

PFLEGE ZEITSCHRIFT

69. Jahrgang •• Januar 2016

1 | 2016

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



www.kohlhammer-pflege.de

Innovative Pflege^x

Technik in der Pflege

Vor- und Nachteile der Radio-Frequency-Identification

Die Eigensprache des Patienten

Wie man mithilfe der Idiolektik effizient kommuniziert

Eine Aufgabe für die Pflege

Wie die Familienmoderation gelingt

Kohlhammer

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Nada Ralic

Expertenstandards in der ambulanten Pflege

Ein Handbuch für die Pflegepraxis

2012. 370 Seiten, 45 Abb., 50 Tab. Kart. € 39,90
ISBN 978-3-17-021168-1

auch als
EBOOK

Der Gesetzgeber hat durch den Erlass der Gesetzbücher V und XI pflegerische, medizinische und rehabilitative Einrichtungen dazu verpflichtet, ihre Leistungen „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ zu erbringen. Seit 01.07.2008 sind alle SGB-XI-Einrichtungen gemäß § 113a zur Umsetzung der Expertenstandards verpflichtet. Die Qualitätskriterien der Expertenstandards machen die Hälfte der vom Medizinischen Dienst zu prüfenden Kriterien aus, davon fließen 16 Kriterien in die TÜV-Note ein. Diese Qualitätskriterien werden hier im Buch für jeden Expertenstandard ausführlich dargestellt und vorgestellt; worauf ist z. B. bei der Einschätzung des Dekubitusrisikos zu achten oder wie können „Stolperfallen“ in der eigenen Wohnung erkannt und vermieden werden. Das Buch geht auch auf die Besonderheiten zur Umsetzung der Expertenstandards ein und gibt einen Überblick über Zusammenhänge und Wechselwirkungen der Expertenstandards untereinander.

Dr. med. Nada Ralic, Allgemeinärztin, ex. Krankenschwester, Master of Public Health, Assessorin für European Foundation for Quality Management (EFQM), arbeitet als Qualitätsmanagementbeauftragte bei der Diakonie in Düsseldorf, Gemeindedienst der evangelischen Kirchengemeinde e.V.



Gonda Bauernfeind/Steve Strupeit

Dekubitusprophylaxe und -behandlung

Praxisleitfaden zum Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

2014. 261 Seiten, 49 Abb., 51 Tab. Kart. € 29,99
ISBN 978-3-17-022080-5

auch als
EBOOK

Dekubitusprophylaxe ist noch immer ein wichtiges Thema in der Pflege. Die Prophylaxe und Behandlung müssen nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgen. Das Ziel ist die Vermeidung eines Dekubitus. Dies soll mit der Umsetzung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (1. Aktualisierung) vom DNQP entsprechend erreicht werden. Dieses Buch vermittelt das aktuelle Wissen, wie bspw. der Umgang mit der Dekubitusrisikoeinschätzung, die Entstehungstheorien, den Einsatz von Hilfsmitteln und Patientenedukation. Die Handlungsebenen des Expertenstandards werden aufgezeigt und praktische Umsetzungshilfen für alle Bereiche der pflegerischen Versorgung gegeben.

Gonda Bauernfeind, Pflegedienstleiterin, Wundtherapeutin®DGfW (Pflege), Mitglied der DNQP-Expertenarbeitsgruppe „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, freiberufliche Dozentin im Gesundheitswesen und Gutachterin.

Prof. Dr. rer. cur. Steve Strupeit, Wundtherapeut®DGfW (Pflege), Schriftleitung der Zeitschrift für Wundheilung, Mitglied der DNQP-Expertenarbeitsgruppe „Förderung und Erhaltung der Mobilität“.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711/7863-7280 · Fax 0711/7863-8430 · vertrieb@kohlhammer.de

Kohlhammer

Alles neu macht der Januar

ALEXANDER ROSE

Für die *Pflegezeitschrift* hat 2016 aus zweierlei Gründen ein besonderes Jahr begonnen: Zum einen haben wir eine neue Internetseite und zum anderen haben wir die *Pflegezeitschrift* ein wenig „renoviert“ (und nebenbei gleich digitalisiert). Dabei haben wir uns von dem Anspruch und Ziel leiten lassen, das Profil der Zeitschrift zu schärfen und gleichzeitig mehr Service und Abwechslung zu bieten, was sich bereits in der ersten Ausgabe des Jahres zeigt.

Zukünftig wird die *Pflegezeitschrift* generalistischer ausgerichtet sein und eine noch konsequentere Praxisorientierung haben (Stichwort „handlungsleitend“). Der Wissens- und Know-how-Transfer mit didaktischer Ausrichtung wird an Bedeutung ebenso zulegen wie die ambulante Pflege stärker in den Fokus rücken wird. Der Komplexität in Pflege und Medizin wollen wir gerecht werden, indem die sektorenübergreifende Versorgung eine größere Rolle spielt, schließlich findet die Pflege im Schnittfeld multiprofessioneller Teams statt. Und last but not least wird die *Pflegezeitschrift* zukünftig mehr Meinung bieten und pointiert Position beziehen.

Eine auffällige Neuerung im Januar ist sicher der Start eines Fortbildungs-Angebotes für alle registrierten beruflich Pflegenden. In Zusammenarbeit mit www.RegbP.de können Sie nun jeden Monat Punkte sammeln, indem Sie Fragen zu einem bzw. mehreren Artikeln beantworten. Näheres dazu finden Sie auf Seite 60.

Den wichtigen, grundlegenden Meldungen aus Pflege und Gesundheitspolitik räumen wir ab sofort mehr Platz im Heft ein. Auch gibt es neue Rubriken: Eine davon ist „Pro & Contra“: Hier machen die SPD-Politikerin Hilde Mattheis und die Grünen-Politikerin Elisabeth Scharfenberg den Anfang. Sie stellen ihre Sicht auf das Pflegestärkungsgesetz II auf den Seiten 10 und 11 vor.

In der ebenfalls neuen Rubrik „Zur Diskussion“ wundert sich Jutta Kaltenegger über das „seltsame Schweigen jeglicher Kritik an der Entbürokratisierung“ (S. 12), während Georg Betz ab Seite 14 betont, dass der Umgang Pflegenden mit Stressoren noch ausbaufähig ist ...

Peer-Review-Artikel finden Sie zukünftig auf unserer neuen Homepage in kompletter Form, ins Heft nehmen wir nur noch Abstracts. Als Abonnenten haben Sie dort auch Zugriff auf ältere pflegewissenschaftliche Artikel, zunächst die des Jahres 2015.

Und auch einem verbreiteten Leserwunsch kommen wir nach: Mit Beginn des Jahres erhalten Sie die *Pflegezeitschrift* über unsere Homepage auch als E-Paper.

Darüber hinaus startet am 11. Januar unsere neue Homepage. Zukünftig finden Sie den Internet-Auftritt der *Pflegezeitschrift* nicht mehr unter www.pflegezeitschrift.de, sondern unter www.kohlhammer-pflege.de. Dort finden Sie aber noch viel mehr: Wir verstehen www.kohlhammer-pflege.de als Portal, auf dem Sie alle wichtigen Informationen rund um die Pflege finden: Von News über Veranstaltungshinweise bis hin zu einem umfangreichen redaktionellen Teil mit Interviews und Portraits von Menschen aus der Pflegeszene. Neben bereits Berufstätigen spricht das Portal auch Interessierte an, die überlegen, einen Pflegeberuf zu erlernen, sowie bereits Ausgebildete, die vor der Entscheidung für ein Pflege-Studium stehen. Der Zugangscode für den exklusiven Abonnentenbereich geht Ihnen mit der Rechnung zu.

Bevor das Editorial zu Ende geht, gibt es noch zwei Personalien zu erwähnen:

Zum einen möchte sich die Redaktion bei Dr. Udo K. Lindner bedanken. In den letzten zehn Jahren hat Dr. Lindner in der Campus-Rubrik 60 Mal einen Blick auf Krankheitsbilder geworfen. Sein letzter Artikel erschien im Dezember-Heft. In all den Jahren war Dr. Lindner ein zuverlässiger und kompetenter „Stammautor“, der der Redaktion durch seine liebenswerte Art ans Herz gewachsen ist. Für seinen Beitrag zur *Pflegezeitschrift* bedankt sich die Redaktion an dieser Stelle von ganzem Herzen!

Zum anderen beginnt 2016 für mich persönlich ein neuer Abschnitt: Nach knapp fünf Jahren verlasse ich die Redaktion Mitte Januar. An dieser Stelle möchte ich zum einen unseren treuen Leserinnen und Lesern danken, die die *Pflegezeitschrift* zum Teil schon seit vielen Jahren beziehen. Zum anderen sage ich allen ein- und mehrmaligen Autoren sowie den Mitgliedern des Editorial Boards ein herzliches Dankeschön für die gute und zuverlässige Zusammenarbeit! Bleiben Sie gesund und munter!

Ihr



Alexander Rose (Redakteur)

Telegramm

„Menschen, die ins Krankenhaus müssen, können sich nicht mehr darauf verlassen, gut versorgt zu werden.“ Dieser traurige, aber wenig überraschende Satz stammt von Sylvia Bühler, Mitglied des Bundesvorstandes der Dienstleistungsgewerkschaft verdi. Sie sagte ihn bei der Anhörung zu ihrer sogenannten „Krankenhauspetition“, mit der Bühler ein Gesetz zur Personalbemessung fordert. Mehr als 180.000 Unterschriften hat sie bisher gesammelt. Sie wies darauf hin, dass, obwohl die Beschäftigten alles aus sich herausholen würden, sie nicht das fehlende Personal wettmachen könnten. Nach einer Erhebung der Gewerkschaft fehlten bundesweit in den Krankenhäusern 162.000 Stellen, allein 70.000 in der Pflege. Auch viele Gefährdungsanzeigen, in denen Mitarbeiter die Klinikleitungen auf die Problematik aufmerksam gemacht haben, hätten bisher nicht zu Verbesserungen geführt. Der Personalnotstand sei nicht nur für die Patienten gefährlich, sondern mache auch die Beschäftigten krank. Und wie reagiert die Politik? Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, erteilt der Forderung nach einem Gesetz zur Personalbemessung eine Absage. Den Ergebnissen der Expertenkommission wolle man nicht vorgreifen, so die CDU-Politikerin.

VORSCHAU 2/2016

Schwerpunkt:
Das Bett

Wie man sich bettet
Eine Kulturgeschichte des Krankenbettes

Fluch oder Segen?
Das ungenutzte Potenzial der Klinikbetten im digitalen Zeitalter

Gewalt zwischen Pflegenden und Patienten
Ein systemischer Blick auf ein wichtiges Thema

PFLEGE
ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Redaktion

Christian Heinemeyer, M.A.
Chefredakteur (chh)
Tel.: 07 11/78 63-73 28
christian.heinemeyer@kohlhammer.de

Alexander Rose, M.A.
Redakteur (aro)
Tel.: 07 11/78 63-72 38
alexander.rose@kohlhammer.de

Unter Mitarbeit von

Presseagentur Gesundheit (pag), Berlin

Wissenschaftliches Editorial Board

Katrin Balzer, Lübeck
Almuth Berg, Halle/Wittenberg
Marcellus Bonato, Münster
Christa Flerchinger, Frankfurt am Main
Steffen Fleischer, Halle/Wittenberg
Thomas Fischer, Dresden
Johannes Gräske, Bremen
Elisabeth Holoch, Stuttgart
Sascha Köpke, Lübeck
Christa Lohrmann, Graz
Rüdiger Ostermann, Münster
Bernd Reuschenbach, München
Friederike Störkel, Münster
Antje Tannen, Berlin

Media-Service

Anzeigenleitung: Stefan Steinacker
Anzeigenverkaufsberatung: Peter Weiß
Tel.: 07 11/78 63-72 58
Fax: 07 11/78 63-83 93
peter.weiss@kohlhammer.de

Vertrieb und Abo-Service

Marcus Jendretzke
Tel.: 07 11/78 63-72 77
Fax: 07 11/78 63-84 30
marcus.jendretzke@kohlhammer.de

Erscheinungsweise

Die Pflegezeitschrift erscheint monatlich, jeweils bis zum 5. eines Monats.

Jährlicher Bezugspreis: 58,70 Euro/78,90 sFr zzgl. 8,40 Euro Versandkosten, Vorzugspreis für Schüler der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe sowie für Studierende (gegen Bescheinigung): 31,90 Euro/42,90 sFr zzgl. 7,90 Euro Versandkosten, Probeabo: 18,65 Euro (inklusive Versand)/26,90 sFr.

Einzelpreis: 10,90 Euro/16,50 sFr zzgl. Versandkosten

Bestellungen: Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart, und beim Buchhandel

Abbestellungen: 6 Wochen vor Kalenderjahresende

Anzeigen: Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 46 vom 1. Januar 2016.

Copyright

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, Einspeicherung in EDV-Systeme, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern, z.B. CD-ROMs, verwerten (Offline-Recht). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der W. Kohlhammer GmbH unzulässig und strafbar. Der Verlag erlaubt allgemein das Fotokopieren zu innerbetrieblichen Zwecken, sofern dafür eine Gebühr an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München, entrichtet wird, von der die Zahlungsweise zu erfragen ist.

Manuskripte

Zur Veröffentlichung eingereichte Manuskripte dürfen vorher oder gleichzeitig nicht anderweitig zum Abdruck angeboten werden. Eine Entscheidung über eine Veröffentlichung erfolgt erst nach eingehender Prüfung des Manuskriptes. Dies gilt sowohl für unverlangt eingesandte als auch für angeforderte Beiträge. Wissenschaftliche Beiträge werden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen. Die Kürzung und redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Prüfung, ob Urheberrechte Dritter berührt werden, sowie die Einholung des Abdruckrechtes für zugesandte Fotos oder Abbildungen obliegen dem Absender. Die detaillierten Manuskriptrichtlinien können unter www.pflegezeitschrift.de abgerufen oder telefonisch angefordert werden.

Wichtiger Hinweis

Mit Namen gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des Verfassers wieder, die nicht mit der der Redaktion identisch sein muss. Wie andere Berufe auch, ist die Pflege ständigen Entwicklungen unterworfen. Sofern in dieser Zeitschrift Angaben zu Anwendungsgebieten, Applikationsformen, Dosierungen oder Abrechnungsmodi gemacht werden, dürfen die Leser zwar darauf vertrauen, dass große Sorgfalt darauf verwandt wurde, dass diese dem Wissensstand bei Fertigstellung der Ausgabe entsprechen, jedoch kann vom Verlag keine Gewähr für diese Angaben übernommen werden. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass diese im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten sind.

Verlag und Gesamtherstellung

W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart
Tel.: 07 11/78 63-0
www.pflegezeitschrift.de
www.kohlhammer.de
pflegezeitschrift@kohlhammer.de

Die Zeitschrift ist der „Informationsgemeinschaft zur Verbreitung von Werbeträgern“ angeschlossen.



AKTUELLES

8 **Der Geldhahn ist aufgedreht**
Der Gesetzgeber stellt einen gut gefüllten Fonds für innovative Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung bereit.
ANITA HAUSEN

PRO & CONTRA

10 **Für einen Systemwechsel in der Pflege**
SPD-Politikerin Hilde Mattheis verteidigt das Pflegestärkungsgesetz II
HILDE MATTHEIS

11 **Herbe Enttäuschung**
Das Pflegestärkungsgesetz II stößt bei der Opposition auf Kritik. Die Grünen-Politikerin Elisabeth Scharfenberg erläutert ihre Vorbehalte.
ELISABETH SCHARFENBERG

ZUR DISKUSSION

12 **Hallo? Ist hier jemand?**
Zum seltsamen Schweigen jeglicher Kritik an der Entbürokratisierung
JUTTA KALTENEGGER

14 **Manches ist auch eine Frage der Einstellung**
Der Alltag von Pflegenden ist mit vielen Stressoren verbunden. Der Umgang damit ist noch ausbaufähig, meint Georg Betz.
GEORG BETZ

PFLEGEPRAXIS

18 **Schmerzfrei und entspannt**
Analgesiesierung ist ein Goldstandard auf Intensivstationen. Unser Autor stellt einen Sedierungsalgorithmus vor.
JAN WIESEMANN

24 **Zuhören, analysieren, aufzeigen**
Familienmoderation ist auch eine Aufgabe der Pflege
MAREIKE O. TOLSDORF

28 **Eine Frage der Haltung**
Mithilfe der Idiolektik, dem Umgang mit der Eigensprache des Patienten, kann man effizient kommunizieren
CHRISTA OLBRICH

32 **Lückenlose und umfassende Versorgung**
Der Rehabilitationsprozess bei chronisch kranken Patienten auf Grundlage des Trajekts-Modells
ELISABETH HÖWLER

35 **Der Weg in die Stille**
Spiritualität kann helfen, innere Quellen zu entdecken
FRANZISKUS KNOLL

TECHNIK IN DER PFLEGE

42 **Auf Nummer sicher?**
Radio-Frequency-Identification-Technologie (RFID) in der Pflege
KATHRIN SUNDERMANN

PFLEGMANAGEMENT

48 **Dem Unternehmen ein Gesicht geben**
Integration von ausländischen Pflegekräften im Akutkrankenhaus
ISABELLE METZ

52 **Ein wichtiges Instrument zur Nachwuchsgewinnung**
Tausende Schulabgänger machen ein Freiwilliges Soziales Jahr. Dies kann einen Einstieg in den Pflegeberuf darstellen.
UWE BERND SCHIRMER

CAMPUS

56 **Schmerz lass nach**
Im Fokus: Nichtmedikamentöse Schmerztherapie
NADINE LEXA



Foto: Sashkin/Fotolia

12 Entbürokratisierung

Von der Entbürokratisierung in der Pflege ist in der letzten Zeit viel die Rede gewesen – meist durchweg positiv. Jutta Kaltenegger sieht das ein bisschen anders und hakt in ihrem Kommentar an der ein oder anderen Stelle nach ...



