlungssicherheit sowie das Einbinden des Willens der Bewohnerin/des Bewohners sensibilisiert werden konnten. Die Abgrenzung der entwickelten Handlungsempfehlungen zu bestehenden einrichtungsspezifischen Verfahrensanweisungen in Notfallsituationen oder Überleitungsbögen bei Krankenhauszuweisung wurde am Implementierungstag von mehreren Teilnehmer:innen nachvollzogen. Den Bewohner:innenwillen zu berücksichtigen wurde sowohl zu Beginn als auch am Implementierungstag von den Teilnehmer:innen als wichtig eingestuft.

- Die Reaktionen der Teilnehmer:innen auf die Inhalte der entwickelten Handlungsempfehlungen fielen, wie in der Schulungskonzeption berücksichtigt, individuell aus. Von der Mehrzahl der Teilnehmer:innen wurden die Handlungsempfehlungen als unterstützende, nicht zeitintensive Arbeitshilfe eingestuft. Zudem gab es die Einordnung, dass das bisherige Handeln auf Grund der Schulung seitens der Pflegefachpersonen als bestärkt wahrgenommen wurde. Weitere Teilnehmer:innen äußerten einen Bedarf hinsichtlich einer Veränderung im Handeln der sich noch in der Ausbildung befindenden Kolleg:innen. Der Einschätzung, vermehrt die jüngeren Teilnehmer:innen als Zielgruppe der Schulung zu betrachten, wurde von den Referent:innen nur zum Teil gefolgt. Die Referent:innen formulierten den Eindruck, dass besonders Pflegefachpersonen mit langjähriger Berufserfahrung von der Anwendung der Handlungsempfehlungen profitieren könnten.
- In einer Einrichtung wurden die entwickelten Handlungsempfehlungen seitens der teilnehmenden Pflegefachpersonen als Argumentationsgrundlage angesehen, gegenüber Pflegehilfskräften ein Zuwarten und einen Verzicht auf einen Rettungsdienststraf zu begründen und durchsetzen zu können. Die Pflegefachkräfte berichteten in diesem Zusammenhang von vergangenen Notfallsituationen, in welchen besonders die Pflegehilfskräfte schnell eine Krankenhauszuweisung anvisierten.
- In den meisten Fällen konnten während der Schulungstage und des Implementierungstages spezifische Risiken der Teilnehmer:innen gegenüber den Inhalten der entwickelten Handlungsempfehlungen aufgedeckt und angesprochen werden. Nicht alle Risiken konnten vollständig aufgelöst werden, da diese durch Faktoren bedingt wurden, die außerhalb des Forschungsprojektes lagen. Bei den Referent:innen entstand der Eindruck, dass die Schulungen teilweise genutzt wurden, um in einem geschützten Rahmen bestehende Herausforderungen in den Einrichtungen zu benennen, da diese in verschiedenen Einrichtungen nur erfolgten, wenn die Leitungsebene nicht vor Ort war. In anderen Einrichtungen hingegen wurden Herausforderungen auch angesprochen, wenn die Pflegedienst- sowie Einrichtungsleitung anwesend waren.
  - In ausgewählten Einrichtungen wurde der eingeschränkte Handlungsspielraum der Pflegefachpersonen benannt. Dieser würde durch fehlende Ressourcen, wie Verbandsmaterialien oder „Hausapotheken“ gefördert, da so für die Versorgung einer Wunde oder auch „geringe Veränderungen des Gesundheitszustandes“ eine ärztliche Verordnung notwendig sei.

- In weiteren Einrichtungen wurde die mangelnde einrichtungsinterne Kommunikation angesprochen. Zum einen bestehen diese zwischen der Leitungsebene und der Handlungsebene, zum anderen innerhalb der verschiedenen Teams der Handlungsebene, die sich auf Grund von Personalfluktuationen kurzfristig wieder neu zusammensetzen.
- Die Frage, warum innerhalb des Forschungsprojektes primär die Notfallversorgung in Pflegeeinrichtungen (und nicht in Hausarztpraxen, dem Rettungsdienst, ärztlichen Bereitschaftsdienst oder Krankenhaus) ansetzt, stellt ein sensibles Thema dar. So wurde seitens eines Teilnehmers formuliert: „Sind wir das Problem?“. Die Referent:innen verneinten dies und implizierten, dass die Pflegefachpersonen in den Pflegeeinrichtungen Teil einer Problemlösung seien, welche sie nicht verursacht haben. Es wurde dafür sensibilisiert, dass die Handlungsempfehlungen ein Instrument darstellen, um mit den auftretenden Herausforderungen von Notfallsituationen in Pflegeeinrichtungen begegnen zu können. Die Pflegefachpersonen in den jeweiligen Einrichtungen stellen die ersten Ansprechpartner:innen vor Ort dar und können die Situation durch ihr Handeln entscheidend steuern. Diese Rückmeldung wurde angenommen. Gleichzeitig wurde aber auch darauf verwiesen, dass das Handeln der Pflegefachpersonen in Abhängigkeit zu den Verhaltensweisen der Weiterversorgenden stehe.
- Die Vorstellung des rechtlichen Handlungsrahmens als ein Teil der Handlungsempfehlungen hat bestätigt, dass Unsicherheiten und Ängste vor Konsequenzen des eigenen Handelns bei den teilnehmenden Pflegefachpersonen vorlagen. Das bestehende Verständnis von dem rechtlichen Handlungsrahmen wurde als „schwammig“ deklariert. Immer wieder wurde in diesem Zusammenhang die notwendige Dokumentation angesprochen, um das Handeln nachhaltig und für Außenstehende abzusichern. Es fiel den Teilnehmer:innen teilweise schwer, die emotionale Ebene in Entscheidungsprozessen auszublenden. Dies wurde besonders bei der Vorstellung der rechtlichen Grundlage deutlich, z. B., wenn ein Bewohner eine Versorgung ablehnt und dies auf rechtlicher Grundlage dem freien Willen entspricht. Die notwendige Akzeptanz der Pflegefachperson einer ablehnenden Versorgung wurde als schwierig beschrieben.
- Zudem wurden verschiedene Faktoren benannt, welche hinsichtlich des Stellenwerts des Bewohner:innenwillens überdacht wurden:
  - Es wurde deutlich, dass besonders die als „übevorsorglich“ wahrgenommenen Angehörigen und eine Entscheidung gegen den Bewohner:innenwillen bislang große Herausforderungen darstellen, aber auch Einfluss auf den Entscheidungsprozess z. B. bei einer Krankenzuweisung nehmen.
  - Besonders wurde in diesem Zusammenhang auch das Krankheitsbild der Demenz reflektiert, welches zu Beginn der Schulung oft als einschränkender Faktor der Einwilligungsfähigkeit betrachtet wurde. Vor dem in der Schulung entwickelten Bewusstsein des natürlichen Willens eines Menschen und dessen Äußerung z. B. durch Körpersprache der demenzerkrankten Person und dem Hinweis, dass Angehörige oder gesetzliche Vertretungen die Aufgabe erhalten, stellvertretend entsprechend des Willens des Bewohnenden zu handeln, ist diese Erkrankung jedoch neu bewertet worden.
  - Es wurde auch erkannt, dass der Einbezug des Bewohner:innenwillens zu Konflikten mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuenden führen kann, wenn diese z. B. zu einer anderen Einschätzung kommen und nicht klar zwischen ihrem eigenen Willen und dem Willen des Bewohnenden differenzieren. Ebenfalls kann es zu Konflikten im Handeln der Pflegefachperson kommen, da der Einbezug zeitliche Ressourcen und Kommunikationsfähigkeiten bedingt.