Foto: Photographee.eu/Fotolia

24 Familienmoderation

Ein Pflegefall führt in Familiensystemen meist zu großen Belastungen. Nicht selten nehmen Konflikte dabei ein Ausmaß an, das die gesamte Familie belastet. Familienmoderatoren können dann sinnvoll eingreifen. Auch Pflegenden können diese Rolle übernehmen ...



Foto: vadyimvrobot/Fotolia

35 Spiritualität

Spiritualität kann ein Wundermittel gegen Alltagsstress und zur Bewältigung beruflicher Herausforderungen sein. Sie kann größere Vitalität und ein höheres Maß mentaler Balance bewirken. Nur: Wie findet man zur eigenen Spiritualität? Wie macht man sie sich zu eigen?

- 1 Editorial
- 2 Impressum
- 4 Kurzberichte
- 40 Buchtipps
- 46 ImPuls der Wissenschaft
- 62 Stellenmarkt/Anzeigen

⊗ = Schwerpunktthema
PR = Peer-Review-Verfahren

Titelbild: Klaus Mihatsch/Immanuel Klinik Rüdersdorf

Pflegeausbildung wird neu gestaltet Neues Pflegeberufegesetz soll 2018 in Kraft treten

(Berlin) Die Pflegeausbildung wird generalistisch, das Schulgeld abgeschafft. Das sieht ein Entwurf des Pflegeberufegesetzes von Familienministerin Manuela Schwesig (SPD) und Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) vor. Zudem werden Lohn für Pflegeazubis sowie ein ergänzendes Studium eingeführt.

Geplant ist, die bisherigen Berufe Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichen Ausbildungsgang zusammenzuführen. Künftig heißt der Abschluss „Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann“. Der Zugang ist für Jugendliche mit dem erfolgreichen Abschluss des 10. Schuljahrs möglich. Für Pflegehilfskräfte soll es ebenfalls Einstiegsmöglichkeiten geben. Die Ausbildung soll drei Jahre dauern und sich aus Modulen zusammensetzen. Neben einer identischen Grundausbildung bestehen Wahlmöglichkeiten zur Spezialisierung während der Ausbildungszeit. Am Ende stehen mit dem Abschluss alle Berufsmöglichkeiten offen. Details zu den Ausbildungsinhalten sollen in einer zusätzlichen Verordnung und in einem Curriculum geregelt werden.

„Pflegekräfte müssen in Altenheimen zunehmend auch mehrfach und chronisch Kranke versorgen“, begründete Gröhe das Vorhaben. Umgekehrt müsse eine Pflegekraft im Krankenhaus über Kenntnisse in der Versorgung an Demenz Erkrankter verfügen. „Mit der neuen Pflegeaus-



Foto: dpa/Britta Pedersen

Sind überzeugt vom Entwurf des Pflegeberufegesetzes: Familienministerin Manuela Schwesig (SPD) und Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU).

bildung machen wir unsere Pflegekräfte fit für diese veränderten Pflegebedarfe“, zeigte sich Gröhe überzeugt. Das System biete zudem Aufstiegschancen, weil es zwischen den Berufen durchlässiger sei. Neu ist auch, dass die Ausbildung künftig nicht nur in ganz Deutschland kostenlos sein soll, sie soll auch „angemessen“ vergütet werden. Die Gehaltsfrage ist Sache der Tarifpartner.

Aus dem Familienministerium ist zu vernehmen, man erwarte einen Preisdruck hin zu einer besseren Bezahlung für Pflegekräfte. Die zusätzlichen Kosten der Reform belaufen sich auf rund 322 Millionen Euro jährlich. Auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallen 180 Millionen Euro. 100 Millionen Euro davon

fließen aus der Beitragssatzsteigerung für die Pflegeversicherung in die Pflegeausbildung. Den Rest teilen sich Bund, Länder und Gemeinden. Kliniken und Pflegeheime werden über ein Umlageverfahren an den Ausbildungskosten beteiligt. Ergänzend zur Ausbildung gibt es künftig ein berufsqualifizierendes Pflegestudium. Dies soll Pflegekräften neue Karriereoptionen bieten und neue Zielgruppen ansprechen. Schwesig betonte, alle Maßnahmen sollten dazu führen, den Pflegeberuf aufzuwerten und attraktiver zu machen. „Die Reform der Pflegeausbildung ist dafür ein Meilenstein“, erklärte sie.

Das Gesetz soll im kommenden Jahr beschlossen werden. In Kraft treten soll es zum 1. Januar 2018. (pag)

Gesundheit: Merkel mahnt besseren Zugang für Zuwanderer an

(Berlin) Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) hat beim 8. Integrationsgipfel angemahnt, den Zugang zu Gesundheitsversorgung und Pflege für Einwanderer zu verbessern.

Migranten müssten die selben Chancen auf Teilhabe am Gesundheitssystem haben, erklärte Merkel vor Journalisten im Kanzleramt. Es sei wichtig, im „nicht unkomplizierten“ deutschen Gesundheitssystem zu einem gleichen Zugang zu kommen. Wichtige Aspekte seien Kultursensibilität, Sprache sowie Ausbildung von Migranten in Gesundheits- und Pflegeberufen.

Aus Sicht der Integrationsbeauftragten Aydan Özoguz (SPD) steht das

Gesundheitswesen vor großen Herausforderungen. Die Zahl der Senioren mit Migrationshintergrund steige von heute 1,5 Millionen auf geschätzt 3,5 Millionen im Jahr 2032. „Sie alle brauchen ein Gesundheitswesen, das interkulturell offen ist“, so Özoguz. Gerade in der Altenpflege sind der Integrationsbeauftragten zufolge Kultursensibilität und Mehrsprachigkeit des Personals wichtig. Demenzerkrankte Migranten könnten zum Beispiel erworbene Deutschkenntnisse verlieren, die Verständigung in der Muttersprache sei wichtig. „Für mich gehört hier dazu, dass mehr junge Menschen mit Einwanderungsgeschichten in die Pflege-

berufe gehen und dass die Anerkennung ausländischer Abschlüsse weiter verbessert wird“, betonte sie.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) kündigte an, dass Angebote für Migranten ausgebaut werden: „Wir werden Material in vielen Sprachen zu einem Portal ‚Gesundheit und Migration‘ ausweiten, um bessere Informationen zur Verfügung zu stellen.“ Er betonte auch, das Gesundheitssystem könne zur Integration beitragen. „Ob sich Menschen, die zugewandert sind, bei uns zu Hause fühlen, hängt nicht zuletzt davon ab, wie sie diese Gesellschaft im Fall von Pflegebedürftigkeit und Krankheit erleben“, sagte er. (pag)

Studie: Schlechtere Pflege in billigen und profitorientierten Heimen Wann Qualität eine Frage des Preises ist

(Witten) Profitorientierte Pflegeheime in Deutschland bieten im Vergleich zu nicht-profitorientierten Pflegeheimen insgesamt eine geringere Qualität. Das zeigt die Studie einer Forschergruppe um den Gesundheitssystemforscher Prof. Max Geraedts von der Universität Witten/Herdecke.

Teilt man den Pflegesatz der untersuchten Häuser in fünf gleiche Teile, dann liegen in den günstigsten beiden Teilen 69 Prozent der profitorientierten, aber nur knapp 20 Prozent der nicht-profitorientierten Pflegeheime. Betrachtet man die „Kerndisziplinen“ wie Pflegeprozesse, Betreuungsprozesse, Qualitätsmanagement und Einrichtungsstruktur, dann schneiden die profitorientierten Pflegeheime auch unabhängig vom Preis der Einrichtung schlechter ab als die nicht-profitorientierten. Dagegen existieren zwischen der Dokumentationsqualität sowie den Versorgungsergebnissen einerseits und der Profitorientierung der Einrichtungen andererseits keine Zusammenhänge, wenn der Preis der Pflegeheime gleichzeitig in Betracht gezogen wird. „Wir haben in der Studie statistische Werte verglichen, wir behaupten nicht, dass die Unterschiede in der Pflege durch die Profitorientierung entstehen“, betonte Geraedts. Ein Teil der Unterschiede lasse sich dadurch erklären, dass privat betriebene Pflegeheime durchschnittlich geringere Preise verlangten und die Qualität der Pflegeheime eben sehr deutlich mit deren Preis zusammenhänge. Außer-



Foto: bilderstockchen/Fotolia

In nicht profitorientierten Einrichtungen ist der Zusammenhang zwischen Preis und Qualität nicht so bedeutend wie in profitorientierten.

dem müssten solche Träger den Bau der Gebäude meist selber stemmen und auch noch etwas Gewinn abwerfen. Altenheime von kirchlichen oder anderen Trägern müssten diese Kosten meist nicht selber verdienen.

Aus Sicht der Forscher lohnt es sich insbesondere bei profitorientierten Pflegeheimen, eine Einrichtung auszuwählen, die einer höheren Preiskategorie angehört. Dagegen spielt bei nicht-profitorientierten Pflegeheimen der Preis der Einrichtung nur eine untergeordnete Rolle. „Hier sind schon in der untersten Preiskategorie viele Pflegeheime zu fin-

den, die eine Qualität auf höchstem Niveau bieten“, heißt es. Die Wissenschaftler fordern, dass – wie in den USA – auch in Deutschland Angaben zur Profitorientierung der Einrichtung zwingend vorgeschrieben sein sollten.

Für die Studie haben die Autoren Daten der gesetzlich festgelegten Qualitätsprüfung des medizinischen Dienstes von mehr als 10.000 Altenheimen der Jahre 2011 und 2012 ausgewertet.

Interessierte finden die Studie unter <http://link.springer.com/article/10.1007/s12126-015-9227-1>.

(pag)

Neuer Start des Kontaktstudiengangs Gerontologie & Geriatrie für beruflich qualifizierte Pflegende an der DHBW Stuttgart

(Stuttgart) Am Studienzentrum für Gesundheitswissenschaften & Management der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Stuttgart besteht zum 1. April 2016 für bereits beruflich qualifizierte Pflegende die Möglichkeit, den berufsbegleitenden Kontaktstudiengang „Gerontologie & Geriatrie“ zu absolvieren. Mit dem Kontaktstudiengang werden Pflegenden ohne Hochschulzugangsberechtigung angesprochen, die sich beruflich

weiterentwickeln und ein differenziertes Wissen für die Versorgung geriatrischer und gerontopsychiatrischer Patienten aneignen möchten. Darüber hinaus werden mit dem Abschluss die abrechnungsrelevanten Anforderungen für den Arbeitgeber entsprechend der OPS-Regelungen erfüllt. Das Modul wurde gemeinsam mit dem Bundesverband Geriatrie e. V. entwickelt und ist von diesem als Teil der Zercur Geriatrie Fachweiterbildung Pflege zertifiziert.

Mit einer Dauer von sechs Monaten ist der berufsbegleitende Kontaktstudiengang in kompakten Präsenzterminen von zwei bis vier Tagen im Monat organisiert. Der Abschluss erfolgt mit einem Zertifikat und 10 ECTS-Punkten (Leistungspunkten). Die Teilnahme am Kontaktstudiengang ist gebührenfrei, eine Anmeldung ist ab sofort möglich, auch online unter www.dhbw-stuttgart.de/pflegewissenschaften. (aro/dhbw)

Erste Pflegekammerwahl in Deutschland erfolgreich durchgeführt Vertreterversammlung der Pflegekammer konstituiert sich am 25. Januar 2016

(Mainz) Die erste Wahl zur Vertreterversammlung der rheinland-pfälzischen Landespflegekammer ist am 11. Dezember 2015 zu Ende gegangen. Nach Auszählung aller eingegangenen und gültigen Wahlzettel steht fest, wie die Vertreterversammlung in den nächsten fünf Jahren zusammengesetzt sein wird. Die Wahlbeteiligung lag bei 43,4 Prozent.

„Mit dieser Wahlbeteiligung liegen wir im Schnitt aller vergleichbaren Kammerwahlen in Rheinland-Pfalz und bundesweit. Gerade bei der ersten Wahl zur ersten Vertreterversammlung wollten auch wir diese Höhe erreichen“, erläuterte der Vorsitzende des Gründungsausschusses Dr. Markus Mai.

Laut dem vorläufigen Endergebnis der Kammerwahl entfielen 26,1 Pro-

zent der abgegebenen und gültigen Stimmen auf die Liste „100% gute Pflege“ (DPO/komba), 4,4 Prozent auf die Liste „Stiftung Kreuznacher Diakonie“, 4,5 Prozent auf die Liste „Kammervertretung Südwestpfalz“, 6,2 Prozent auf die Liste „PflegeKRAFT Pfalz“, 2,2 Prozent auf die Liste „WKK – Stimme der Basis“, 6,1 Prozent auf die Liste „Initiative gute Pflege – die Marienhausliste“, 3,3 Prozent auf die Liste „Pflege hautnah“, 1,7 Prozent auf die Liste „Unabhängige Pflege“, 6,3 Prozent auf die Liste „Pflege Mensch Zukunft – BBT Gruppe“, 4,8 Prozent auf die Liste „Psychiatrische Pflege/Gute Qualifizierung“, 3,5 Prozent auf die Liste „Unimedizin Mainz: Wissen-Kompetenz-Pflege!“, 5,1 Prozent auf die Liste „Ambulant Gemeinsam Stark“, 1,5 Prozent auf die Liste „AUSBildung mach Zukunft“,

15,8 Prozent auf die Liste „ver.di – ArbeitnehmerInnen gestalten Pflege“, 3,8 Prozent auf die Liste „Pflegerische Eifel Mosel Hunsrück (PEMH)“, 2,4 Prozent auf die Liste „Zukunft Altenpflege! AWO Rheinland“ und 1,6 Prozent auf die Liste „Arbeitnehmer Pro + Außerklinische Intensivpflege“.

Alle 81 Sitze der Vertreterversammlung konnten besetzt werden. Auf jede der zugelassenen Wahllisten entfiel mindestens ein Sitz. Weitere Informationen zum amtlichen Endergebnis werden nach Freigabe durch den Wahlausschuss bekanntgegeben. Eine graphische Darstellung der vorläufigen Ergebnisse ist unter www.pflegekammer-rlp.de/wahl/ergebnisse-kammerwahl abrufbar.
(*aro/pflegekammer-rlp.de*)

DAK-Studie: Jeder zweite Deutsche hat Angst vor Demenz

(Hamburg) Jeder zweite Deutsche fürchtet sich am meisten vor Demenz oder Alzheimer. Bei älteren Menschen ist die Sorge vor dieser Erkrankung besonders ausgeprägt und fast so groß wie vor Krebs. Das zeigt eine aktuelle und repräsentative Studie der DAK-Gesundheit. Insgesamt schätzen 86 Prozent der Befragten ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein.

Seit 2010 untersucht das Forsa-Institut für die Krankenkasse DAK-Gesundheit jeweils im November die Angst der Deutschen vor Krankheiten. Aktuell wurden bundesweit rund 3500 Männer und Frauen befragt. 68 Prozent der Befragten haben am meisten Furcht vor einem bösartigen Tumor – im Vergleich zum Vorjahr ist das ein leichter Rückgang. Direkt nach Krebs kommt mit 50 Prozent (+1 Prozentpunkt) die Angst vor Alzheimer und Demenz. Die Furcht vor einem schweren Unfall oder vor einem Schlaganfall ist mit jeweils 48 Prozent etwas geringer. Einen Herzinfarkt fürchten 41 Prozent der Befragten.

Die Angst vor einer Tumorerkrankung ist bei den 14- bis 44-Jährigen mit 73 Prozent am größten und geht bei den älteren Menschen über 60 Jahre auf 60 Prozent zurück. Bei Demenz und Alzheimer ist das Ergebnis umgekehrt. Hier wächst die Sor-

ge von 45 Prozent bei den jüngeren auf 55 Prozent bei den älteren Befragten deutlich an. Frauen fürchten sich mit 53 Prozent mehr als Männer (46 Prozent).

Aktuell sind in Deutschland rund 1,5 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt. Experten gehen davon aus, dass sich die Zahl der Betroffenen bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird. „Diese Entwicklung macht offensichtlich vielen Menschen Angst“, sagte Eva Walzik von der DAK-Gesundheit. „Es ist eine große Herausforderung von Politik und Gesellschaft, darauf zu reagieren.“ Die Pflegereform sei ein richtiger Ansatz, die Bedingungen für Demenzkranke und ihre Angehörigen zu verbessern. Insgesamt müsse auch die Zusammenarbeit der Professionen – vor allem zwischen Haus- und Fachärzten sowie zwischen ambulanter und stationärer Pflege – optimiert werden.

Laut aktueller DAK-Studie macht Demenz den Befragten am meisten Angst, weil die Erkrankung jeden Menschen treffen kann und weil die Betroffenen dann auf die Pflege durch andere angewiesen sind. Diese Gründe nannten 71 bzw. 70 Prozent der Befragten. 48 Prozent fürchten sich am meisten vor Alzheimer oder Demenz, weil die Krankheitsfälle so stark anstiegen. (pag)

Pflege-Mindestlohn steigt zum 1. Januar

(Berlin) Ab dem 1. Januar 2016 steigt der Pflege-Mindestlohn für die gut 400.000 Pflegehilfskräfte der ambulanten, teil- und vollstationären Altenpflege und für alle 45.000 Betreuungskräfte an.

Der Mindestlohn in der Pflegebranche liegt derzeit bei 9,40 Euro (West) und 8,65 Euro (Ost). Mit Jahresfrist erhöht er sich auf 9,75 Euro bzw. (West) und 9,00 Euro (Ost). Er steigt dann im Jahr 2017 kontinuierlich auf 10,20 Euro bzw. 9,50 Euro an.

Thomas Greiner, Präsident des Arbeitgeberverband Pflege, zeigte sich erfreut, denn der tägliche Dienst am Menschen brauche ideelle und materielle Anerkennung. Als Arbeitgebervertreter der Pflegewirtschaft spreche man sich, gemeinsam mit den Gewerkschaften in der Pflege-Mindestlohnkommission des Bundesarbeitsministeriums konsequent dafür aus, „dass das Einkommen der Pflegehilfskräfte auch unabhängig vom gesetzlichen Mindestlohn bis 2017 weiter ansteigt“, so Greiner.

In Deutschland versorgen gut eine Million Pflegefach- und Hilfskräfte mehr als 2,63 Millionen pflegebedürftige Menschen in 13.000 Pflegeeinrichtungen und mit über 12.700 ambulanten Diensten in der häuslichen Umgebung. (pag)

Pflegekammer II: erste norddeutsche Pflegekammer Schleswig-Holstein Sozialministerin Alheit ernennt Mitglieder des Errichtungsausschusses

(Kiel) Als erstes norddeutsches Bundesland hat Schleswig-Holstein nun die Pflegekammer auch offiziell auf den Weg gebracht: Sozialministerin Kristin Alheit hat am 9. Dezember 2015 die Ernennungsurkunden an die Mitglieder des Errichtungsausschusses der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein ausgehändigt und damit den Beginn der Arbeit der Pflegekammer in die Wege geleitet.

Für die Arbeit im Errichtungsausschuss wurden insgesamt 26 Pflegenden Schleswig-Holsteins aus unterschiedlichen pflegefachlichen Arbeitsbereichen berufen. Dabei wurden Vorschläge der Berufsverbände, Gewerkschaften und der Berufsangehörigen berücksichtigt.

Aufgabe des Errichtungsausschusses ist es nun, die erste Kammerwahl vorzubereiten und durchzuführen. Zunächst müssen dafür alle zukünftigen

Mitglieder der Pflegeberufekammer in Schleswig-Holstein erfasst werden. Der Errichtungsausschuss hat insgesamt 30 Monate Zeit, die erste Wahl der Kammerversammlung vorzubereiten und durchzuführen. Alle in Schleswig-Holstein tätigen Pflegefachpersonen sind dann gefragt, ihre Vertreter in einem demokratischen Wahlverfahren zu benennen und zu wählen.

Sozialministerin Kristin Alheit betonte: „Die Pflegeberufekammer ist eine starke Basis für eine gleichwertige Anerkennung der Pflegeberufe im Gesundheitswesen. Mit der Kammer erhält der Pflegeberuf eine kompetente und mandatierte Stimme. Dies ist auch ein wichtiger Beitrag zur Stärkung der Pflege insgesamt. Mit dem heutigen Tag kommen wir der Errichtung in Schleswig-Holstein einen wichtigen Schritt näher. Mein Dank gilt den Beteiligten für ihr

Engagement für die Angehörigen der Pflegeberufe!“

Die Pflegeberufekammer ist eine berufsständische Kammer, die zukünftig alle in Schleswig-Holstein tätigen Pflegefachkräfte vertreten wird. Die Pflege als größte Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens erhält auf diesem Wege ein Selbstverwaltungsorgan ähnlich zu anderen berufsständischen Vertretungen wie zum Beispiel der Ärzte- oder Apothekerkammer.

Schleswig-Holstein gehört damit neben Rheinland-Pfalz zu den ersten Bundesländern, das eine Pflegeberufekammer errichtet. Als Interessenvertretung des Berufsstandes „Pflege“ sind die Kernaufgaben der Pflegeberufekammer: Erlass einer Berufsordnung, Qualitätssicherung, Regelung von Weiterbildung und Fortbildung sowie Unterstützung der Pflegenden im Berufsalltag. (aro)

Zahl Pflegebedürftiger steigt stärker als erwartet Vor allem mehr Männer werden pflegebedürftig

(Berlin) Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt stärker als bisher vorausgesagt. Vor allem mehr Männer werden pflegebedürftig. Zu dieser Erkenntnis kommt der neue Pflegereport der Barmer GEK.

Der Analyse zufolge werden im Jahr 2060 geschätzt 4,52 Millionen Menschen gepflegt werden. Das sind 221.000 mehr als bisherige Prognosen erwarten ließen. Den größten Anteil daran werden pflegebedürftige Männer mit 176.000 haben, zeigt die Analyse, die erstmals die Effekte des Zensus 2011 in der Pflegeversicherung mit früheren Modellrechnungen vergleicht. Die Studie zeigt auch, dass der Anteil hochbetagter Pflegebedürftiger deutlich wachsen wird. 60 Prozent der pflegebedürftigen Männer und 70 Prozent der pflegebedürftigen Frauen werden im Jahr 2060 85 Jahre oder älter sein. Heute liegen die entsprechenden Werte

bei 30 beziehungsweise 50 Prozent. „Aufgrund der drastischen Alterung der Pflegebedürftigen und ihrer steigenden Zahl

sind weitere Pflegereformen vorprogrammiert“, erklärte Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK.

Der Report macht auch deutlich, dass

Pflege immer mehr zu Hause stattfindet. Der Anteil vollstationärer Pflege sank zwischen 2005 und 2013 von 31,8 auf 29,1 Prozent. Zugleich müssen sowohl Frauen als auch Männer häufiger mit Pflegebedürftigkeit rechnen. Von den im Jahr 2013 Verstorbenen waren bereits drei Viertel der Frauen und 57 Prozent der Männer pflegebedürftig. Auch die Dauer der Pflege weitet sich laut Studie aus. Von den Männern waren 22 Prozent und von den Frauen sogar 41 Prozent vor ihrem Tod im Jahr 2013 länger als zwei Jahre gepflegt worden. (pag)



Foto: Peter Atkins/Fotolia

Bundesrat lässt Gesundheitsgesetze passieren

(Berlin) Der Bundesrat hat drei Gesundheitsgesetze passieren lassen. Die Länderkammer hat das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) sowie das Sterbehilfegesetz gebilligt.

Allen Reformen hatte erst kürzlich der Bundestag zugestimmt. Das KHSG will die Qualität in Kliniken steigern. Geplant ist unter anderem eine darauf ausgerichtete Vergütung. Das Gesetz sieht darüber hinaus mehr Geld für Pflegekräfte vor. Hauptkritik ist, dass die Länder weiterhin nicht stärker angehalten werden, ihrer Investitionskostenverpflichtung nachzukommen. Mit dem HPG ist geplant, die Versorgung todkranker Menschen zu verbessern. Der Bundesrat kritisiert mehrheitlich, dass die Reform nicht ausreicht.

Durchgewinkt hat die Länderkammer darüber hinaus ein Gesetz, das künftig geschäftsmäßige Sterbehilfe in Deutschland verbietet. Angehörige oder dem Suizidwilligen nahestehende Personen, die im Einzelfall handeln, sind von der Strafandrohung ausgenommen. Kritiker der Reform führen ins Feld, dass Ärzte kriminalisiert werden. Die Formulierungen des Gesetzestextes seien unscharf. (pag)

> Der Gesetzgeber stellt einen gut gefüllten Fonds für innovative Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung bereit.

Der Geldhahn ist aufgedreht

ANITA HAUSEN

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde die Einrichtung eines Innovationsfonds beschlossen. Dabei erhielt der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) den Auftrag, Projekte zu fördern, die zur Entwicklung innovativer Versorgungsformen beitragen und die die Versorgungsforschung betreffen. Für die Jahre 2016 bis 2019 steht eine Fördersumme von insgesamt 1,2 Milliarden Euro von den Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds bereit. Das ist auch eine Chance für die Pflegeforschung. Der folgende Artikel gibt einen Überblick über den Fonds.

Um für die Patienten einen größtmöglichen Nutzen aus dem Innovationsfonds zu generieren, besteht für Akteure, die an der Patientenversorgung beteiligt sind, die Möglichkeit, Projekte aufzulegen. Vor allem die Versorgung von älteren multimorbiden und chronisch Erkrankten weist Defizite auf. Beispielsweise zeigen sich Versorgungslücken zwischen dem Wechsel der Patienten von der stationären Versorgung hin zur ambulanten Versorgung sowie umgekehrt. Seit längerem wird eine sektorenübergreifende und durchgängige Versorgung in hoher Qualität gefordert. Innovationen in der Versorgung bedeuten nicht nur die Entwicklung und Implementation von neuen Strukturen, Prozessen und Angeboten, sondern sie beziehen sich auch auf einen Perspektivenwechsel hin zu einer stärkeren bio-psychozialen Betrachtung der Versorgung (SVR 2003; SVR 2009).

Die Pflege ist – wie auch andere Gesundheitsberufe – nah an der Patientenversorgung. Damit kann sie einen wertvollen Beitrag zur Optimierung der Patientenversorgung leisten, indem sie sich am Fonds mit innovativen Ideen beteiligt. Zudem kommen zugelassene Pflegeeinrichtungen als Vertragspartner zur besonderen Versorgung infrage (§ 140a SGB V). Im Bereich der innovativen Versorgungsformen werden Projekte gefördert, die über die bisherige Regelversorgung (§ 92a SGB V) hinausgehen. Der Fokus liegt dabei auf einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung. Im Bereich der Versorgungsfor-

schung werden Projekte gefördert, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind. Jährlich werden aus dem Fonds mit 225 Millionen Euro innovative sektorenübergreifende Versorgungsprojekte und mit 75 Millionen Euro Projekte der Versorgungsforschung gefördert (www.g-ba.de).

Nach Aussagen des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses Josef Hecken auf dem Versorgungsforschungskongress 2015 in Berlin werden zu kleine Projekte keine Chancen haben. Die Projekte müssen entsprechend der Thematik eine bestimmte Größe aufweisen, sodass Evidenz generiert wird. Sinnvoll sind Zusammenschlüsse. Eine weitere Voraussetzung ist in der Antragsstellung das Vorhandensein eines belastbaren Evaluationskonzeptes. Für kleinere Projekte mit innovativen Ideen und kleinere Pflegeeinrichtungen dürfte es schwierig werden, sich an der Förderung zu beteiligen. Sie verfügen oftmals nicht über Ressourcen, um das aufwendige Antragsverfahren alleine zu stemmen. Hier sind Kooperationen gefordert.

Die Auswahl der zu fördernden Projekte erfolgt nach einheitlichen Vergabekriterien. Über die Verteilung der Fördergelder entscheidet der Innovationsausschuss. Im Fokus der Förderung stehen Projekte, deren Übertragbarkeit in die Regelversorgung des G-BAs möglich ist oder die in Form eines Selektivvertrages fortgeführt werden können.



Foto: K.-U. Häfslér/Fotolia

„Wir wollen doch damit auch Leuchttürme setzen“, sagte der Vorsitzende des G-BAs. Antragsberechtigt sind unter der Berücksichtigung der entsprechenden Voraussetzungen Kranken- und Pflegekassen sowie versorgungsrelevante Einrichtungen wie Pflegedienste, Kliniken. Wer einen Antrag im Bereich der innovativen Versorgungsformen stellt, benötigt als Partner zumindest eine Krankenkasse. <<

Literatur



SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) *Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen*. Nomos, Baden-Baden.

SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2008) *Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Nomos, Baden-Baden.

Autorenkontakt:

Prof. Dr. Anita Hausen lehrt an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München. Sie ist zuständig für Versorgungsforschung und Versorgungskonzepte. Ihr Schwerpunkt liegt dabei auf der pflegerischen Versorgung im Alter.
Kontakt: Anita.Hausen@ksfh.de

Die Pflegezeitschrift lädt ein zum
Kohlhammer-Forum
auf der Pflege Plus 2016



26. – 28. April 2016

Messe Stuttgart, Stand-Nr.: 4C38

Expertinnen und Experten informieren Sie über ausgewählte spannende Bereiche der Pflege. Dabei werden sowohl Klassiker der Pflege als auch alternative Themenbereiche erörtert. Kommen Sie zum Kohlhammer-Forum und holen Sie sich viele Anregungen für Ihre tägliche Arbeit. Auf Sie warten spannende Einblicke und informative Updates.

26. bis 28. April 2016

Die Teilnahme ist kostenlos!
Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Pflegen mit Leidenschaft

- 26. April, 12:00 – 13:00 Uhr Generalistische Pflegeausbildung
- 26. April, 13:00 – 14:00 Uhr Palliative Wundversorgung
- 27. April, 12:30 – 14:00 Uhr Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie
- 28. April, 12:00 – 13:00 Uhr Kommunizieren in der Pflege
- 28. April, 13:00 – 14:00 Uhr Coolout in der Pflege

Generalistische Pflegeausbildung

Die Erziehungswissenschaftlerin Prof. Karin Reiber informiert über den aktuellen Stand der generalistischen Pflegeausbildung bzw. das Pflegeberufegesetz.

Palliative Wundversorgung

Die Buchautorin Susanne Danzer erklärt das Kleine Einmaleins der palliativen Wundversorgung

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Die Pflegedienstleiterin Friedhilde Bartels führt in die aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie ein.

Kommunizieren in der Pflege

Sandra Mantz erklärt, worauf es bei der Kommunikation in der Pflege ankommt.

Coolout in der Pflege

Die Pflegewissenschaftlerin Prof. Karin Kersting erläutert das verhängnisvolle Phänomen des Coolouts.

PFLEGE
ZEITSCHRIFT

Redaktion Pflegezeitschrift
Tel. (07 11) 78 63-72 38
Fax (07 11) 78 63-84 36

PFLEGEPLUS
FACHMESSE FÜR DEN PFLEGEMARKT

> Die SPD-Politikerin Hilde Mattheis verteidigt das Pflegestärkungsgesetz II

Für einen Systemwechsel in der Pflege

HILDE MATTHEIS

Die Koalition aus Union und SPD hat das Pflegestärkungsgesetz II als großen Wurf gefeiert. In dieses Horn stößt auch SPD-Frau Hilde Mattheis. Die Bundestagsabgeordnete und gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion sieht in dem Gesetz sogar die Grundlage für einen grundlegenden Wandel in der Pflege. Es würden mehr Leistungen für Pflegebedürftige und Angehörige geschaffen. Zudem ebne das Gesetz den Weg zu einer Versorgung jenseits der sogenannten Minutenpflege. Ein ganzheitlicher Blick halte Einzug ...



Foto: Mattheis

Hilde Mattheis

Pro

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II leiten wir nicht weniger als einen Systemwechsel in der Pflege ein, für den wir uns als SPD über viele Jahre immer wieder stark gemacht haben. Wir schaffen mehr Leistungen für Pflegebedürftige und Angehörige und sorgen für eine bessere Beratung und Pflegequalität.

Mit Einführung des Gesetzes werden etwa 500.000 Menschen zusätzlich Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung haben. Die Beeinträchtigungen von Demenzerkrankten werden ebenso wie körperliche Beeinträchtigungen gleichrangig in die Begutachtung des Medizinischen Dienstes einbezogen. Pflegebedürftige werden gestärkt und erhalten bessere und bedarfsgerechtere Leistungen.

Auch pflegende Angehörige profitieren. Wir erweitern den Kreis der Pflegepersonen, die Ansprüche auf soziale Sicherung haben. Pflegebedürftige und Angehörige erhalten zudem eine bessere Pflegeberatung. Die Pflegeberatung kann zukünftig auch gegenüber den Angehörigen oder Lebenspartnern ohne Beisein des Pflegebedürftigen erfolgen. Informationen der Pflegeberatung über Versorgungsangebote werden erweitert.

Mit diesem Gesetz gehen wir einen großen Schritt hin zu einer besseren Pflege. Der dringend benötigte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird nun umgesetzt. Die damit einhergehende

neue Begutachtungssystematik ist auf ihre Umsetzbarkeit hin erprobt und wissenschaftlich ausgewertet.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird niemanden schlechter, aber viele besser stellen. Endlich wird der gesamte Teilhabebedarf eines Pflegebedürftigen erfasst und Gerechtigkeit zwischen somatisch und kognitiv eingeschränkten Pflegebedürftigen hergestellt. Die Begutachtung wird im Sinne der Pflegebedürftigen komplett neu ausgerichtet. Ein Reformschritt, den die SPD-Fraktion in den Koalitionsverhandlungen hart erkämpft hat.