- In einer weiteren Einrichtung wurde die Angst vor möglichem, von außen wahrgenommenem Fehlverhalten der Pflegefachpersonen dominant angesprochen. Dabei wurde der Druck der Öffentlichkeit in den Mittelpunkt gerückt. Es bestand die Sorge, dass die Einrichtung durch Fehlkommunikation nach außen in ein schlechtes Licht gerückt werden könnte. z. B., wenn dem Wunsch gefolgt wird, zum Versterben nicht mehr in ein Krankenhaus gebracht zu werden. Wenn in einem derartigen Fall nicht nach außen kommuniziert wird, dass diese ausbleibende Krankenhauszweisung dem Wunsch des Bewohnenden entspricht, könnte das wahrgenommene Außenbild entstehen, in dieser Einrichtung würde im Notfall nicht gehandelt werden.
- Viele Schulungsteilnehmer:innen sahen sich durch die Handlungsempfehlungen und die ausführenden Erläuterungen während der Schulungstage aber auch in ihrem Umgang mit dem Willen von Bewohner:innen bestätigt.
- Die Rollenannahme der Teilnehmer:innen als Multiplikator:innen fiel heterogen aus.
  - Es wurde deutlich, dass das Schulungskonzept in jeder Einrichtung anders aufgenommen wurde. So wurden individuelle Maßnahmen angestoßen, die Wissensweitergabe und die Einbindung der Handlungsempfehlungen in bestehende Rahmenbedingungen durchzuführen.
    - Eine Einrichtung legte mehr Wert auf ein Handeln entsprechend der Handlungsempfehlungen, sodass die beschriebene Grundlage in einer ca. zweistündigen Schulung vorgestellt werden sollte. Zusätzlich sollten die auftretenden Notfallsituationen im Nachgang in der Schichtübergabe seitens der Pflegefachpersonen reflektiert und auf Anwendung der Handlungsempfehlungen hin geprüft werden.
    - Eine andere Einrichtung sah es als notwendig an, auch die weiteren Kolleg:innen in den Gesamtzusammenhang der Handlungsempfehlungen einzubeziehen und sah pro Wohnbereich eine zweitägige Schulung mit der jeweiligen Wohnbereichsleitung und der Pflegedienstleitung vor.
    - In einer weiteren Einrichtung hatte die Pflegedienstleitung bereits zur Multiplikator:innen-Schulung einen Großteil der Pflegefachpersonen eingeladen, sodass eine Wissensweitergabe nur noch an eine geringe Zahl an Pflegefachpersonen erfolgen musste.
    - Andere Einrichtungen sahen vor, die Teambesprechungen oder Pflegefachkraftrunden zu nutzen, um die Inhalte der Handlungsempfehlungen vorzustellen und weiterzugeben.
  - Die Wahl der Wissensweitergabe wurde dabei vom Teamverständnis zu den Kollegen:innen und der bestehenden Beziehung zwischen Leitungs- und Handlungsebene beeinflusst. Teilweise wurde die Aufgabe mit Respekt vor der notwendigen Überzeugungsarbeit der Kolleg:innen gesehen, sodass die Unterstützung seitens der Leitungsebene erwünscht/gefordert wurde.
  - Das unterschiedliche Ausmaß des Personalmangels und der Personalfluktuaton beeinflusste die Wahl der Wissensweitergabe ebenfalls. Es musste genug Personal zur Verfügung stehen, um Pflegefachpersonen die Handlungsempfehlungen erläutern zu können, die somit zu diesem Zeitpunkt nicht in der Versorgung der Bewohnenden aktiv waren.

- In Bezug auf die Inhalte der Schulung wurden seitens der Teilnehmer:innen zudem einrichtungsspezifische Verbesserungsvorschläge entwickelt.
  - Unter anderem gibt das entwickelte Pflegenotfallassessment die Erhebung bestimmter Vitalparameter vor. Um z. B. die Sauerstoffsättigung zu messen, ist ein Pulsoxymeter notwendig. Dies war bislang in einigen Pflegeeinrichtungen nicht vorhanden und wurde im Rahmen der Integration der entwickelten Handlungsempfehlungen angeschafft.
  - Eine andere Einrichtung stellte auf Grund des Exkurses zu lebenserhaltenden Maßnahmen fest, dass sie über keine Beatmungsbeutel verfügt. Auch diese Einrichtung entschied sich dazu, diese anzuschaffen.
  - In einer anderen Einrichtung entstand die Idee eines sogenannten „Notfallkörbchens“, in welchem alle Messgeräte gesammelt gelagert werden können, die zur Erhebung der Vitalparameter entlang des Pflegenotfallassessments benötigt werden.
  - Des Weiteren gab es bereits Überlegungen, wie die Dokumente zu den Handlungsempfehlungen in das Qualitätsmanagement einer Pflegeeinrichtung eingebunden werden könnten.