Der neue Pflegebegriff leitet einen Systemwechsel ein. Weg von der Minutenpflege, hin zu einem Ansatz, der den Pflegebedürftigen und seinen gesamten Pflege- und Betreuungsbedarf in den Blick nimmt. Die Frage, ob ich mich allein waschen und anziehen kann, ist nach der aktuellen Systematik für die Einteilung in die Pflegestufe entscheidend. Nicht aber die Frage, wie selbstständig ich meinen Alltag planen und bewältigen kann, ob ich soziale Betreuung benötige und welchen Bedarf ich habe, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ermöglicht den ganzheitlichen Blick auf den Menschen.

Die bisherigen drei Pflegestufen werden in fünf Pflegegrade umgewandelt. In Zukunft werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Ein-

stufung einbezogen. Mit der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Bereichen gemessen und – mit unterschiedlicher Gewichtung – zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Daraus ergibt sich die Einstufung in einen Pflegegrad. Auch eine weitere Ungerechtigkeit wird beseitigt: Kommt ein Pflegebedürftiger in eine stationäre Pflegeeinrichtung, bestimmt sich sein Eigenanteil nicht mehr nach der Pflegestufe, sondern ist für alle Pflegebedürftigen gleich. Damit brauchen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen keine Sorge mehr zu haben, dass der Eigenanteil bei einer höheren Pflegestufe ansteigt, so wie es derzeit der Fall ist. Das wird die Bereitschaft erhöhen, bei Bedarf eine höhere Pflegestufe zu beantragen.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995, also vor nunmehr genau 20 Jahren hat sich die Lebenssituation von Menschen mit Pflegebedarf grundlegend verbessert. Seitdem wurde die Pflegeversicherung immer wieder an die gesellschaftlichen Herausforderungen angepasst. Wir sind auf einem guten Weg, dass uns mit dem vorliegenden Gesetz ein weiterer wichtiger Schritt gelingt. <<

Autorenkontakt:

Hilde Mattheis sitzt für die SPD im Deutschen Bundestag. Sie ist gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion.
Kontakt: www.hilde-mattheis.de

> Das Pflegestärkungsgesetz II stößt bei der Opposition auf Kritik. Die Grünen-Politikerin Elisabeth Scharfenberg erläutert ihre Vorbehalte.

Herbe Enttäuschung

ELISABETH SCHARFENBERG

Die Regierung feiert das Pflegestärkungsgesetz II als Erfolg. Aber es gibt auch Gegenstimmen – und die kommen naturgemäß von der Oppositionsbank. Da sitzt auch Elisabeth Scharfenberg, grüne Bundestagsabgeordnete und pflegepolitische Sprecherin ihrer Fraktion. Die Politikerin begrüßt zwar den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Allerdings zweifelt sie daran, dass die hehren Ziele auch umsetzbar sind: Dazu müsste sich die Art der Pflege und der Personalbestand deutlich ändern. Ein weiterer Kritikpunkt: das liebe Geld. Die Finanzierung sei nicht langfristig gesichert. Da sei die grüne Bürgerversicherung die bessere Alternative ...



Foto: Elisabeth Scharfenberg

Elisabeth Scharfenberg

Contra

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) kommt er endlich, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff! Seit Jahren fokussieren sich alle Hoffnungen darauf. Er soll die Lösung für alle Probleme in der Pflege bringen. Nun gibt es zwar selten eine Lösung für alle Probleme, etwas besser hätte man das Gesetz aber schon machen können. Es wird nicht allein an zu hohen Erwartungen scheitern.

Das Herz des Gesetzes, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, will Menschen, gleich ob sie in ihren körperlichen, kognitiven oder psychischen Fähigkeiten eingeschränkt sind, in ihren „individuellen Ressourcen“ stärken. Entsprechend sollen sie nicht mehr nach ihren Defiziten, sondern nach eben diesen Ressourcen in Pflegegrade eingestuft werden. Dieses Ziel ist richtig, es macht Pflegebedürftige zu Teilhabenden statt zu passiven Leistungsempfängern. Die Bundesregierung spricht gar von der Initiierung eines „Paradigmenwechsel[s] [...], der eine noch stärker personenzentrierte und bedarfsgerechte Pflege ermöglicht“ (BT-Drs. 18/5926). Doch einen solchen Paradigmenwechsel muss man auch umsetzen können. Dazu bedarf es zum einen einer anderen Art der Pflege und zum anderen mehr Personals – zumal durch die Einbeziehung kognitiv und psychisch Beeinträchtigter mehr Menschen Anspruch auf Leistungen haben werden. Doch weder gibt es eine rechte Vorstellung zu dieser

neuen Art der Pflege – außer, dass sie „aktivierend“ sein und mehr Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation aussprechen soll –, noch steht ausreichend Pflegepersonal dazu zur Verfügung. Die Empfehlung der Bundesregierung, bis 2020 ein Instrument zur Personalbemessung zu entwickeln, kommt

viel zu spät. Pflegekräfte arbeiten bereits jetzt am Limit. Und eine verbindliche Umsetzung ist auch nicht vorgeschrieben.

Solange die Personalfrage nicht gelöst ist, wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch keine Wirkung entfalten. Es wird mehr Geld auf mehr Menschen verteilt, und ansonsten wird sich wenig ändern. Und hier sind wir schon beim zweiten großen Schwachpunkt des Pflegestärkungsgesetzes II: dem Geld. Insgesamt wurde für die beiden Pflegestärkungsgesetze der Beitrag zur Pflegeversicherung um fast ein Viertel erhöht – das ist ziemlich einzigartig in der Geschichte unserer Sozialversicherungen. Dennoch musste die Bundesregierung eingestehen, dass damit die Finanzierung der Pflegeversicherung gerade mal bis 2022 gesichert ist. Es ist mir vollkommen unverständlich, wie die Bundesregierung eine Reform, die dau-



Foto: K.-U. Häfner/Fotolia

Wenn das Geld mal so locker säße ... Die Opposition bemängelt die Finanzierung des Gesetzes.

erhaft erhebliche Mehrkosten nach sich zieht, ohne ein zukunftsfestes Finanzierungskonzept auf den Weg bringen kann. Eine gute Lösung dafür wäre unsere grüne Bürgerversicherung.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch mir wichtig. Richtig gemacht, würde er für die Pflegebedürftigen große Verbesserungen bringen. Doch ohne ausreichend Pflegepersonal, das ihn umsetzen kann, ohne eine dauerhafte Finanzierung wird er für alle Beteiligten eine herbe Enttäuschung werden. <<

Autorenkontakt:

Elisabeth Scharfenberg sitzt für die Grünen im Bundestag. Sie ist pflegepolitische Sprecherin ihrer Fraktion.

Kontakt:
elisabeth.scharfenberg@bundestag.de

› Zum seltsamen Schweigen jeglicher Kritik an der Entbürokratisierung in der Pflege. Ein Kommentar.

Hallo? Ist hier jemand?

JUTTA KALTENEGER

Von der Entbürokratisierung in der Pflege ist in der letzten Zeit viel die Rede gewesen – meist durchweg positiv. Jutta Kaltenecker sieht das ein bisschen anders und hakt in ihrem Kommentar an der ein oder anderen Stelle nach ...

Das Land ist geeint. Es ist eine seltsame Sache, die diese vollkommene Harmonie bewirkt: die sogenannte Entbürokratisierung der Pflege. Der Gesundheitsminister ist begeistert. Der Pflegebeauftragte spricht von einer Revolution. Die Trägerverbände sind dabei! Der Bundesverband privater Anbieter, gänzlich unverdächtig, ein Gralshüter der Professionalisierung pflegerischer Leistungen zu sein, platzt vor Glück. Denn Bürokratieabbau spart Zeit und time ist ja bekanntlich money. Und selbst der Deutsche Pflegerat begrüßt die sogenannte Entbürokratisierung.

Kann es etwas geben, das alle gut finden? Ausnahmslos? – Vielleicht Mitmenschlichkeit? – Nee, da gibt's doch PEGIDA; ok, was Einfacheres: Sonnenschein! Hat den Sommer auch nicht geklappt. War da. Die Leute haben trotzdem gemault. Wegen der Hitze. Fußball? Primitiv. Oper? Elitär! Ausländermaut? Rente mit 67? Vergessen Sie's! Helene Fischer? Gottseibeius!

Aber die Entbürokratisierung. Die finden wirklich alle gut! Sogar der Deutsche Pflegerat! Endlich passiert mal was für die Pflege! Und Pflege geht uns schließlich alle an! Dabei ist die Entbürokratisierung eigentlich ganz klein. Man könnte fast sagen, ein Hauch von Nichts. Genaugenommen besteht die Entbürokratisierung aus einem Fragment des sogenannten Neuen Begutachtungsassessments und einem Maßnahmenplan, der festlegt, was alte Menschen im Heim jeden Tag so an Erlebnispotenzial zu erwarten haben, also in puncto pflegerische Versorgung. Aber das ist ja wohl auch der Sinn eines Abbaus. Das hinterher nicht mehr viel da ist.

Gibt es denn gar keine Möglichkeit, die Entbürokratisierung nicht gut zu

finden? Oder zumindest ein bisschen schlecht? Minimal optimierungswürdig? Selbst wenn die Entbürokratisierung nahezu vollkommen wäre, dürfte man doch eine kritische Würdigung erwarten können. Schließlich sollte man doch kennen, was man umsetzt und wissen, worauf man sich einlässt? Allerdings werden Frau Beikirch, die das Modell erfunden (oder eher: adaptiert) hat und Herr Rink, der es dem Volk verkündet, ganz ungeduldig, wenn man sie mit kritischen Fragen konfrontiert. Eine solche Frage wäre beispielsweise, wie man prozesshaft pflegen soll, wenn die Festlegung und Erfolgskontrolle von Zielen nicht mehr stattfindet. Auch Frau Professor Roes, die irgendwas mit dem Modell zu tun hat, beantwortet kritische Fragen zum Modell wortreich nicht. Eine solche Frage könnte beispielsweise die nach der pflegewissenschaftlichen Fundierung des Modells sein. Es gäbe ganz viele Fragen, Anmerkungen und Diskussionsebenen rund um das Modell, seine fachliche Relevanz, seine Inhalte, seine politische Symbolik, seine Einordnung in das Gesamtkonstrukt Professionalisierung der Pflege in der Bundesrepublik.

Man könnte beispielsweise fragen, ob die, zugegeben überbordende, Dokumentationswut in der stationären Altenhilfe wirklich das Problem ist, das Pflegepersonen am drängendsten finden. Man könnte bei genauerem Hinsehen andere Bereiche in der Altenpflege und der Krankenpflege ausfindig machen, in denen die Leistungserbringer eine geradezu kafkaeske Bürokratie aufbauen, um die Hürden zur Leistungserstattung ins Absurde zu treiben. Hier wäre beispielsweise der tägliche Kampf der ambulanten Pflegedienste mit den Kassen um die Erstattung be-

handlungspflegerischer Leistungen zu erwähnen; oder die Beitrittsverträge zur neuen Vereinbarung über den Bezug von Inkontinenzmaterialien. Oder die Umsetzung eines Fallpauschalensystems in der Psychiatrie.

Man könnte ferner fragen, ob die Dokumentationswut nicht ein Scheinproblem darstellt, das wesentlich aus einer Melange aus mangelnder Fachlichkeit, Angst und vorauseilendem Gehorsam der verantwortlichen Pflegefachkräfte gegenüber den Prüfinstanzen resultiert und das es nicht gäbe, wenn Pflege in der Bundesrepublik eine Profession wäre. Man könnte sich darüber wundern, dass die theoretische Fundierung von Pflege im Modellprojekt keine Rolle spielt und der in den Berufsgesetzen als Kern der Pflege ausgewiesene Pflegeprozess faktisch abgeschafft wurde. Und am meisten kann man sich darüber wundern, dass eine Berufsgruppe das Schleifen ihrer professionellen Grundlagen scheinbar ausnahmslos begrüßt.

Weiter könnte man fragen, ob der Hype, der gerade um die sogenannte Entbürokratisierung veranstaltet wird, nicht eine Art symbolpolitisches Ablenkungsmanöver darstellt, das die wirklichen Probleme weit umschiffet. In diesem Zusammenhang könnte man sich fragen, was die wirklichen Probleme der Pflege sind und nicht nur deren Auswirkungen kosmetisch behandeln.

Selbstverständlich könnte man sich inhaltlich mit dem Modell auseinandersetzen. Dann fiel auf, dass das Modell wenig Neues enthält. Einiges daran könnte man sinnvoll finden, beispielsweise die Einbeziehung der Perspektive der Betroffenen in die Informationssammlung, die leider immer noch nicht selbstverständlich ist und sich auch im Strukturmodell auf eine Frage zu beschränken scheint. Anderes könnte einen bedenklich stimmen. Da wäre zum Beispiel die Fokussierung auf Maßnahmen. Als bestünde Pflege nur im Tun. In diesem Zusammenhang



könnte man darüber nachdenken, warum in der stationären Altenhilfe der „Nachweis erbrachter Leistungen“ so zentral ist, wo stationäre Pflege doch pauschal und nicht leistungsbezogen vergütet wird. Man könnte auch problematisieren, dass Herr Rink und vielleicht auch die Frau Beikirch (und sogar die Frau Professor Roes?) für die Wiedereinführung sogenannter „Grundpflegestandards“ plädieren, als spiele der individuelle Bedarf einer Person keine Rolle bei der Pflege, sondern gelte es, fabrikmäßig an allen pflegebedürftigen Menschen die gleichen Verrichtungen zu vollbringen, nur damit man hinterher irgendwelche Maßnahmen abzeichnen kann.

Vielleicht könnte man sich auch überlegen, ob man Pflege einmal nicht von der Verrichtung her denken möchte, sondern von der pflegebedürftigen Person, von der Qualität der professionellen Beziehung, vom psychischen und körperlichen Wohlbefinden und dem Resultat der Pflege her. Dann wäre die sogenannte Basis auf dem Weg dorthin, wohin die Pflegewissenschaft bereits vor Jahren aufgebrochen ist.

Diese Überlegungen scheinen jedoch leider nicht relevant zu sein. Das Land ist ja einig. Jetzt hat man endlich etwas für die Pflege getan und wer sich dem nicht freudig anschließt, hat auch kein Recht, zu maulen. Wirklich? Demokratie? Meinungsfreiheit? Fachliche Unabhängigkeit? Abweichende Interessen? Wenn man ganz genau hinhört, knarzt es etwas im Harmoniegebälk. Die „Entbürokratisierung“ scheint die Wissenschaftsgemeinde durchaus zu polarisieren. Allerdings werden Meinungs-differenzen nicht öffentlich ausgetragen. Und das ist das eigentliche Problem. Die Pflegewissenschaft hat eine Aufgabe, die über das Forschen und Lehren hinausgeht. Die Pflegepraxis benötigt dringend fachliche Diskussionen, um neue Entwicklungen einordnen zu können. Wo sind die Pflegeprofessorinnen und Doktoren, die etwas zu sagen haben, die sich hören lassen, die sich einmischen, die Orientierung geben? Ich finde nicht, dass man bei wichtigen Themen wie der Entbürokratisierung das kommunikative Feld ausschließlich den Lobbyisten und Apologeten überlassen darf. Das Meinungsbild, das so entsteht, ist verzerrt. Das hat Auswirkungen auf die Praxis. Kritische Praktiker stehen so alleine. Und wer traut sich schon, eine abweichende Meinung gegen überwältigende Mehrheiten zu vertreten? <<

Autorenkontakt:

Jutta Kaltenecker ist Altenpflegerin und Dipl.-Pflegerwirtin. Sie berät Pflegeeinrichtungen in Qualitäts- und Kommunikationsfragen. Im W. Kohlhammer Verlag ist ihr Buch „Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen fördern“ erschienen.
Kontakt: Plettenbergstr. 46,
 70186 Stuttgart
 E-Mail: jk@jutta-kaltenecker.de

Anzeige



Neuer Name – bewährtes Konzept

Aus PFLEGE & REHA wird PFLEGE PLUS – das Thema Pflege rückt so noch stärker in den Mittelpunkt der erfolgreichen Kombination aus Messe und Kongress. Namhafte Aussteller und ein zertifiziertes Fortbildungsprogramm erwarten Sie. Profitieren Sie vom fundierten Angebot an Impulsen und Lösungen für Management und Fachpersonal.

TOP-THEMEN 2016

PSG II / FÜHRUNGSKULTUR / WUNDMANAGEMENT
 DEMENZ / AKTIVIERUNG / BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT / RESILIENZ / PALLIATIVVERSORGUNG

www.pflegeplus-messe.de

26. – 28. APRIL 2016
 MESSE STUTT GART



› Der Alltag von Pflegenden ist mit vielen Stressoren verbunden. Der Umgang damit ist noch ausbaufähig, meint Georg Betz und nennt einige Fehlerquellen.

Manches ist auch eine Frage der Einstellung

GEORG BETZ

Georg Betz hat viele Jahre lang eine Fortbildungseinrichtung für das Gesundheits- und Sozialwesen geleitet. In vielen Gesprächen mit Pflegenden hat er von deren Problemen im Arbeitsalltag erfahren. Immer wieder hat er auch die Erfahrung gemacht, dass Fortbildungen ins Leere liefen. Betz hat einige typische Knackpunkte identifiziert und analysiert. Dabei sieht er neben äußeren Faktoren auch manche Einstellungen von Pflegenden als Ursache für falsche Herangehensweisen an. Aber auch Arbeitgeber leisten einen mitunter nicht förderlichen Beitrag ...