#### 4.1.3 Reflektierte Limitationen der Multiplikator:innen-Schulung

- Eine angemessene Handhabung der notwendigen Messgeräte zur Erhebung der Vitalparameter entlang des entwickelten Pflegenotfallassessments wurde vorausgesetzt und war nicht Teil der Schulung.
- Das praktische Handeln entlang der Handlungsempfehlungen wurde anhand von vorbereiteten Praxisbeispielen theoretisch besprochen und in drei Pflegeeinrichtungen sequenziell in einem Rollenspiel ausprobiert. Der Praxisbezug hätte noch weiter ausgebaut werden können. Dem standen jedoch eingeschränkte zeitliche wie auch sachliche Ressourcen gegenüber. Ebenso musste zunächst eine Vertrauensbasis und somit eine angenehme Lernatmosphäre zwischen den Teilnehmer:innen und den Referent:innen aufgebaut werden. Dass ein Vertrauensaufbau Zeit benötigt, bestätigt das Beispiel, dass während einer Demonstration eines Fallbeispiels am ersten Schulungstag vom Referent:innen-Team auch Wiederbelebungsmaßnahmen demonstriert wurden. Das daran anschließende Angebot an die Teilnehmer:innen Wiederbelebungsmaßnahmen an der Reanimationspuppe zu üben, wurde jedoch nur von einer Person angenommen.
- Das Schulungskonzept berücksichtigte verallgemeinerte Erkenntnisse bezüglich des menschlichen Handelns. Individuelle Bedürfnisse, wie das Üben eines sicheren Auftretens von eher zurückhaltenden Persönlichkeiten gegenüber z. B. dominanten Angehörigen oder emotionale Stabilität in Stresssituationen, wurden angesprochen, aber nicht aktiv aufgebaut. Die Schulungskonzeption muss von einem individuellen Persönlichkeitstraining, Coaching oder Ähnlichem abgegrenzt betrachtet werden, da es sich auf die Organisation bezog. Eine Ergänzung des Schulungskonzeptes um Methoden, die auf ein Individuum zugeschnitten sind, wird als sinnvoll angesehen, wenn Teilnehmer:innen aus Eigeninitiative Unterstützung im Aufbau persönlicher Fähigkeiten im Nachgang für sich anstreben.

## 6 Auswertung der Arbeiten am Flip Chart

Die gemeinsame Arbeit an den vorbereiteten Flip-Charts zu möglichen „Knackpunkten“ (Siehe [12]) der entwickelten Handlungsempfehlungen hat gezeigt, dass zwar viele Faktoren existieren, die eine Notfallsituation beeinflussen, aber wenige Faktoren als sehr entscheidend empfunden werden. (Siehe Abbildung 3, 4 und 5.)

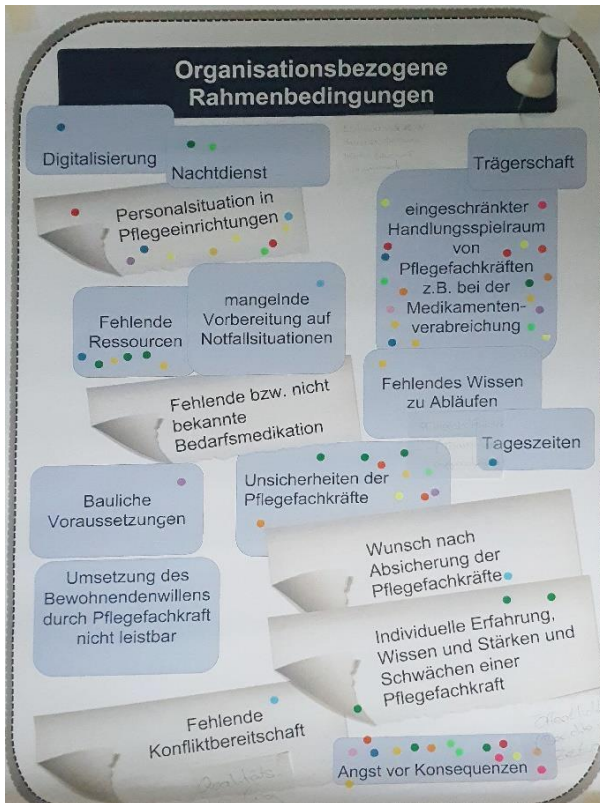


Abbildung 3: Eigene Darstellung, Bearbeitete Flip Charts zu organisationsbezogenen Rahmenbedingungen und berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit.

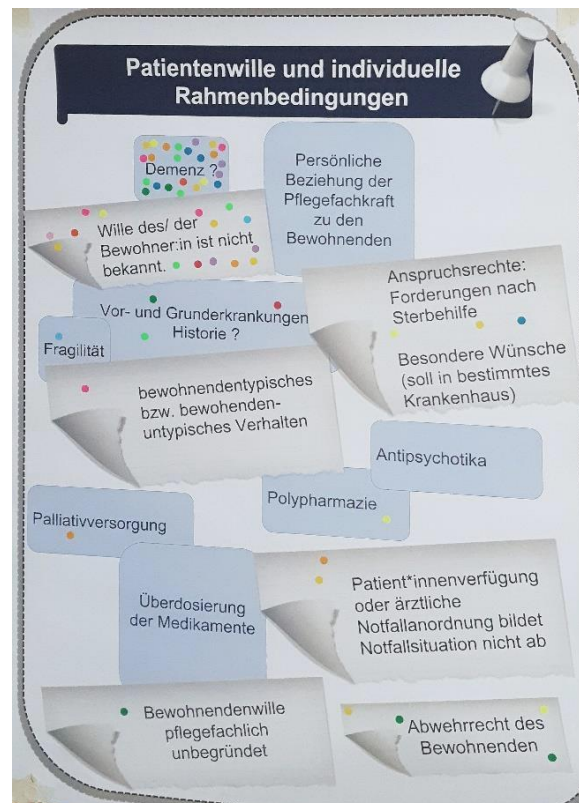
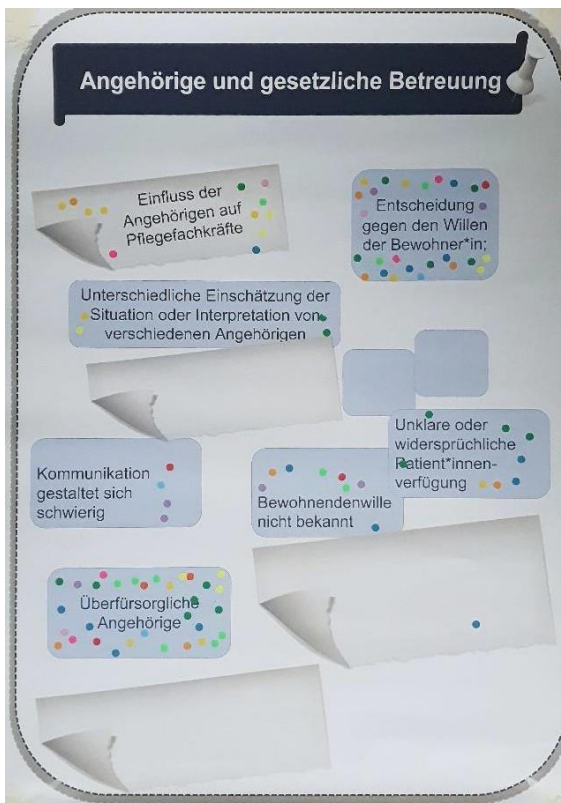


Abbildung 4: Eigene Darstellung, Bearbeitete Flip Charts zu Angehörigen und gesetzliche Betreuung sowie Patientenwille und individuelle Rahmenbedingungen.



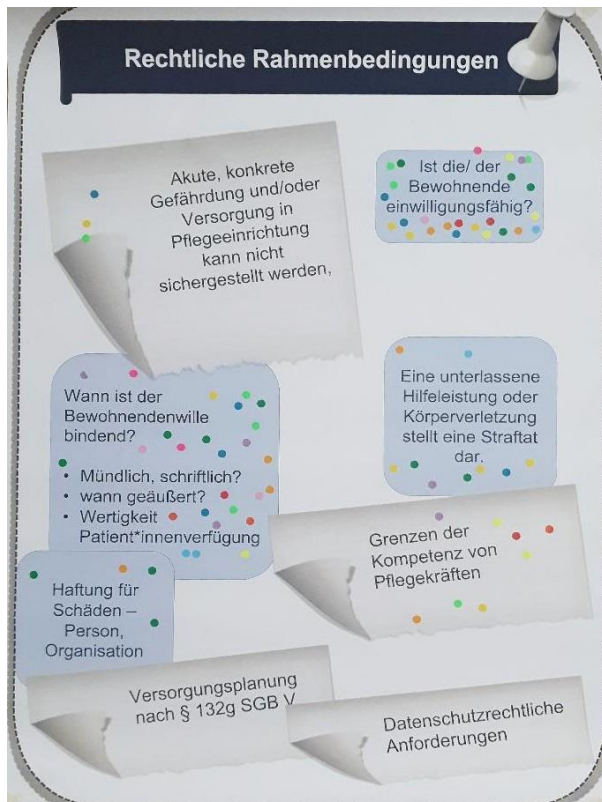


Abbildung 5: Eigene Darstellung, Bearbeitete Flip Charts zu rechtlichen Rahmenbedingungen.

Eine weitere Erläuterung ist [13] zu entnehmen.

## 7 Zielerreichung der Schulungskonzeption

Das Feedback der Teilnehmer:innen und die Beobachtungen der Referent:innen zeigen, dass die Schulungskonzeption zur Vorstellung der entwickelten Handlungsempfehlungen den Bedürfnissen und Bedarfen der anvisierten Zielgruppe als angemessen eingestuft werden kann:

Der Methodenmix erlaubte es, Lernende mit unterschiedlichen Lernformate zu erreichen. Das im Vorfeld definierte Gesamtziel der Informationsvermittlung und des Wissensaufbaus über die entwickelten Handlungsempfehlungen, den Umgang mit diesen und diese in den praktischen Arbeitsalltag zu integrieren, wird im Gesamten als erreicht eingestuft. Ein Großteil der Teilnehmer:innen erkannte die Vorteile und den Nutzen in den entwickelten Handlungsempfehlungen. Zu diesen zählen die von Jendretzki (2020) als Promoter:innen, Skeptiker:innen und Bremser:innen. Die Schulung bzw. der anvisierte Austausch über die entwickelten Handlungsempfehlungen hat es ermöglicht, persönliche und sachliche Risiken aufzuzeigen und zu verdeutlichen, dass diese bei der Entwicklung der Handlungsempfehlungen mitgedacht wurden. Vereinzelt konnten Teilnehmende jedoch innerhalb der Schulung nicht von den Handlungsempfehlungen überzeugt werden. Diese werden in Jendretzkis (2020) Modell den sogenannten Widerständlern zugeordnet. Es wird der Annahme gefolgt, dass diese ggf. mit der Zeit, auf Grund der Anwendung und des Handelns der Kolleg:innen ihre Einstellung ändern könnten.

Bei einer dezidierten Einstufung der Feedbackergebnisse entlang der formulierten Teilziele lassen sich folgende Erfolge wie auch Lücken aufzeigen.

### **Teilziel 1: Sensibilisierung für Dringlichkeit und Nutzen einer Notfallsituation**

Besonders zwischen der erkannten Notwendigkeit zur Strukturierung des Prozesses im Handeln der Pflegefachberufe und dem Einbezug des Willens der Bewohner:innen ist zu differenzieren. Ein Großteil der Teilnehmer:innen formulierte nach dem 2. Schulungstag, dass das angestrebte Handeln entlang der Handlungsempfehlungen nun besser nachvollzogen werden konnte, als nach Schulungstag 1. Besonders die Arbeit an den Praxisbeispielen wurde als „gut“ und „hilfreich“ eingestuft. Zusätzlich wurde in diesem Rahmen mehrfach geäußert, dass der Wille der Bewohner:innen auch bislang schon ermittelt und eingebunden wurde, der Einbezug aber nun systematischer erfolgen würde. Häufig wurde angesprochen, dass Notfallsituationen bereits vor der Schulung pflegefachlich beurteilt wurden, diese aber mit den Handlungsempfehlungen nun strukturierter erfolgen könne. Dabei wurde von erfahreneren Pflegefachpersonen mehrfach darauf hingewiesen, dass das Vorgehen nach den Handlungsempfehlungen besonders für Berufsanfänger:innen nützlich sein könne. Von den Praxisanleiter:innen wurde vorgeschlagen, die Inhalte der entwickelten Handlungsempfehlungen in die Pflegeausbildung zu integrieren. In einer Einrichtung wurde keine Verbesserung durch die Schulung gesehen.

Wie im Feedbackhimmel dargestellt (siehe Abbildung 2), bestanden entsprechende Vorurteile bei Teilnehmer:innen, wodurch zu Beginn der Schulung bei einigen Teilnehmer:innen auch eine abwehrende Haltung gegenüber dem Projekt und den Handlungsempfehlungen eingenommen worden war. Diese Teilnehmer:innen äußerten nach der Schulung, dass ihre Bedenken abgebaut wurden. Ebenfalls wurde seitens der Teilnehmer:innen gespiegelt, dass die Sammlung und Strukturierung des bisherigen Handelns als hilfreich angesehen wurde. Dies wurde von einigen Teilnehmer:innen für das eigene Handeln anerkannt, von anderen stellvertretend im Sinne einer Wissensweitergabe an die Auszubildenden.