Wer Krisen, Defizite, Engpässe, Störungen oder Notstände beheben oder wenigstens verringern will, tut gut daran, zunächst gründlich nach ihren Ursachen oder Wurzeln zu suchen. Sonst drohen Fehlschläge. Das gilt auch für krisenhafte Situationen und Entwicklungen in der Arbeitswelt wie etwa große Unzufriedenheit und hoher Krankheitsausfall in der Mitarbeiterschaft.

Wenn es um eine angeschlagene Arbeitsmoral, um „Frustr“, „Stress“ und „Burnout“ geht, ist unter Experten unstrittig: Allein mit hohen körperlichen und emotionalen Belastungen, Konflikten im Team, Reibereien mit anderen Abteilungen oder Druck von oben und außen sind negatives Arbeitserleben, Demoralisierung und Ausbrennen nicht hinreichend zu erklären. Arbeits- und Berufszufriedenheit, Stressempfinden und Erschöpfung hängen auch von der Persönlichkeitsstruktur der Mitarbeiter ab. Ihre individuelle geistig-psychische Disposition beeinflusst erheblich die Auswirkungen der im Arbeitsalltag auf sie einströmenden Stressoren und Frustratoren.

Das trifft ohne Abstriche auch aufs Arbeitserleben der Pflegekräfte zu. Ihre Kenntnisse und Einstellungen, Erwartungen und Haltungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten spielen im Entstehungsprozess von Frustr, Stress oder Burnout eine alles andere als geringe – nämlich eine

begünstigende, verstärkende oder abschwächende – Rolle. Darum darf das geistig-psychische Dispositionsgefüge der Pflegenden nicht außen vor bleiben, wenn nach Mitteln und Wegen gesucht wird, in Pflegeberufen die Zufriedenheit zu erhöhen und die Gesundheitsgefährdung zu verringern.

Voraussetzung für erfolversprechende therapeutische Maßnahmen ist es allerdings, die kognitiven und sozial-affektiven Defizite und Schwächen näher zu bestimmen, die Frustr, Stressbelastung und Burnout in der Pflege begünstigen. Erst damit lassen sich konkrete Ansatzpunkte zur Förderung positiven Arbeitserlebens und der Mitarbeitergesundheit per Fortbildung, Personalentwicklung und Mitarbeiterführung gewinnen. Aber genau an dieser Voraussetzung scheint es mir noch ziemlich zu fehlen.

Vielleicht können Beobachtungen aus langjähriger Fortbildungstätigkeit für Pflegeberufe dazu anregen, Mängeln im Dispositionsgefüge, die zu Demoralisierung und Ausbrennen beitragen, mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Über Jahre hinweg bin ich in vielen Kursen und Lehrgängen immer wieder auf „Schwachstellen“ im psychisch-geistigen Habitus nicht weniger – beileibe aber nicht aller – Pflegekräfte gestoßen. Zum Teil haben sie Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer selbst als

solche empfunden, zum Teil habe ich sie aus den Diskussionen und Klagen über den Pflegealltag erschlossen. Auf sieben solcher Schwachstellen möchte ich hier einmal hinweisen und damit Anstoß geben zu prüfen, wie weit sie beim Pflegepersonal der eigenen Einrichtung zu finden sind.

Verengung in der Sicht des täglichen Tuns

Alles im Leben, auch die tägliche berufliche Arbeit lässt sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln „sehen“. Beispielsweise kann der Blick mehr oder minder stark auf die vielen sich wiederholenden Handgriffe, Einzeltätigkeiten und Abläufe gerichtet sein, aus denen die tägliche Arbeit besteht. Es kann aber auch die Sicherung des eigenen Lebensunterhaltes und der Zukunft des Unternehmens, der materielle Eigen- und Betriebsnutzen mehr oder minder die Sicht der Arbeit bestimmen. Und dann lässt sich das tägliche Mühen auch noch unter dem Gesichtspunkt des damit für andere und die Gesellschaft geschaffenen „Gutes“ und „Wertes“ sehen, des sozialen Segens sozusagen, der damit gestiftet wird.

Genau dieser Blick für das bedeutsame soziale „Produkt“, das aus der täglichen Arbeit erwächst, scheint mir bei vielen in der Pflege unterentwickelt bis gänzlich verkümmert zu sein. Sie haben sehr stark die Menge der von ihnen zu erbringenden und erbrachten Handgriffe und Verrichtungen im Auge und wenig deren für die Patienten überaus hilfreichen und lebenswichtigen Wirkungen. Viele fühlen sich am Ende ihres Dienstes müde und „geschafft“ und haben zugleich das Gefühl, nichts oder zu wenig an Gutem geschaffen zu haben. Sie wirken wie Bauarbeiter am Dom, die überm ständigen Steinebehauen vergessen haben, was sie damit an Großem

bauen. Diese Blickverengung hinsichtlich des bedeutsamen sozialen Werts der vielen täglichen Handgriffe und Verrichtungen nagt heftig am Sinn der Arbeit. Sie scheint mir besonders stark negatives Arbeitserleben in der Pflege zu begünstigen.

Qualifizierungsdefizite in einigen Situationen

Der Pflegealltag stellt hohe Anforderungen, manchmal stellt er aber auch vor Situationen und Aufgaben, für die weder Ausbildung noch Fortbildung mit angemessenen Kenntnissen und Fertigkeiten ausreichend gerüstet haben. Auf solche Qualifikationsmängel mit Frustrations- und Stressverstärkender Wirkung bin ich des Öfteren gestoßen. Dazu gehört zum Beispiel der Umgang mit Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. Ihre Einlieferung ins Krankenhaus wird aufgrund fehlenden Krankheitswissens und folglich auch fehlenden Verständnisses für damit einhergehende Verhaltensweisen nicht selten zum Horrortrip für beide Seiten – für Pflegekräfte und Patienten.

Für eine andere Herausforderung, auf die etliche Pflegekräfte, so mein Eindruck, nicht angemessen eingestellt sind, sorgen „schwierige“, mit überzogenen Ansprüchen und Vorwürfen daher kommende Patienten und Angehörige. Ein wohl nicht geringer Teil Pflegenden fühlt sich hinsichtlich der richtigen Reaktion darauf unsicher. Und diese Verunsicherung belastet zusätzlich noch. Vielleicht gilt das auch für das Gesprächsverhalten gegenüber Patienten mit ernster Diagnose. Aus- und Fortbildung mögen davon gehandelt haben. Sie haben es aber oft nicht konkret und anschaulich vor Augen geführt und hörbar gemacht, es nicht regelrecht trainiert und damit nicht Verhaltenssicherheit aufgebaut. Das Erleben von Überforderung führt leicht zu Meidungsverhalten und das wiederum zu schlechtem Gewissen und Versagensgefühlen.

Verwertungstau für erworbene Kompetenzen

So wie ein Mangel an Kenntnissen und Fertigkeiten in bestimmten Situationen zu Belastung und Frustrations-

Anzeige



**ALTEN
PFLEGE**
Die Leitmesse 2016

08.–10. März 2016 | Messegelände Hannover

ENTDECKEN SIE LÖSUNGEN FÜR HEUTE UND MORGEN.

Was bewegt heute Ihren beruflichen Alltag und was sind die Trends von morgen?

Auf dem Branchen-Highlight für Pflegekräfte und den neuen ALTENPFLEGE **Connect**-Flächen finden Sie Antworten auf die Fragen der Pflegewirtschaft und natürlich noch viel mehr:

- ➔ „Durch welche Prozesse lässt sich die Qualität der Pflege nachhaltig sichern?“ oder „Wie gestalte ich ein abwechslungsreiches Betreuungsangebot?“: Auf der ALTENPFLEGE **Connect**-Fläche „PFLEGE UND BETREUUNG“ stehen Experten Rede und Antwort zu aktuellen Pflegethemen.
- ➔ Entdecken Sie innovative Produkte und Dienstleistungen, die Ihren Berufsalltag erleichtern.
- ➔ Informieren Sie sich im Karrierecenter über Weiterbildungsangebote und berufliche Qualifizierungsmöglichkeiten.

**ZUKUNFTSTAG
ALTENPFLEGE**
by Vincentz Network

DER KONGRESS
ZUR LEITMESSE

HINGEHEN! MITREDEN! MITGESTALTEN!

FACHAUSSTELLUNGEN
HECKMANN
UNTERNEHMENSGRUPPE DEUTSCHE MESSE

www.altenpflege-messe.de



VINCENTZ



ren kann, so kann auch ein Zuviel davon an der Arbeitsmoral nagen, wenn das erworbene Wissen und Können nicht abgerufen und ausgelebt werden kann und darf, sei es, dass die personellen, zeitlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Arbeitsalltags es nicht zulassen oder dass Widerstände des Teams bzw. seiner Führung gegen die Änderung eingespurter Abläufe und Praktiken es verhindern.

Mir hat sich oft die Frage aufgedrängt, ob nicht auch gutgemeinte Aus- und Fortbildungen das Dispositionsgefüge von Pflegekräften – ungewollt – frustrierend fehlgestellt haben, weil dabei die real existierenden Zwänge des pflegerischen Alltags zu sehr außen vor geblieben sind. Es ist gewiss nicht Aufgabe von Aus- und Fortbildung, nur auf die momentanen Gegebenheiten hin zu qualifizieren. Aber wenn sie die nicht oder zu wenig berücksichtigen, wenn sie die Differenz zwischen dem wünschenswerten, schönen Soll in der Pflege und dem faktischen Ist nicht ausreichend konstruktiv thematisieren, dann bauen sie Vorstellungen und Selbstansprüche auf, die in große Enttäuschung führen. Erstaunlich viele Pflegenden sind mir begegnet, die unter dieser Diskrepanz zu leiden hatten.

Wiederholt hat man mir auch erzählt, dass Mitarbeiter auf Wunsch und Kosten des Betriebs zu einer längeren Weiterbildung geschickt worden seien, aber es nach Abschluss des Lehrgangs seitens des Managements gar kein Interesse mehr gegeben hätte, die dabei erworbene spezielle fachliche Kompetenz fürs Haus zu nutzen und zu multiplizieren. Besonders frustrierend wirkt es, wenn die spezialisierten Mitarbeiter auch noch sehen müssen, dass auf der Webseite des Hauses mit ihrer brachliegenden Zusatzqualifikation als einem Kompetenzplus geworben wird. Auch solche „Überqualifikation“ kann demotivieren.

Mangel an konkreten kleinen Zielen

Ziele als Vorstellung und sozusagen geistige Vorwegnahme wünschenswerter künftiger Zustände, Qualitäten, Abläufe und Praktiken haben im Allgemeinen eine positive Reizwirkung. Wo sie in der Arbeitswelt längere Zeit fehlen, kommt allmählich das Gefühl auf, der Alltag dümpelt so vor sich hin,

man bewege sich wie in einem Hamsterrad, ohne Perspektive heraus- und vorwärtszukommen.

Allerdings hängt es auch von den Zielen ab, ihrer Klarheit, Erreichbarkeit, ihrer Bedeutsamkeit für die Pflege, ihrem Zustandekommen und ihrer Akzeptanz, wie weit sie die Wirkung des Stressoren- und Frustratoren gemenges schwächen und die Arbeitsmoral stärken. Vor allem kleine, präzise formulierte und hinsichtlich des Erreichens auch überprüfbare pflegerisch reizvolle Ziele wirken positiv, besonders wenn sie aus dem großen, wolkigen Zielprogramm des Unternehmens- oder Pflegeleitbildes „heruntergebrochen“ sind. Nicht selten habe ich Pflegenden klagen hören, dass es genau an solchen Zielen in ihrem Arbeitsbereich oder Haus fehle. Man drehe sich dort weithin im Kreis. Einziges Ziel sei es, das tägliche Pensum und Programm abzuarbeiten und den von oben aufgedrückten Auflagen nachzukommen.

Kaum Verständnis für Veränderungsprozesse

Mitarbeiter in der Pflege sind einem enormen Veränderungsdruck ausgesetzt – oft durch Forderungen von außen und oben bedingt, manchmal auch zusätzlich verstärkt durch Ideen, Vorschläge, Ansprüche aus den eigenen Reihen, von Kollegen oder ambitionierten Teamleitungen. Veränderungen sind schnell angeregt oder gefordert. Aber oft sind sie nur über einen langwierigen und für die davon Betroffenen konfliktreichen Lernprozess umzusetzen, vor allem wenn's um die Veränderung bisher gewohnter Praxis, das heißt von Abläufen, Handlungsmustern oder Zuständigkeiten geht.

Solche Veränderungen bringen in der Regel Verunsicherung und die wiederum Belastung mit sich. Überlegt angegangen und vorbereitet, kann man sie um einiges eindämmen. Nach meinen Beobachtungen allerdings schwillt der Frust-, Stress- und Konfliktpegel um Veränderungen herum manchmal auch deshalb unnötig hoch an, weil Mitarbeiter über zu wenig Kenntnis vom Verlauf und den Begleiterscheinungen, den Widerständigkeiten und dem Zeitbedarf bei sozial-emotionalen Lernprozessen verfügen, die Praxisveränderungen nun mal erfordern. Das führt zu Unverständnis und Fehl-

einschätzungen, die enttäuschen und stressen.

Fragwürdige Arbeitsgrundsätze

Wer seine Berufskleidung anlegt, legt damit nicht ab, was er in seiner bisherigen Lebensgeschichte als „gut“ und „richtig“, „schlecht“ und „falsch“, „besonders wichtig“ und „nebensächlich“ oft von Kind auf gelernt und verinnerlicht hat. Es beeinflusst das Arbeitserleben, wie jemand generell beispielsweise auf „Fehler“, „Schwächen“, „Schatten“, „Unzulänglichkeiten“ – die eigenen und die anderer – oder auf den Umgang mit Spannungen und Konflikten eingestellt ist.

Nicht jedwedes „Lebens- und Arbeitscredo“ beeinflusst das Arbeitserleben positiv. Es gibt tief verinnerlichte alltagsbezogene Glaubensgrundsätze, die das Aufkommen von Frust, Stress und Ausbrennen in hohem Maße begünstigen. Wer glaubt, er müsse perfekt, ja 150-prozentig sein, es allen recht machen, sich für alles verantwortlich fühlen, anderen um jeden Preis zu ihrem Glück verhelfen, dem wird das auf Dauer nicht gut bekommen. Ja er trägt ein relativ hohes Burnout-Risiko in sich. Zugegeben, leicht ist es nicht, es geht auch nicht von heute auf morgen, solche Lebens- und Arbeitsgrundsätze zu verändern. Sie sitzen ziemlich fest im geistig-psychischen Habitus. Aber sie sind nicht angeboren und darum sind sie auch veränderbar.

Mangelndes Stress- und Burnout-Wissen

Niemand muss den Stressoren der Berufswelt wehrlos ausgeliefert sein. Wie sich die hohen Belastungen des pflegerischen Alltags auswirken und wie weit krankmachend, hängt nicht zuletzt auch davon ab, ob Schwestern und Pfleger für sich Strategien zur Stress-Verarbeitung und Burnout-Prophylaxe entwickeln und bewusst anwenden. Das freilich setzt differenziertes Wissen von den Entstehungsbedingungen von Stress, seiner Wirkungsweise im Organismus, den körperlichen und seelischen Anzeichen von aufkommendem und fortgeschrittenem Burnout und nicht zuletzt auch von den Möglichkeiten und Methoden der Ressourcenstärkung und Selbstfürsorge voraus.