Wie beschrieben, wurden in verschiedenen Einrichtungen zudem „Notfallkörbchen“ angelegt, um die Handlungsempfehlungen und damit verbundene medizinische Geräte für Notfallsituationen schnell zur Hand zu haben. Andere Einrichtungen waren nach der Multiplikator:innen-Schulung bestrebt, die vorgestellten Handlungsempfehlungen in das einrichtungsspezifische Qualitätsmanagement zu integrieren. In einem anderen Fall wurde bereits während der Schulungen berichtet, dass Teile der Handlungsempfehlungen angewandt wurden.

Bei der Vorstellung des entwickelten Pflegenotfallassessments wurde auf die Vorteile der vollständigen Durchführung und somit der Erhebung aller aufgeführten Parameter verwiesen. Die Teilnehmer:innen hinterfragten die Erhebung einiger Parameter in verschiedenen Situationen zwar, nahmen die Argumente jedoch an, dass eine vollständige Durchführung dabei hilft, Fehleinschätzungen zu vermeiden, etwas zu übersehen und die Kooperation mit möglichen Weiterversorgenden verbessert werden könnte.

### **Teilziel 2: Sicheres Verständnis und Umgang mit den Handlungsempfehlungen in Notfallsituationen**

Dieses Teilziel wird als annähernd erreicht eingestuft. Teilweise wurde der vorgestellte Handlungsrahmen als Wiederholung und teilweise als Neuartiges von den Teilnehmer:innen eingestuft. Ebenso wurde offensichtlich, dass die gesetzliche Grundlage nur in einem gewissen Rahmen Handlungssicherheit liefern kann, sodass ein Maß an Akzeptanz von gesetzlichen Grauzonen sowie Interpretationsspielräume notwendig sind. Es muss festgehalten werden, dass es einigen Teilnehmer:innen schwer fiel anzuerkennen, dass die gesetzliche Grundlage die Durchführung bestimmter Aufgaben durch Pflegefachpersonen nicht direkt verbietet. Vielmehr kann aus dem Gesetzestext abgeleitet werden, dass die Risiken mitgedacht und diesen begegnet werden muss. Ebenfalls fehlte die Reflexion bei einigen Teilnehmer:innen, dass sich im Rahmen des Risikomanagements einige Einrichtungsträger für interne Regelungen entschieden haben, die Handlungsspielräume von Pflegefachpersonen einschränken, z. B. indem Kathetersets oder „Hausapotheken“ nicht (mehr) vorgehalten werden.

Außerdem steht eine Situationsinterpretation auf rein gesetzlicher Ebene oft einer emotionalen und

ethisch- rechtlichen Ebene gegenüber, wodurch Drucksituationen für die entscheidenden Personen entstehen. Es zeigte sich auch, dass gesetzliche Grauzonen, Interpretationsspielräume und Halbwissen der Beteiligten zu Handlungsunsicherheiten führen. In diesem Zusammenhang wurde vermehrt das Krankheitsbild einer Demenz im Kontext von Willensäußerungen diskutiert. Das Krankheitsbild Demenz lässt an der ein oder anderen Stelle Wissenslücken offen, die nur in der individuellen Situation betrachtet werden können. z. B. könnte eine verweigerter Medikamenteneinnahme daher rühren, dass der/die Bewohner:in sich daran erinnert, dass er/sie keine Medikamente einnehmen möchte, weil z. B. die Nebenwirkungen vermieden werden sollen. Die Weigerung könnte aber auch daher stammen, dass der/die Bewohner:in vergessen hat, dass er/sie jetzt Medikamente einnehmen muss und die Einnahme stellt für die/den demenzerkrankte/n Bewohner:in etwas Unbekanntes ggf. Bedrohliches dar.

Ein weiteres Themenfeld stellt die Qualitätsprüfung nach SGB XI für Pflegeeinrichtungen in Deutschland dar. Nach § 11 SGB XI sollen Pflegeeinrichtungen grundsätzlich ihr Handeln an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Es wurde jedoch deutlich, dass die Qualitätsprüfung zu Druck und Angst vor Fehlern in den Pflegeeinrichtungen führt, welche weiterführend ein eher angepasstes Verhalten hinsichtlich der Wünsche der Angehörigen bedingen, als dass die Pflegefachpersonen medizinisch-pflegerisch fundiert handeln. Innerhalb der Schulung konnte mit den aufgezeigten Inhalten zwar ein Beitrag für ein sichereres Verständnis der gesetzlichen Grundlage erbracht werden. Der individuelle Umgang, auf Basis dieses Wissens zu handeln, hängt aber sowohl von der Persönlichkeit der Pflegefachperson sowie von Organisationskontexten und der spezifischen Notfallsituation ab.

### **Teilziel 3: Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit**

Da innerhalb des Forschungsprojektes die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen als Zielgruppe definiert wurde, richtete sich auch die Schulung über die entwickelten Handlungsempfehlungen an diese Zielgruppe. In der Bewertung der interprofessionellen Zusammenarbeit in diesen Beschreibungen über Notfallsituationen in Pflegeeinrichtungen wird daher allein die Perspektive der Pflegefachpersonen gespiegelt. Das Ziel der Förderung einer interprofessionellen Zusammenarbeit konnte in der Konzeption folglich nur einseitig berücksichtigt werden, da sowohl medizinisches Personal in Form von Hausärzt:innen und ärztlichem Bereitschaftsdienst als auch der Rettungsdienst als Berufsgruppe nicht in die Schulungen integriert waren. Der Projektumfang erlaubte es lediglich, diese Berufsgruppen über Informationsvideos und kurze Informationssessions über die Handlungsempfehlungen zu informieren. Ein Ausbau der interdisziplinären Betrachtung der Handlungsempfehlungen wäre wünschenswert.

Auch Pflegehilfskräfte, welche vermehrt in den Pflegeeinrichtungen eingesetzt sind, nahmen nicht an der Multiplikator:innen-Schulung teil (Ausnahme: Eine Pflegehilfskraft, die in einer Einrichtung am Implementierungstag, stellvertretend für eine verhinderte Pflegefachkraft teilnahm). Das Pflegehilfspersonal wurde im Rahmen der Multiplikator:innen-Schulung nicht primär als Teilnehmer:innen angesprochen, da Pflegefachpersonen die Verantwortung in Notfallsituationen innehaben. Innerhalb der Schulung wurde jedoch deutlich, dass somit vernachlässigt wurde, welche Rolle das Hilfs- und Assistenzpersonal in der Notfallversorgung beispielsweise bei der Ermittlung des Bewohner:innenwillens als Bezugsperson einnehmen könnte. In den Schulungen wurde vermehrt darauf hingewiesen, dass Pflegefachpersonen auf die Zuarbeit der Pflegehilfspersonen angewiesen seien. Auch wurde besonders in einer Einrichtung von Diskrepanzen in der Einschätzung von Versorgungssituationen berichtet, weil Pflegefachpersonen sich von Pflegehilfskräften gedrängt fühlten, den Rettungsdienst zu alarmieren, obwohl die Pflegefachpersonen selbst einschätzten, die Versorgung auch innerhalb der Einrichtung gewährleisten zu können. Hier ist aufzuarbeiten, wie diese Diskrepanzen in der Einschätzung entstehen und wie diese gemeinsam gelöst werden können. Daher ist die notwendige Zusammenarbeit zwischen diesen Berufsgruppen ebenfalls näher zu betrachten, um das Teilziel der interprofessionellen Zusammenarbeit zu erreichen.

Nicht zu vernachlässigen ist auch, dass in zahlreichen Einrichtungen darauf hingewiesen wurde, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit auch durch die Weiterversorgenden beeinflusst wird. Die

Mehrzahl der teilnehmenden Pflegefachpersonen hat die interprofessionelle Zusammenarbeit in diesem Zusammenhang an der wahrgenommenen Wertschätzung und dem zugestandenen Entscheidungs- und Handlungsspielraum gegenüber den Pflegefachpersonen bewertet. Es wurde ebenfalls deutlich, dass seitens der Pflegefachpersonen in den Pflegeeinrichtungen ein interprofessionelles Handeln an die Aktion und Reaktion der Interaktionspartner:innen (Weiterversorger) angepasst wird. Als Beispiel wurde hier die Zusammenarbeit mit verschiedenen Hausärzt:innen skizziert.

In einer Einrichtung wurde zusätzlich versucht, die Perspektive, auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit auch aus einer berufsfremden Sichtweise einzunehmen, indem viele Fragen über die Vorgehensweisen beim Rettungsdienst an den Dozierenden aus dem Rettungsdienst gestellt wurden. In einer anderen Einrichtung half ein inszeniertes Telefongespräch den Teilnehmer:innen zu verstehen, dass z. B. ein/e Hausärzt:in von der Kommunikation und den zur Verfügung gestellten Informationen abhängig sei, um sich auf dieser Basis für oder gegen einen Heimbesuch oder eine sofortige Krankenhauszuweisung zu entscheiden. Besonders die erarbeitete Übergabe-Checkliste zur Weiterversorgung, die auf der Grundlage des entwickelten Pflegenotfallassessments beruht und die Erhebung bestimmter Parameter bedingt, wurde seitens vieler Teilnehmer:innen anerkannt und dahingehend akzeptiert. Dem Gegenüber wurde jedoch auch dargestellt, dass die Handlungsempfehlungen das individuelle Handeln der anderen Versorgungspartner:innen nicht beeinflussen können, wenn diesen die Inhalte der Handlungsempfehlungen nicht bekannt seien. Eine Information der Weiterversorger hinsichtlich der entwickelten Handlungsempfehlungen wurde daher seitens der Teilnehmer:innen sehr begrüßt.

#### **Teilziel 4: Praktische Erprobung der Handlungsempfehlungen im Schulungsszenario**

Auf Grund der Entscheidung, das praktische Umsetzen von Fallbeispielen als freiwilliges Angebot, aber nicht als „Muss“ den Teilnehmer:innen gegenüber zu kommunizieren, ist dieses Ziel nur eingeschränkt erreicht worden. Es wurde deutlich, dass es den Teilnehmer:innen Überwindung gekostet hat, sich auf das fiktive Telefonat oder das Üben einer Reanimation einzulassen. Das Durchsprechen der Notfallszenarien und das beispielhafte Vorgehen entlang des entwickelten Pflegenotfallassessments mit Hilfe des erstellten Begleitmaterials hingegen wurde sehr positiv aufgefasst. Sowohl im Plenum als auch in der Gruppenarbeit wurden die Anwendungsbeispiele seitens der Teilnehmenden diskutiert und genutzt, den vorherigen Input auf die spezifische Situation zu beziehen.

#### **Teilziel 5: Transfersicherung und Rollenverständnis der fortgebildeten Multiplikator:innen**

Ein Rollenverständnis entsprechend der Erwartungen des Projektteams konnte mit Hilfe des erstellten Einführungsvideos im Schulungsbereich der Projekthomepage aufgezeigt werden. Die Annahme dieser Rolle war jedoch von den Unternehmensstrukturen, der bestehenden einrichtungsinternen Personalsituation und dem Handlungsfreiraum der Teilnehmer:innen abhängig. In zwei Einrichtungen stachen die Praxianleiter:innen hervor, die das Wissen in die Anleitung der Auszubildenden integrieren wollten. Eine Einrichtung fokussierte auf eigenem Antrieb, das Gelernte in praktisches Handeln im Arbeitsalltag umzusetzen, wodurch eine Vorbildfunktion entstehen kann und weitere Kolleg:innen zur Anwendung der Handlungsempfehlungen motiviert werden. Besonders deutlich wurde, dass in den Einrichtungen,

in denen sowohl (stellv.) Pflegedienstleitungen und Wohnbereichsleitungen als auch Teilnehmer:innen an der Schulung teilgenommen haben, die Wissensweitergabe weniger herausfordernd angesehen wurde. Die Teilnehmer:innen zeigten großes Interesse an der Strukturierung der Notfallversorgung. Andere Teilnehmer:innen verwiesen auf fehlenden Teamrückhalt, Personalausfälle, Fluktuation und ausbleibende Selbstmotivation als Herausforderungen, einen Wissenstransfer zu gewährleisten. Zum einen bestehe diese zwischen der Leitung und der Handlungsebene, zum anderen innerhalb der verschiedenen Teams der Handlungsebene, die sich auf Grund von Personalfluktuationen kurzfristig wieder neu zusammensetzen. Auch seitens der Referent:innen wurden in einigen Einrichtungen nachhaltige Vorschläge vermisst, wie Multiplikator:innen-Schulungen regelmäßig implementiert werden können, damit die Inhalte der Handlungsempfehlungen auch an neues Personal im Rahmen von Fortbildungen weitergegeben werden können. Hier wird ein Erreichen der eingeführten Stufen 3, 4, 5 und 6 als unsicher eingestuft.