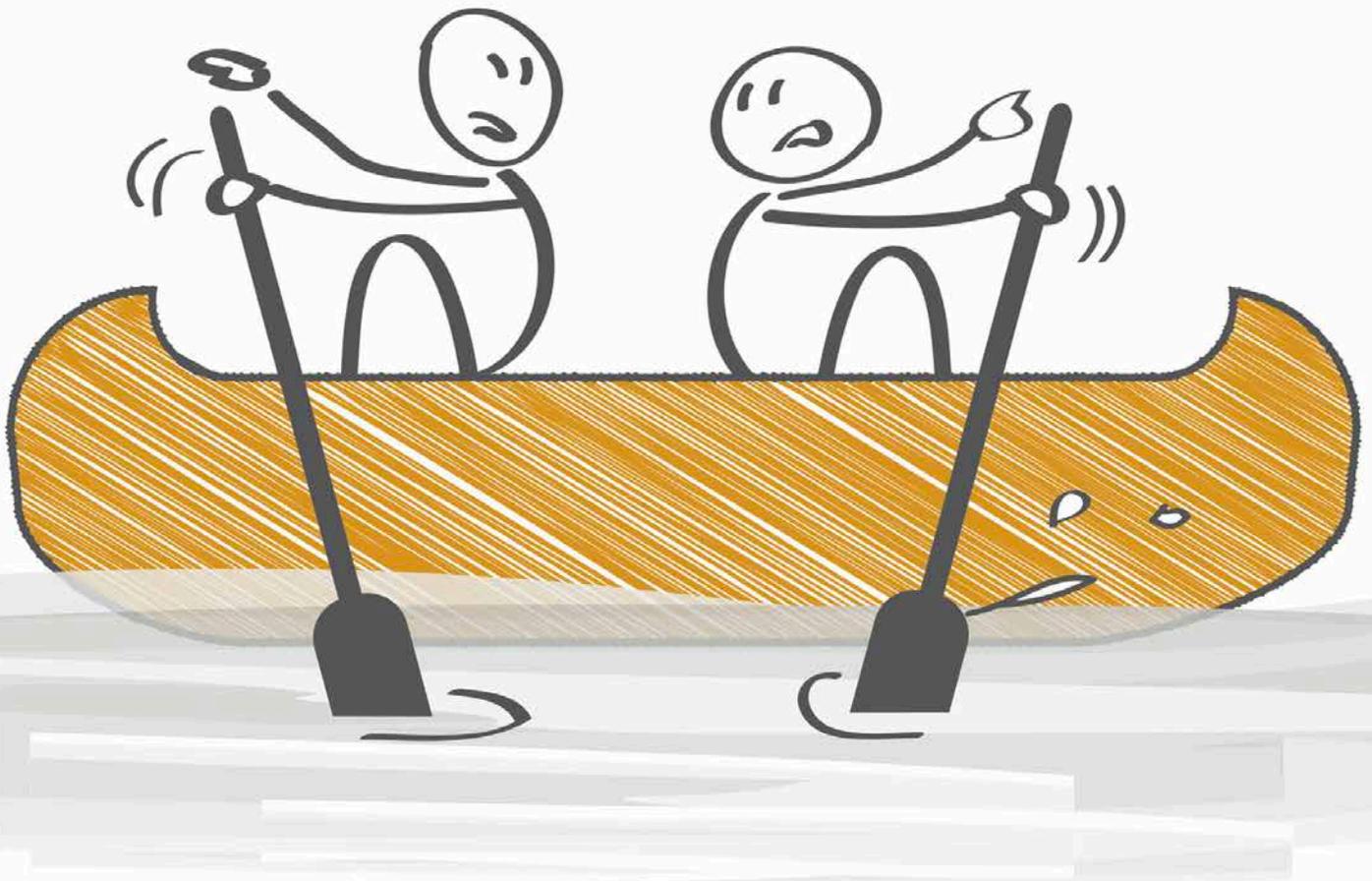


Foto: Trueffelpix/Fotolia

Manchmal fehlt das Verständnis für Veränderungsprozesse. Dann sind Konflikte und Frustrationen vorprogrammiert.

Da und dort werden in Fortbildungsprogrammen entsprechende Seminare und Workshops angeboten. Mir scheint jedoch, dass in der Pflegelandschaft durchaus noch eine Menge Aufklärungsbedarf in Sachen Stress und Burnout besteht, vor allem hinsichtlich einfacher konkreter Techniken und Übungen, um Abstand vom beruflichen Geschehen zu gewinnen und wieder neue Kraft zu schöpfen. Mir sind jedenfalls nicht wenige Pflegekräfte begegnet, die sich lediglich als hilfloses Opfer der Arbeitsverhältnisse und der damit einhergehenden Belastungen fühlen. Ihnen ist aber in ihrem Haus auch noch nicht die Chance geboten worden, zu entdecken, dass sie es nicht sein müssten. Und manche, die das mal wussten, haben es im Lauf der Jahre schlicht wieder vergessen.

Am besten zweigleisig fahren

Die Auflistung von Mängeln und Lücken im Dispositionsgefüge Pfleger beruht natürlich auf einer nur sehr begrenzten subjektiven Erfahrungsbasis. Sie sagt nichts über das tatsächli-

che Vorkommen und die Verbreitung der genannten psychischen geistigen Schwachstellen im Pflegedienst eines Hauses oder gar der bundesdeutschen Pflegelandschaft aus. Und natürlich bleibt sie hinsichtlich der „Didaktik und Methodik“ von Gegenmaßnahmen ergänzungsbedürftig. Die müssten sicherlich auf jede Schwachstelle speziell zugeschnitten werden. Denn sie sitzen unterschiedlich tief und fest in den kognitiven und affektiven Schichten des Dispositionsgefüges. Aber chancenlos wäre man nicht, sollte die eine oder andere im Haus verbreitet sein.

Die Auflistung soll und darf auch keineswegs davon abhalten, das Gemenge der auf die Pflegenden einströmenden Stressoren und Frustratoren auf den Prüfstand zu legen und zu fragen, welche sich reduzieren oder beseitigen lassen. Nicht bei allen wird das möglich sein, und bei vielen Rahmenbedingungen nur mühsam und mit langem Atem. Es sind aber auch nicht alle belastenden und frustrierenden Situationen, Vorkommnisse, Umstände, Arbeitsbedingungen im Haus gleichsam naturgegeben und unabänderlich. Und keineswegs alle hausgemachten Stres-

soren und Frustratoren resultieren einzig und allein aus Kostendruck und Sparzwängen.

Wahrscheinlich wird es für ein Haus am fruchtbarsten sein, zweigleisig zu fahren, wenn es schlechte Stimmung, hohe Unzufriedenheit und das Klagen über Stress und Erschöpfung nicht nur schulterzuckend hinnehmen will. Es wird gut daran tun, einerseits soweit als möglich gegen Vermeid- und Verringerbares im Belaster- und Enttäuschergemenge vorzugehen und andererseits das geistig-psychische Dispositionsgefüge der Mitarbeiter besser darauf einzustellen. Das aber unbedingt auch. <<

Autorenkontakt:

Dr. Georg Betz hat katholische Theologie und Soziologie studiert und leitete knapp drei Jahrzehnte die Katholische Akademie für Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern mit Sitz in Regensburg.
Kontakt: gebetz@gmx.de

› Analgosedierung ist ein Goldstandard auf Intensivstationen. Unser Autor stellt einen Sedierungsalgorithmus vor.

Schmerzfrei und entspannt

JAN WIESEMANN

Sedierung und Analgesie sind wesentliche Bestandteile der Behandlung von Intensivpatienten. Durch die Entwicklung neuer Medikamente, Beatmungsformen und die Einführung von Scoringssystemen zur Beurteilung von Analgesie und Sedierung konnten neue Sedierungskonzepte erprobt und etabliert werden. Die Analgosedierung hat in den vergangenen Jahren auf europäischen Intensivstationen Einzug gehalten und sich deutlich weiterentwickelt. Jan Wiesemann wirft im Folgenden einen Blick auf den Stand der Dinge in Sachen Analgosedierung und stellt einen eigens entwickelten Sedierungsalgorithmus vor.

Moderne Analgosedierungskonzepte setzen sich aus vielen verschiedenen Faktoren und Parametern zusammen. Dadurch ermöglichen sie es den behandelnden Berufsgruppen auf Intensivstationen, die Analgosedierung gezielt zu steuern. Dies wiederum ermöglicht für jeden Patienten eine individuelle Sedierung und somit einen maximalen Patientenkomfort, mit dem Ziel der Toleranz mit der Umgebung auf einer Intensivstation und einer Vermeidung von therapieassoziierten Nebenwirkungen.

Aufbau und Absicht

Patienten auf der Intensivstation (Intensive Care Unit; ICU) befinden sich meist in einer für den Organismus lebensbedrohlichen Situation. Um das Überleben der Patienten sowie deren Organfunktionen zu sichern, besteht die Notwendigkeit, Vitalparameter und -funktionen zu überwachen. Hinzu kommen oftmals invasive Eingriffe und Maßnahmen zu therapeutischen und diagnostischen Zwecken (Eichler 2011, S. 33).

Um die zahlreichen Stressfaktoren, die hauptsächlich durch die Unfähigkeit zur Kommunikation, Schmerzen, kontinuierlichen Lärm und weitere unnatürliche Stimuli hervorgerufen werden (Schaffrath et al. 2004, S. 1118), zu eliminieren, werden in der Intensivmedizin häufig Kombinationen aus Analgetika und Sedativa verabreicht.

In den 1980er und frühen 1990er Jahren waren Fachleute noch der Meinung, man müsse den Patienten so sedieren, dass er nicht mehr erweckbar ist und komplett von der Außenwelt abgeschirmt, um in seinem Interesse zu handeln und das Outcome positiv zu beeinflussen (Schaffrath et al. 2004, S. 1112). Dabei stellt das Outcome „das Ergebnis einer gesundheitsbezogenen Handlung dar“ (Carels & Pirk 2005, S. 170).

Oftmals kam es dabei bedingt durch eine Übersedierung der Patienten zu negativen Effekten (Eichler 2011, S. 36). In den letzten zwanzig Jahren hat sich jedoch die Idealvorstellung zu einem jederzeit kontaktierbaren, aber ruhigen und entspannten Patienten gewandelt. Ermöglicht wurde dies durch die Entwicklung neuer Sedierungskonzepte, den Einsatz neuer Medikamente, neuer Beatmungstechnologien (Schaffrath et al. 2004, S. 1112) sowie neuer Methoden zur Überprüfung des Grades der Analgesie und Sedierung.

Dieser Artikel soll verdeutlichen, wie sich ein Sedierungskonzept in der Intensivmedizin zusammensetzt und welche Faktoren in Bezug darauf für Patienten, Pflegepersonal und Ärzte eine wichtige Rolle spielen. Insbesondere soll beschrieben werden, wie sich moderne Sedierungskonzepte positiv auf das Outcome des Patienten auswirken. Die Gliederung des Artikels zielt darauf ab, die einzelnen Elemente und Faktoren

die zu einem neuen Sedierungskonzept beitragen, aufzuzeigen und zusammenzuführen um somit ein Verständnis für deren Wichtigkeit zu schaffen.

Der Hauptteil geht zu Beginn auf die Aufgaben und Ziele der Analgesie und Sedierung in der modernen Intensivmedizin ein und beleuchtet darüber hinaus, wie und in welcher Weise sie zusammen gehören. Anschließend werden die dazu nötigen, im europäischen Raum am weitesten verbreiteten Medikamentengruppen kurz benannt und beschrieben.

In einem modernen Sedierungskonzept ist das Überwachen und Managen von Analgesie und Sedierung ebenso wichtig, wie beispielsweise die Überwachung des Blutdruckes beim Monitoring der Vitalparameter (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 35). Dementsprechend wird nach der Behandlung der Medikamentengruppen auf die wichtigsten Scoringssysteme und Skalen zum Beurteilen und Feststellen der Ausprägung von Analgesie und Sedierung eingegangen. Ausgehend von diesen Faktoren werden zwei moderne Sedierungskonzepte vorgestellt. Darüber hinaus wird Bezug auf das Outcome der Patienten genommen.

Analgosedierung

Aufgrund schwieriger Krankheitsverläufe müssen Patienten auf Intensivstationen oftmals in ein künstliches Koma versetzt werden. Nicht zuletzt ist dies darauf zurückzuführen, dass es zu den ethischen und juristischen Pflichten von Ärzten und Pflegekräften gehört, Schmerzen, Ängste und Unruhezustände zu lindern und zu behandeln (Bone 2005, S. 105).

Stand früher noch die totale Sedierung der Patienten zum Ermöglichen einer Beatmungstherapie im Vordergrund (Schaffrath et al. 2004, S. 1118), sprechen Fachleute heutzutage von dem Begriff „Analgosedierung“. Aus eigener Erfahrung heraus ist zu beobachten, dass Laien nur selten ausmachen können, was sich genau hinter diesem Wort verbirgt und

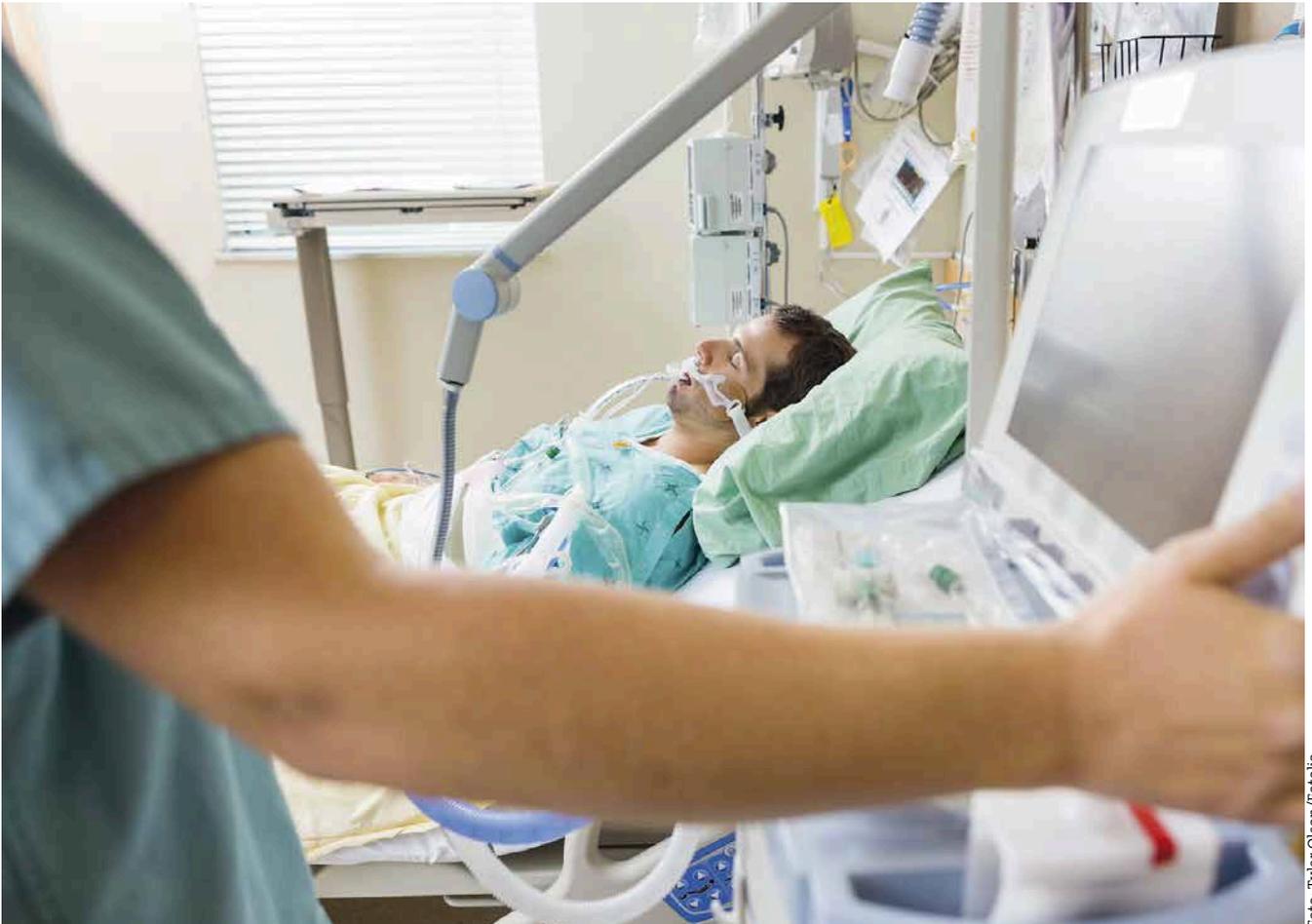


Foto: Tyler Olson/Fotolia

Analgesedierung ist auf Intensivstationen Standard. Sie trägt maßgeblich dazu bei, dass Patienten möglichst kurze und komplikationsarme Aufenthalte auf ICUs haben.

was Analgesedierung für einen betroffenen Patienten bedeutet. Befasst man sich also mit der Analgesedierung, muss man sich zunächst vergegenwärtigen, woraus sich diese zusammensetzt. „Im allgemeinen Sprachgebrauch umfasst der Begriff [...] verschiedene Einzelkomponenten wie Analgesie, Anxiolyse, Hypnose und Amnesie, die nicht immer scharf voneinander getrennt werden. Der Begriff Analgesedierung soll den Anteil der Analgesie stärker betonen, wird aber häufig unter der Bezeichnung Sedierung subsumiert.“ (Schaffrath et al. 2004, S. 1112). Mit anderen Worten zusammengefasst:

- Spricht man von Analgesie, ist immer ein Nicht-Vorhandensein von Schmerzempfindungen durch Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit gemeint (Schaffrath et al. 2004, S. 1114).
- Hinter dem Begriff „Sedierung“ (lat. „sedare“: beruhigen) stehen verschiedene pharmakologische Substanzen,

„deren Anwendung zur Beruhigung bis hin zur Bewusstlosigkeit“ (Eichler 2011, S. 35) führt.

- Anxiolyse beschreibt den Versuch, medikamentös Ängste und Erregungszustände zu mindern beziehungsweise gänzlich zu unterdrücken (DocCheck Medical Services GmbH).
- Im Bezug auf die Analgesedierung meint der Begriff „Hypnose“ einen herbeigeführten Bewusstseinszustand der tiefen Entspannung (DocCheck Medical Services GmbH).
- Mit „Amnesie“ ist ein, zumindest bei der Analgesedierung, künstlich herbeigeführter Gedächtnisverlust über einen begrenzten Zeitraum gemeint (DocCheck Medical Services GmbH).