## 8 Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Durchführung der Multiplikator:innen-Schulung durch organisatorische Herausforderungen in den kooperierenden Pflegeeinrichtungen beeinflusst wurde. Die Einschränkungen der COVID-19-Maßnahmen, Urlaubszeit, ein hoher Krankenstand infolge der COVID-19-Pandemie und Personalfluktuations führten zunächst zu Schulungsabsagen sowie Fluktuationen unter den Teilnehmer:innen während der Schulungstage. Dennoch war es zielführend, an den Präsenztage festgehalten zu haben, um ein Verständnis und Grundlagen für eine Akzeptanz des Forschungsprojekts und die entwickelten Handlungsempfehlungen zu erreichen. Rückblickend erscheint ein persönlicher Austausch zwischen Teilnehmer:innen und Referent:innen wesentlich für das Erreichen der Schulungsziele.

Der ausgewählte Methodenmix mit visueller, sprachlicher Gestaltung sowie die offene Raumgestaltung werden dahingehend eingeschätzt, dass diese den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprochen haben. Die Entscheidung, einrichtungsinterne Schulungen anzubieten, um den organisatorischen Herausforderungen der Pflegeeinrichtungen entgegenzukommen, ist aus didaktischer Perspektive jedoch mit Einschränkungen zu sehen, da eine Fokussierung der Teilnehmer:innen auf die Schulungsinhalte nur bedingt möglich war. Eine Schulung mit räumlich größerer Distanz zum Dienstort hätte eher verhindern können, dass die Teilnehmer:innen zeitgleich immer wieder pflegerische Aufgaben übernehmen und die Schulung zwischendurch verlassen.

Inhaltlich ist festzuhalten, dass besonders die fokussierte Berücksichtigung des Willens der Bewohner und Bewohnerinnen sowie ein strukturiertes Vorgehen in Notfallsituationen von den geschulten Pflegefachpersonen als „*neuartig*“ eingestuft wurden. Es wurde deutlich, dass auch nach Abschluss der Multiplikator:innen-Schulung eine weitere Begleitung der Einrichtungen sinnvoll ist, um das erreichte Wissen auszubauen. Ebenso ist weitere Motivation der Teilnehmer:innen für die Erprobung der entwickelten Handlungsempfehlungen vorzunehmen. Auch ist sicher zu stellen, dass geeignete organisatorische Strukturen geschaffen werden, die es den Teilnehmer:innen ermöglichen, die gelernten Inhalte auch anzuwenden. Ein Wissensaustausch über die gemachten Erfahrungen bei der Anwendung der Handlungsempfehlungen, kann dazu beitragen, dass die Teilnehmer:innen weiterhin in ihrem „*neuen*“ Handeln bestärkt werden. Einige Multiplikator:innen haben deutlich darauf hingewiesen, dass der Wissenstransfer mehr Zeit benötigt, als es der Rahmen der durchgeführten Schulungs- und Implementierungstage ermöglichte.

Als entscheidend kristallisierte sich die Rolle der Leitungs- und Führungspersonen heraus. Waren diese in den Schulungsprozess stark involviert, so wurde eine höhere Motivation durch das Referent:innen-Team wahrgenommen, die Integration und Erprobung der Handlungsempfehlungen vorzunehmen. Auch die vorherrschende Organisationskultur ist ein relevanter Faktor für die Integration der Handlungsempfehlungen, da diese den Handlungsspielraum der Pflegefachpersonen aufzeigen. Es wurde deutlich, dass Pflegefachpersonen mit einem größeren Handlungsspielraum eher motiviert werden konnten, die Erprobung der Handlungsempfehlung in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen zu unterstützen und das notwendige Wissen zu streuen.

Neben den vorgefundenen Situationen sind also Veränderungen in den Einrichtungen bzw. in den übergreifenden Kontextbedingungen, die innerhalb der Langfassung der Handlungsempfehlungen aufgeführt werden, relevant. Change-Management im Gesundheitswesen gewinnt immer mehr an Bedeutung [14]. Das Beschriebene zeigt auf, dass theoretische Grundlagen aus dem Change-Management herangezogen werden können, eine zielgruppenspezifische Fortbildung in Pflegeeinrichtungen seitens eines externen Referent:innen-Teams zu konzipieren und den Lern- und Wissenstransfer auf personenbezogener Ebene (Teilnehmer:innen) anzustoßen. Bei der Integration und Verstetigung im Praxisalltag darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass die Multiplikator:innen-Schulung den Beginn eines übergeordneten organisationsbezogenen Veränderungsprozesses in den Einrichtungen darstellte. Ein aktives Eingreifen in die Organisationsstrukturen der Einrichtungen ist jedoch nicht Teil des Forschungsprojektes gewesen, sondern musste von den jeweiligen Einrichtungen erfolgen. Allein ein Vernetzungsangebot unter den Einrichtungen und ein weiterer Austausch zum Forscher- und Referent:innen-Team konnten innerhalb des Forschungsprojekts realisiert werden. Weitere coachende Einheiten oder Unterstützung bei bedingenden Prozessoptimierungen wurden als sinnvoll eingestuft, konnten aber innerhalb dieses Forschungsprojekts nicht erfolgen, da die primäre Zielstellung, Handlungsempfehlungen in Notfallsituationen zu entwickeln und zu erproben, vernachlässigt worden wäre. Dass Change-Management in der Pflege ein komplexes Vorhaben umfasst, beschreibt Beil-Hildebrand (2014) in ihrem Buch, bezugnehmend auf die Umwelt und den zunehmenden Einsatz von Technologien [15]. Es besteht deutlicher Forschungsbedarf, wie Change-Management in Einrichtungen der Versorgung nach SGB XI an personenbezogene Lern- und Wissenstransfers andocken kann und den übergeordneten Veränderungsprozess auf organisationsbezogene Ebene unterstützt werden kann.