In unterschiedlichen Befragungen gaben Intensivpatienten, die sich an ihren Aufenthalt auf der ICU erinnern konnten, folgende Stressfaktoren an (Bone 2005, S. 106; Kitzberger & Vaculik 2010, S. 34; Schaffrath et al. 2004, S. 1118):

- Schlafmangel durch einen gestörten bzw. keinen klaren Tag-Nacht-Rhythmus.
- Behinderungen durch Katheter, Tuben und Kabel in und an verschiedenen Körperteilen und -stellen.
- Andauernder Lärm bedingt durch Alarmer, Personal und Geräte.
- Intensivmedizinische Interventionen, wie etwa Beatmung, Lagerungstherapie oder das Implantieren/Legen von Kathetern.
- Medikamentöse Nebenwirkungen.
- Einsamkeit.
- Angst und Schmerzen.
- Die Unfähigkeit zur Kommunikation.

Das Ziel der Analgesedierung ist also, neben dem Herbeiführen eines künstlichen Organversagens (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 34), ein „maximaler Patientenkomfort, [sowie die] Toleranz mit der ICU-Umgebung und die Vermeidung von therapieassoziierten Nebenwirkungen.“ (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 34). Darü-

ber hinaus steht bei der Analgosedierung immer die Schmerzfreiheit des Patienten im Vordergrund.

Können verabreichte Analgetika nicht die gewünschten Wirkungen wie das Lindern von Schmerzen, Unruhe- und Angstzuständen erzielen, wird erst in zweiter Linie eine Sedierung in Erwägung gezogen (Schaffrath et al. 2004, S. 1114).

Pharmakologische Aspekte der Analgosedierung

Das ideale Medikament zur Analgosedierung verspricht einen raschen und vorhersehbaren Wirkungseintritt, verfügt über keine unerwünschten Nebenwirkungen und führt zu keinem Toleranzphänomen. Darüber hinaus gewährleistet es dem Patienten, die Beatmung und invasive Maßnahmen angst- und stressfrei zu tolerieren, jederzeit neurologisch beurteilbar zu bleiben und führt nicht zu einer Atemdepression (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 36; Schaffrath et al. 2004, S. 1119).

Leider steht dieses Medikament der Medizin derzeit nicht zur Verfügung. Dementsprechend werden verschiedene Medikamente/Wirkstoffe kombiniert, um Stress und Schmerzen beim Patienten gleichermaßen zu eliminieren. Diese Medikamente werden in verschiedene Gruppen eingeteilt:

- **Analgetika:** a) Opiod-Analgetika, b) Nicht-Opiod-Analgetika
- **Hypnotika/Sedativa:** Durch individuelle Kombination und Dosierung dieser Medikamentengruppen können die allgemeinen Ziele der Analgosedierung erreicht werden.

Opiod-Analgetika

Laut einer Befragung von 647 Intensivmedizinern aus 16 europäischen Ländern aus dem Jahre 2001 und den Recherchen mehrerer Fachzeitschriften, werden folgende Analgetika vorwiegend auf Intensivstationen im europäischen Raum eingesetzt:

- Morphin
- Piritramid
- Fentanyl
- Sufentanil
- Remifentanyl

Zu beachten ist, dass es bei den meisten Opioiden nach Bolusgaben zu einem Ausfall des Atemantriebs und einer Apnoe (Atemstillstand) kommen kann.

Dies setzt bei Anwendung dieser Substanzen immer die Möglichkeit zur (maschinellen) Beatmung voraus, was bei der Analgosedierung von intensivpflichtigen Patienten meistens von vornherein indiziert ist.

Nicht-Opiod-Analgetika

Zusätzlich zu einer Behandlung mit Opiod-Analgetika, können Nicht-Opiod-Analgetika wie beispielsweise Arylessigsäuren (Diclofenac), Arylpropionsäure-Derivate (Ibuprofen) und Pyrazolidinone (Metamizol) unterstützend zur analgetischen Therapie in der postakuten Phase der Intensivtherapie eingesetzt werden.

Hypnotika/Sedativa

Können bereits verabreichte Analgetika bei den Patienten nicht für eine angemessene Adaption an die ICU-Umgebung sorgen und die bereits erwähnten Stressfaktoren ausblenden, werden den Patienten Sedativa verabreicht. „Zurzeit werden in Deutschland und Europa zur Sedierung vor allem Benzodiazepine, Neuroleptika, Propofol und α 2-Adrenozeptoragonisten verwendet, häufig in Kombination mit Opioiden. Die nicht optimalen Eigenschaften und das Nebenwirkungsprofil einzelner Substanzen werden durch eine solche Kombinationstherapie minimiert.“ (Schaffrath et al. 2004, S. 1118).

Es bleibt festzuhalten, dass ein Unterschied zwischen hypnotischer und sedierender Wirkung von Medikamenten nicht klar trennbar ist. Vielmehr ist der Unterschied der Wirkung dosisabhängig (Eichler 2011, S. 35).

Management und Überwachung

Da sich in den letzten Jahren herausgestellt hat, dass eine zu tiefe bzw. starke und kontinuierliche Analgosedierung sich erheblich negativ auf das Patientenoutcome auswirkt, wurden entsprechende Scoringssysteme entwickelt, um den Grad der Analgesie und Sedierung objektiv, gezielter und einfacher feststellen zu können (Eichler 2011, S. 36). „Alleine durch die Einführung eines Sedierungs- und Schmerzscore konnte die Sedierungseffektivität signifikant verbessert werden [...]“ (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 35).

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

empfiehlt eine mindestens achtstündliche Erhebung des Sedierungsgrades, um eine konsequente und objektive Überwachung zu gewährleisten (Nydhall & Rothaug 2010, S. 133). Scoringssysteme im Bereich der Analgosedierung dienen also der Erleichterung beim Erreichen eines vorab definierten Ziels der Analgosedierung (Sedierungstiefe), sowie dem objektiven Beurteilen dieser. Somit wird die Sedierungseffektivität signifikant verbessert. Darüber hinaus leisten sie einen Beitrag zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen auf einer ICU, beim Festlegen der Ziele (Schaffrath et al. 2004, S. 1126). Obwohl es bereits durch mehrere Studien belegt worden ist, dass sich diese Maßnahmen der Erfassung und Steuerung positiv auf das Outcome der Patienten auswirken, erfolgt bei etwa 50 Prozent aller sedierten Patienten kein entsprechendes Monitoring der Sedierungstiefe. Ein fehlendes Monitoring bei Katecholamingabe ohne invasives Blutdruckmonitoring würde jedoch in den meisten Fällen als grob fahrlässig gelten (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 35).

Systeme zur Beurteilung der Analgesie

„Eine quantitative und qualitative Erfassung von Schmerzen ist nur bei wachen, adäquat orientierten Patienten möglich. Hier kommen die direkte Befragung sowie die Beurteilung mittels verschiedener Skalen wie der Visuellen Analog Skala (VAS) oder der Numeric Rating Scale (NRS) zur Anwendung.“ (Schaffrath et al. 2004, S. 1113). Bei einem sedierten, beziehungsweise nicht adäquat kontaktierbaren Patienten, müssen folglich indirekte Parameter zur Beurteilung des Schmerzgrades herangezogen werden. Diese Parameter setzen sich wie folgt zusammen (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 36):

- Physiologische Parameter (Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz, Pupillenform und -motorik)
- Agitiertheit
- Verhaltensparameter (Mimik, Bewegungen der Extremitäten, Compliance mit dem Respirator)

Mithilfe der Behavioral Pain Scale (BPS) können diese Parameter zusammengefasst und beurteilt werden. „Angestrebt wird ein BPS \leq 6 in Ruhe beziehungsweise

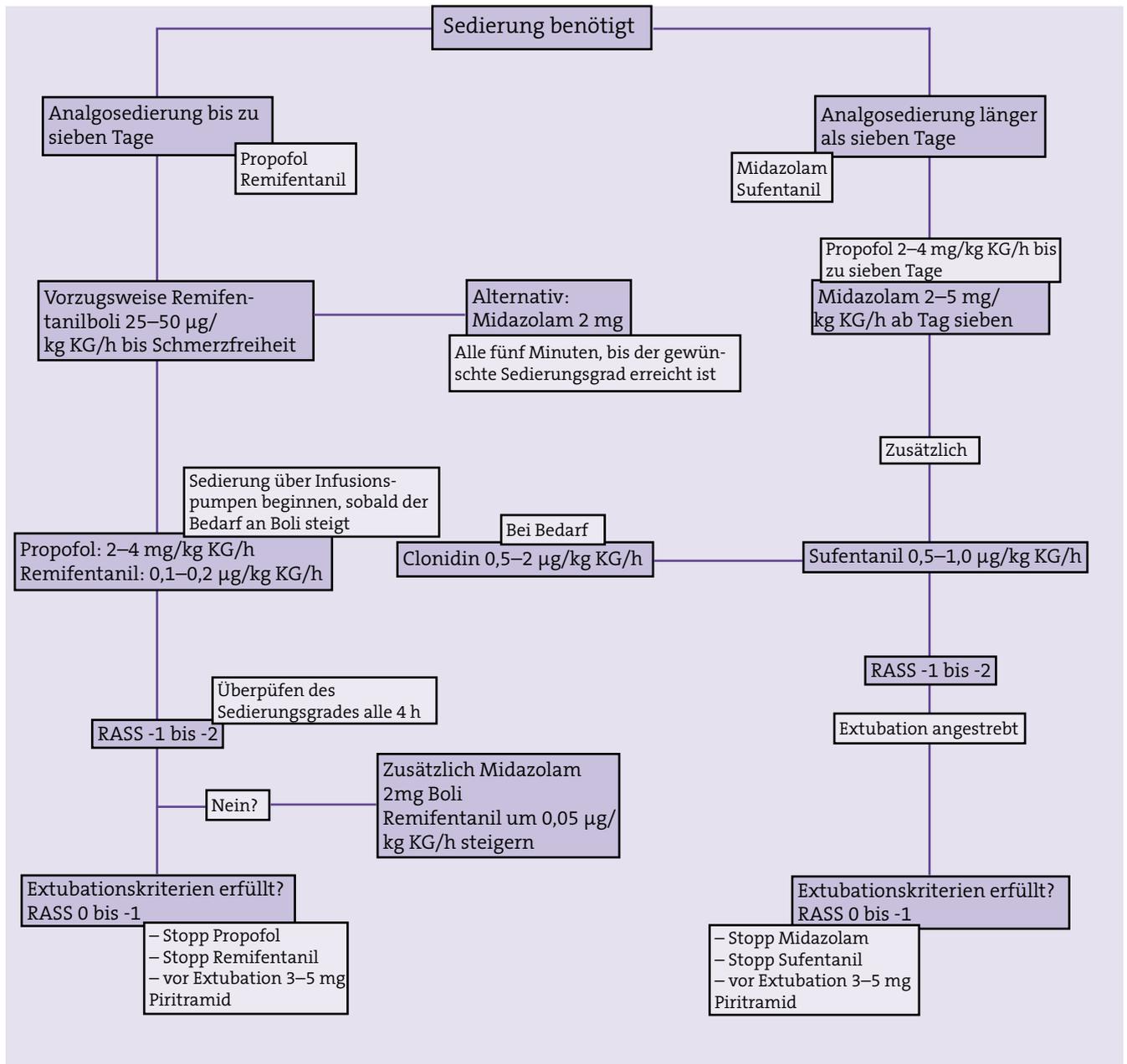


Abbildung 1: Beispiel eines eigens entwickelten Sedierungsalgorithmus (alle Angaben ohne Gewähr)

se ein BPS ≤ 9 unter Belastung.“ (Fleig et al. 2011, S. 970).

Systeme zur

Beurteilung der Sedierung

Zu den gebräuchlichsten Sedierungsscores gehören zurzeit der „Ramsay Sedation Score“ (RSS) sowie die „Richmond Agitation Sedation Scale“ (RASS). Der RASS bietet neben dem Festlegen der Sedierungstiefe gleichzeitig die Möglichkeit, den Grad der Agitiertheit zu bestimmen. Zudem handelt es sich beim RASS um den bislang am besten validierten Sedierungsscore und hat

sich mittlerweile zum Goldstandard etabliert (Eichler 2011, S. 36; Kitzberger & Vaculik 2010, S. 35).

Sedierungskonzepte

„Der Hauptzweck eines modernen Sedierungskonzeptes ist das Vermeiden von Übersedierung.“ (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 36). Die heutigen Sedierungskonzepte verfolgen das Ziel einer individuell genau an den Patienten angepassten Analgosedierung. Verbunden damit ist eine verminderte Mortalitätsrate sowie auch verkürzte

Krankenhausaufenthalte. Die „Kunst“ ist jedoch, verschiedene Faktoren miteinander in Einklang zu bringen.

Voraussetzungen für ein modernes Sedierungskonzept

Die Versorgung von kritisch kranken Patienten auf der ICU verlangt eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzte- und Pflegepersonal, dementsprechend hat sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen bewährt. Auch die Sedierungstherapie bildet hier keine Ausnahme und sollte deshalb interdis-

ziplinär erarbeitet und behandelt werden, um eine praktikable Umsetzung von Sedierungskonzepten zu gewährleisten. Darüber hinaus muss für jeden Patienten ein individuelles Sedierungsziel festgelegt werden.

Da das Hauptziel der Sedierung auch die Adaptierung des Patienten an die ICU Umgebung beinhaltet, können vorab Maßnahmen getroffen werden, um beispielsweise den Lärmpegel und andere Stressfaktoren zu senken, welche beim Patienten Agitation und/oder unnötig Schmerzen und Stress verursachen. Auch die regelmäßige Adaptierung des Beatmungsgerätes an den Patienten stellt einen wichtigen Bestandteil eines modernen Sedierungskonzeptes dar (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 35).

Sedierungsprotokoll aus Monitoring und Sedierungsalgorithmus

„Der wichtigste Bestandteil eines Sedierungsprotokolls ist ein geeignetes Monitoring der Sedierungstiefe.“ (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 35). Sedierungsprotokolle dienen dazu, mithilfe von Scoringssystemen Schmerzen und den Grad der Analgosedierung systematisch zu erfassen und entsprechend dazu die Sedierung und Behandlung anzupassen. Ein Beispiel für ein Sedierungskonzept, basierend auf einem Sedierungsprotokoll und bestehend aus einem Monitoring und einem Sedierungsalgorithmus kann wie folgt aussehen (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 35):

- Die Sedierung wird vom Pflegepersonal vorgenommen.
- Zwei Mal pro Schicht, aber mindestens vierstündlich, wird anhand des BPS und des RASS festgestellt, ob der Patient Schmerzen hat und der Grad der Sedierung wird festgestellt.
- Zeigt der Patient Anzeichen von Schmerzen oder ist auch nur anzunehmen, dass er Schmerzen hat, werden initial Analgetika verabreicht.
- Die Therapie wird mit Bolusgaben begonnen und eine kontinuierliche Therapie wird erst dann gestartet, wenn die Bolustherapie nicht mehr effektiv ist.
- Sedativa dürfen erst dann verwendet werden, wenn der Patient frei von Schmerzen ist, aber dennoch Zeichen von Agitation aufweist.
- Die Wahl der Medikamente ist dem Patienten anzupassen entsprechend

Zusammenfassung

Die Analgosedierung hat sich in den vergangenen Jahren zum Goldstandard auf europäischen Intensivstationen entwickelt. Dies hat den Patientenkomfort erheblich verbessert. Moderne Sedierungskonzepte tragen entscheidend zur Verbesserung der Effektivität und Qualität bei und ermöglichen so einen kürzeren Aufenthalt von Patienten auf ICUs und damit auch weniger Komplikationen. Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den Sedierungskonzepten zu. Hier kommen Scoringssysteme zum Einsatz. Mit ihrer Hilfe können Analgesie und Sedierung von verschiedenen Berufsgruppen einheitlich und objektiv bewertet werden und die Analgosedierung in Kombination mit Sedierungsalgorithmen oder täglichen Aufwachversuchen individuell an den Patienten angepasst werden..

Schlüsselwörter: *Analgosedierung, Intensivstation, Scoringssystem*

Kumulationsgefahr, Pharmakokinetik und geplanter Sedierungsdauer.

- Werden Medikamente mit einer langen Halbwertszeit verwendet, so sind Bolusgaben vorzuziehen.
- Werden kurzwirksame Medikamente verwendet, so empfiehlt sich ein Sedierungsalgorithmus.

Entsprechend diesem Konzept der gezielten Anpassung der Sedierung an den Patienten, müssen sich Pflegende und Ärzte regelmäßig folgende Fragen stellen, um eine erfolgreiche Analgosedierung zu gewährleisten (Bone 2005, S. 114):

- Ist der Patient schmerzfrei?
- Kann durch medikamentöse Maßnahmen eine Schmerzlinderung erreicht werden?
- Muss die Dosis der Analgetika erhöht werden oder ist sogar eine Reduktion möglich?
- Wie ist die Sedierungstiefe des Patienten?
- Braucht der Patient diese Sedierungstiefe?
- Braucht der Patient überhaupt eine Sedierung?
- Kann durch Verändern des Beatmungsmodus die Sedierung reduziert werden?
- Kann durch nichtmedikamentöse Maßnahmen die Sedierung optimiert werden?

Ein Sedierungsalgorithmus, der sich diese Fragen stellt und der entsprechende Optimierungsoptionen möglich macht, könnte wie in Abbildung 1 dargestellt aussehen. Dieser Sedierungsalgorithmus wurde mithilfe eines älteren Konzeptes von Brook et al. (1999) sowie Dosierungsempfehlungen

der entsprechenden Medikamente entworfen.