## **9 Ausblick**

Die beschriebenen Erkenntnisse weisen deutlich darauf hin, dass neben den Pflegeeinrichtungen und Bewohner:innen selbst in Notfallsituationen in Pflegeeinrichtungen und dem Prozess zur Krankenhauszuweisung auch der Rettungsdienst, Arztpraxen und der ärztliche Bereitschaftsdienst beteiligt sein können. Die Perspektive der Weiterversorgenden (Rettungsdienst, ärztlicher Bereitschaftsdienst und Hausärzt:innen) wurde innerhalb der Schulung zunächst repräsentativ vertreten. Es wurde offensichtlich, dass eine interdisziplinäre Betrachtung des Versorgungsprozesses von Pflegeheimbewohner:innen in Notfallsituationen notwendig ist, um diese zu verbessern. Verschiedene Akteur:innen sollten ein Verständnis für die Herausforderungen der anderen Leistungserbringer auf- und ausbauen, sodass Herausforderungen im Versorgungsprozess häufiger gemeinsam behoben werden können. Nach der Durchführung der Multiplikator:innen-Schulung wurde sich daher dafür entschieden, für Vertreter:innen des Rettungsdienstes ein Informationsvideo zu erstellen und zu streuen. Dieses ging in der Studienregion an die Mitarbeiter:innen der Rettungsleitstelle, Notärztinnen und Notärzte sowie das Rettungsfachpersonal und die Notfallsanitätärschule. Nach der Erprobungsphase der entwickelten Handlungsempfehlungen innerhalb des Forschungsprojekts wird anvisiert, auch weitere interessierte Akteur:innen wie

Hausärzt:innen und Krankenhäuser aus der Forschungsregion ausführlich über die Ergebnisse des Forschungsprojekts zu informieren.

Des Weiteren geben die hier beschriebene Schulungskonzeption sowie das erhaltene Feedback der Teilnehmer:innen und die Selbstreflexion des Referent:innen-Teams wertvolle Hinweise, um weitere bzw. bestehende zielgruppenspezifische Fortbildungen in Pflegeeinrichtungen zu konzipieren bzw. weiterzuentwickeln. Zum Beispiel wurden besonders die rechtlichen Grundlagen als wichtiges Thema in der Aus- und Fortbildung gesehen, für welches mit klarem Praxisbezug mehr sensibilisiert werden sollte. Dabei sind die angesprochenen Strukturparameter sowie die vorherrschenden Organisationskulturen individuell zu erheben und zu berücksichtigen. Des Weiteren könnten die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung in Pflegeeinrichtungen beitragen. So könnte geprüft werden, ob wiederholende Schulungen der entwickelten Handlungsempfehlungen, angepasst an die Zielgruppe der Pflegefachpersonen und den spezifischen Hintergrund einer Pflegeeinrichtung, einen Mehrwert gegenüber den bisherigen Erste-Hilfe-Kursen liefern, die bislang zur Vorbereitung auf Notfallsituationen durchgeführt werden.

Abschließend können die hier beschriebenen Erkenntnisse auch vor dem Hintergrund der Implementierungswissenschaften betrachtet werden. Wie im Vortrag „Resilienzentwicklung von Pflegefachpersonen in Notfallsituationen stationärer Pflegeeinrichtungen“, des Kongresses „Gerontologie und Geriatrie Kongresses 2022 vom 12.-15.09.2022 in Frankfurt am Main“ aufgezeigt, können die hier dargestellten Ergebnisse zusätzlich vor dem Hintergrund eines Resilienzaufbaus von Pflegefachpersonen analysiert und diskutiert werden. Der Resilienzaufbau wird derzeit branchenübergreifend, z. B. in Bezug auf die Digitalisierung sowie notwendige Arbeitsbedingungen, aber auch im Rahmen des Krisenmanagements betrachtet. Aufbauend können einerseits weitere Forschungsfragen entwickelt werden, andererseits können diese Erkenntnisse bereits in die Durchführung von Implementierungsprojekten integriert werden.

## 10 Literatur

- 1 AOK-Verlag GmbH. Pflege: Übersicht Expertenstandards - Internetauftritt der AOK-Verlag GmbH (22.11.2023). Im Internet: [www.aok-verlag.info/de/uebersicht-expertenstandards](http://www.aok-verlag.info/de/uebersicht-expertenstandards); Stand: 22.11.2023
- 2 Büscher A, Blumenberg P. Nationale Expertenstandards in der Pflege – Standortbestimmung und künftige Herausforderungen. In: Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Springer VS, Wiesbaden; 2018: 93–117
- 3 Büscher A, Stehling H. Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“: Was befördert eine gelingende Beziehungsgestaltung? Pflege & Gesellschaft 2020; (1): 5–19
- 4 Bolz H. Pflegeeinrichtungen erfolgreich führen: Organisationskultur zwischen Marktorientierung und Berufsethik. Wiesbaden: Springer Gabler; 2015
- 5 Oldhafer M, Nolte F, Spiegel A-L, Schrabback U (Hrsg.). Arbeitsbuch zu Change Management in Gesundheitsunternehmen: Wellenbrecher des Wandels - Praktische Übungen und Werkzeuge. Wiesbaden: Springer Gabler; 2020
- 6 Krebs S, Katzmarzyk D, Hasseler M, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften. Wissenschaftlicher Abschlussbericht zu Arbeitspaket 3 im Forschungsprojekt „Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR)“. Kriterien und Möglichkeiten einer Qualitätsberichterstattung. Wolfsburg: Ostfalia Hochschule für Angewandte Wissenschaften Braunschweig/ Wolfenbüttel; 2022
- 7 Primc N. Der Umgang mit Ressourcenknappheit in der Pflege. Reichweite und Grenzen individueller Verantwortung unter Knappheitsbedingungen. European Journal for Nursing History and Ethics; DOI: 10.25974/ENHE2020-7DE
- 8 Wassong T (Hrsg.). Datenanalyse in der Sekundarstufe I als Fortbildungsthema [Dissertation]. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016
- 9 Wagner E. Use of multipliers in change communication: How credible personal communication can make change effective. In: Klewes J, Langen R (Hrsg.). Change 2.0: Beyond Organisational Transformation. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2008: 75–86
- 10 Oldhafer M, Nolte F, Spiegel A-L, Schrabback U. Arbeitsbuch zu Change Management in Gesundheitsunternehmen: Wellenbrecher des Wandels - praktische Übungen und Werkzeuge. 1 Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH; Springer Gabler; 2020
- 11 Mayer R. The Cambridge Handbook of Multimedia Learning. Cambridge: Cambridge University Press; 2014
- 12 Krebs S, Czaputa E, Günther A, Hasseler M, Ruppert S-N. Handlungsempfehlungen in der Praxis implementieren. Pflegez; DOI: 10.1007/s41906-023-2128-0
- 13 Krebs S, Hasseler M. Erratum: Qualitätsmessung in Einrichtungen der Langzeitpflege – Notwendigkeit eines systemischen Verständnisses. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz; DOI: 10.1007/s00103-023-03688-2
- 14 Schuster T, Kohorst J, Hassan A. Change Management: So gelingt der Wandel. Pflegez; DOI: 10.1007/s41906-017-0195-9
- 15 Beil-Hildebrand MB. Change Management in der Pflege: Gestalten und Verhalten von und in Gesundheitsorganisationen. 1 Aufl. Bern: Huber; 2014