Vorteile moderner Sedierungskonzepte für das Outcome

„Die Zeiten, in denen die Patienten sehr tief analgosediert wurden, sind vorbei. Es hat sich herausgestellt, dass die zu starke Sedierung erhebliche Nachteile für das Outcome der Patienten hat und damit sowohl individuell als auch ökonomisch nachteilig ist.“ (Eichler 2011, S. 36). Auch wenn die Sedierung den Patienten vor unangenehmen Erinnerungen an Schmerzen, Geräusche und Untersuchungen schützen soll, um das Auftreten von Stresssyndromen zu vermeiden, hat sich herausgestellt, dass das „Risiko für die Entwicklung eines Post Traumatischen Stresssyndroms (PTS) steigt, je weniger Erinnerungen der Patient an den ICU-Aufenthalt hat.“ (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 37).

Risiken einer zu tiefen Sedierung sind venöse Thrombosen, Hypotonie und Entzugssymptome. Hinzukommen kann ein prolongiertes Weaning der Patienten von den Beatmungsgeräten mit hoher Wahrscheinlichkeit einer respiratorinduzierten Pneumonie sowie andere katheterinduzierte Infektionen. Diese Faktoren sind verantwortlich für eine Kostensteigerung durch Verlängerung von Intensiv- und Krankenhausaufenthalten zuzüglich einer deutlichen Steigerung der Morbiditäts- und Mortalitätsrate (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 35; Schaffrath et al. 2004, S. 1113).

„Das ein Sedierungsprotokoll nicht nur einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf mit Verkürzung der ICU-Aufenthaltsdauer, sondern auch einen Einfluss auf die Mortalität hat, konnte erstmals von Girard gezeigt wer-



Literatur

Arias-Rivera S., Sánchez-Sánchez M.d.M., Santos-Díaz R., Gallardo-Murillo J., Sánchez-Izquierdo R., Frutos-Vivar F. et al. (2008) *Effect of a nursing-implemented sedation protocol on weaning outcome*. Critical care medicine 36, (7), S. 2054–2060.

Bone H.G. (2005) *Analgesiedierung*. Intensivmedizin up2date 1, (2), S. 105–116.

Brook A.D., Ahrens T.S., Schaiff R., Prentice D., Sherman G., Shannon W. et al. (1999) *Effect of a nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation*. Critical Care Medicine, 27, (12).

Carels J. & Pirk O. (2005) *Springer Wörterbuch Gesundheitswesen. Public Health von A bis Z*. 2. Aufl. Springer, Heidelberg.

Eichler I. (2011) *Analgesie und Sedierung*. Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, 25, (1), S. 33–37.

Kitzberger R. & Vaculik C. (2010) *Analgesiedierung im Jahr 2010*. ProCare, 15, (4), S. 34–37.

Martin J., Heymann A., Bäsell K., Baron R., Biniek R., Bürkle H. et al. (2010) *S3-Leitlinie zu Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin – Kurzversion*. German medical science: GMS e-journal, 8, Doc02. <http://www.egms.de/static/en/journals/gms/2010-8/000091.shtml>, Zugriff am 17.02.2015.

Nydahl P. & Rothaug O. (2010) *Ein Pflege-Beatmungskonzept – Teil 2*. intensiv, 18, (03), S. 131–137.

Plötz H. (2013) *Kleine Arzneimittellehre für Fachberufe im Gesundheitswesen*. Springer, Heidelberg.

Reuter P. (2005) *Springer Wörterbuch Medizin: 2*. Springer, Heidelberg.

Schaffrath E., Kühlen R., Tonner P. H. (2004) *Analgesie und Sedierung in der Intensivmedizin*. Der Anaesthesist 53, (11), S. 1111–1132.

Soltész S. (2005) *Weniger Komplikationen bei beatmeten Intensivpatienten durch geplante, tägliche Unterbrechung der Sedierung?* Der Anaesthesist 54, (1), S. 61–63.

Autorenkontakt:

Jan Wiesemann ist Gesundheits- und Krankenpfleger und arbeitet auf der herzchirurgischen Intensivstation der Asklepios-Klinik St. Georg in Hamburg und studiert Advanced Nursing Practice an der Medical School Hamburg.
Kontakt: Jan.Wiesemann@gmx.net

den (Girard 2008). Hier hatten Patienten mit einer täglichen Sedierungspause, kombiniert mit einem Weaningprotokoll eine niedrigere 2-Jahres Mortalität verglichen mit einer Kontrollgruppe.“ (Kitzberger & Vaculik 2010, S. 35). Um eine optimale Qualität der Analgesiedierung zu gewährleisten, hat es sich als vorteilhaft erwiesen, dass die Steuerung und Dosierung der Sedierung vom Pflegepersonal vorgenommen wird. Somit ergaben Studien, dass bei einer von Ärzten gesteuerten Sedierung nur etwa 36 Prozent der Patienten optimal sediert und 41 Prozent der Patienten übersediert waren. Wurde die Sedierung jedoch vom Pflegepersonal gesteuert, waren 58 Prozent optimal und nur 20 Prozent der Patienten übersediert (Arias-Rivera et al. 2008).

Die Konzepte der Analgesiedierung ermöglichen es, das Wohlbefinden der Patienten durch Stressreduktion zu steigern und Schmerzfreiheit zu gewährleisten. Daraus resultieren (Bone 2005; Kitzberger & Vaculik 2010; Martin et al. 2010; Nydahl & Rothaug 2010; Soltész 2005):

- eine verbesserte pulmonale Situation → Der Patient toleriert den Tubus, bessere Synchronisation mit dem Respiратор.
- Reduktion von kardialen Komplikationen → Weniger kreislaufwirksame Medikamente müssen benutzt werden.
- Reduktion der Selbstextubation.
- Reduktion von Entzugssymptomen und der Entwicklung eines Delirs.
- eine verkürzte Beatmungsdauer → geringeres Infektionsrisiko.
- Reduktion von nosokomialen Infektionen.
- ein verkürzter ICU-Aufenthalt
- Reduktion der Morbiditäts- und Mortalitätsraten.

Diskussion

Die Analgesiedierung hat sich in den vergangenen Jahren zum Goldstandard auf europäischen ICUs etabliert und deutlich weiterentwickelt. Dies hat zu einer außerordentlichen Verbesserung des Patientenkomforts beigetragen. Moderne Sedierungskonzepte tragen entscheidend zur Verbesserung der Effektivität und Qualität bei und ermöglichen so einen kürzeren Aufenthalt von Patienten auf ICUs und damit auch weniger Komplikationen.

Die vorgestellten Sedierungskonzepte können sowohl separat, als auch in Kombination Anwendung finden. Als

wichtigster Bestandteil der Sedierungskonzepte hat sich die Überwachung der Sedierung durch standardisierte Scoringssysteme hervorgetan. Mit ihrer Hilfe können Analgesie und Sedierung von verschiedenen Berufsgruppen einheitlich und objektiv bewertet werden und die Analgesiedierung in Kombination mit Sedierungsalgorithmen oder täglichen Aufwachversuchen individuell an den Patienten angepasst werden.

Probleme bei der Implementierung solcher Sedierungskonzepte auf unseren Intensivstationen ergeben sich aber alleine schon durch die personelle Ausstattung. So wird die Sedierungstiefe, abgesehen von patientenbezogenen Parametern wie beispielsweise Schweregrad der Erkrankung oder Beatmungsform, oftmals auch durch einen niedrigen Personalschlüssel beeinflusst. Intensivstationen mit einem Mangel an Pflegekräften oder schlechter Besetzung tendieren zu einer tieferen Sedierung, da tiefer sedierte Patienten „einfacher“ zu versorgen sind als zum Beispiel wache und eventuell agitierte oder gestresste Patienten (Bone 2005, S. 107).

Darüber hinaus wurden auf den meisten Intensivstationen zwar Scoringssysteme wie der RASS, die VAS oder BPS eingeführt, jedoch werden diese nicht oft genug und wenn, dann häufig nur unregelmäßig angewandt.

Dies könnte unter anderem daran liegen, dass viele Kliniken die Scores ohne ausreichende Informationen und Schulungen des Personals eingeführt haben und Fachkräften somit nicht bewusst ist, wie wichtig und aussagekräftig die Scores sind, wenn sie konsequent erfasst werden.

Moderne Sedierungskonzepte der Analgesiedierung haben sich nicht nur als äußerst positiv für Patienten und deren weiteren Verlauf bewährt, sondern bieten auch Krankenhäusern ökonomische Vorteile, indem sie Liegezeiten verkürzen und beispielsweise durch eine Reduktion von nosokomialen Infektionen Behandlungskosten reduzieren sowie Behandlungsfehlern infolge dieser Infektionen oder prolongiertem Weaning durch Übersedierung vorbeugen.

Somit sollten neue Konzepte, entsprechend einem Sedierungsprotokoll, bestehend aus einem Monitoring und einem Sedierungsalgorithmus oder einer täglichen Sedierungspause mit Wachprobe einen festen Platz auf unseren ICUs haben. <<



Foto: Photographee.eu/Fotolia

> Familienmoderation ist auch eine Aufgabe der Pflege

Zuhören, analysieren, aufzeigen

MAREIKE O. TOLSDORF

Ein Pflegefall führt in Familiensystemen meist zu größeren Belastungen – und zwar nicht nur, wenn die Pflege durch Angehörige erfolgt. Viele Familien lösen diese Schwierigkeiten selbstständig. Aber nicht selten können Konflikte auch ein Ausmaß annehmen, das die gesamte Familie belastet. Familienmoderatoren können dann sinnvoll eingreifen. Diese Rolle kann auch von Pflegenden übernommen werden: Sie kennen sowohl die pflegerische Situation als auch die Familien.

In vielen Familien, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, treten Konflikte der unterschiedlichsten Couleur auf. Oftmals handelt es sich um verschiedene Einstellungen beispielsweise zur Gestaltung der Pflegesituation. Aber auch alte, bereits „schlafende“ Konflikte können wieder an die Oberfläche treten. In der Regel werden solche Unstimmigkeiten nicht ausgesprochen. Die Fassade wird – vor allem nach außen – aufrechterhalten. Wie im **Beispiel** von Frau Adler:

Frau Adler pflegt ihren Mann seit einem Schlaganfall vor zwei Jahren. Herr Adler ist seitdem halbseitig gelähmt und hat Verständnis- und Sprachschwierigkeiten. Sie leben in einem Haus mit Garten, alles ist sehr gepflegt. Beide hatten schon immer ein inniges Verhältnis zueinander, sie verstehen sich gut mit den Nachbarn, haben einen kleinen Freundeskreis, aller-

dings sind Besuche seit der Erkrankung selten geworden. Die Schwägerin von Frau Adler wohnt in der Nähe und kommt ab und an vorbei. Die Tochter lebt rund 700 km entfernt und ist beruflich stark eingebunden. Sie meldet sich jedoch regelmäßig per Telefon. So viel zur Außenansicht. Alles scheint in bester Ordnung.

Die Tochter sieht dies jedoch anders. Bei ihren Anrufen wirkt die Mutter auf sie müde. Auf Vorschläge zur Unterstützung, zum Beispiel durch einen ambulanten Pflegedienst, reagiert sie unwirsch. Einige Male ist es deshalb schon zum Streit gekommen. Interesse an ihr und ihrem beruflichen Fortkommen zeigt die Mutter nicht mehr, generell sind die Telefonate kurz, sie fühlt sich von der Mutter zurückgewiesen. Früher war sie einige Male im Jahr bei ihren Eltern übers Wochenende zu Besuch. Im letzten Jahr hatte sie jedoch

kaum ein freies Wochenende, wenn sie kommen wollte, passte es der Mutter gerade nicht. Sie macht sich große Sorgen um ihre Mutter und ist gleichzeitig wütend über ihre Starrsinnigkeit und traurig über die Ablehnung.

Auch die Schwägerin hat einen anderen Blickwinkel. Zur Tochter hat sie kaum Kontakt und möchte ihn auch nicht. Sie ist wütend, da sich ihrem Erachten nach die Tochter nicht richtig um die Eltern kümmert. Bei ihren Besuchen merkt sie die Kraftlosigkeit von Frau Adler: Sie ist stiller geworden und es fällt ihr sichtlich körperlich schwer, Herrn Adler zu unterstützen. Auch die Schwägerin versucht zu intervenieren und empfiehlt die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes. Sie schlägt zudem vor, dass Frau Adler zum Arzt gehen solle, um sich durchchecken zu lassen. Frau Adler lehnt alle Angebote freundlich, aber entschieden ab. Sie brauche keine Hilfe und wolle auch keine Fremden im Haus.

Allein dieser Abschnitt spiegelt zahlreiche Erkenntnisse aus der Praxis wider. Zunächst einmal wird deutlich, wie der Konflikt entsteht. Jedes beteiligte Familienmitglied hat eine andere Sichtweise. Keiner weiß, wie der andere denkt, Miss-

verständnisse entstehen und verfestigen sich. Daneben ist spürbar, dass Frau Adler sich ausschließlich auf ihren Mann konzentriert, die Sorge um sich selbst in den Hintergrund tritt.

Die Schwägerin erfährt von einer städtischen Pflegeberatungsstelle und bittet Frau Adler, sich dort beraten zu lassen. Als diese ablehnt, beschließt die Schwägerin, selbst hinzugehen und sich allgemein über Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren. Auch hier spiegelt sich erneut ein Erkenntnis aus der Praxis wider: Es handelt sich in fast allen Fällen um einen Anfragenden, der fast immer wegen einem ganz anderen sachlichen Anliegen vorstellig wird, wie zum Beispiel Informationen zur Pflegeversicherung. Erst im Gespräch wird deutlich, dass auch andere Faktoren eine Rolle spielen, die nicht benannt werden, ja häufig gar nicht bewusst sind. So wie bei der Schwägerin von Frau Adler. Zunächst zeigt die Pflegeberaterin der Schwägerin verschiedene Entlastungsangebote und deren Finanzierungsmöglichkeiten auf. Auf die Frage der Beraterin, inwieweit Frau Adler Unterstützung erhält, erzählt die Schwägerin, sichtlich wütend, von der ihrer Meinung nach fehlenden Bereitschaft der Tochter, zu helfen. In einem Redeschwall entlädt sie allen Ärger.

Dieses Verhalten pflegender Angehöriger in Beratungssituationen ist häufiger zu beobachten. Es geht zunächst nicht darum, beratend tätig zu werden, sondern Anfragenden Raum zu geben, sich „Luft“ zu verschaffen. Erst durch eine solche „emotionale Entladung“ wird die Grundlage dafür geschaffen, dass Anfragende überhaupt für Informationen aufnahmefähig sind.

Über Konflikte zu sprechen, ist der erste Schritt, sie zu lösen. Gerade innerfamiliäre Konflikte werden jedoch oftmals lange Zeit ignoriert. Mit der Zeit arrangieren sich die Familienangehörigen damit. In einer Pflegesituation können diese Konflikte dann wieder aufbrechen.

Ein weiteres Beispiel:

Zwei Schwestern haben seit Jahrzehnten kein gutes Verhältnis zueinander, da eine immer das Gefühl hatte, das schwarze Schaf der Familie zu sein. Die Schwester würde bevorzugt und erhielt mehr Anerkennung. Beide leben jahrzehntelang mit diesem Konflikt, ohne dass es ihre Lebensqualität einschränkt. Dann wird die Mutter pflegebedürftig, die „bevorzugte“ Schwester kümmert sich um das Pflegear-

rangement, da sie im selben Haus lebt. Die weiter entfernt lebende Schwester fühlt sich – wie früher – als eine Randfigur der Familie. Sie ist wütend über die Situation, da sie helfen möchte, aber nicht einbezogen wird. Der Konflikt bleibt unausgesprochen, bis die pflegende Schwester um Hilfe bittet, da sie ein Wochenende wegfahren möchte. Die Schwester lehnt ab, fühlt sich als Lückenbüßerin, die nie einbezogen wurde und plötzlich auf Zurufe einspringen soll. Die pflegende Schwester ist wütend, da sie sich immer um alles kümmert und ihre Schwester nicht einmal diese kleine Gefälligkeit übernehmen will. Der eigentlich ruhende Geschwisterkonflikt bricht durch die Pflegesituation wieder auf und beeinflusst diese. Die pflegende Schwester erhält keine Entlastung aufgrund des unausgesprochenen Konflikts, obwohl ihre Schwester ja eigentlich helfen möchte.

Es ist unwahrscheinlich, dass dieser Konflikt nur durch die Involvierten gelöst werden kann. Eine neutrale Person von außen zur Moderation des Familiengesprächs sollte einbezogen werden. Oftmals kann erst mit ihrer Unterstützung die Grundlage für ein Gespräch, für ein gegenseitiges Zuhören und Verstehen geschaffen werden, indem allen Sichtweisen Raum gegeben wird.

Daher bittet auch die Pflegeberaterin Frau Adlers Schwägerin, Frau Adler, ihren Mann sowie die Tochter zu einem Gespräch einzuladen, um wieder auf das Eingangsbeispiel zurückzukommen.

Die Schwägerin erzählt Frau Adler von ihrem Gespräch mit der Pflegeberatung und der daraus entstandenen Idee des Familiengesprächs. Frau Adler steht dem zunächst ablehnend gegenüber. Auch dieses Verhalten ist typisch, da die Hemmschwelle (noch) sehr hoch ist, ein solches Angebot in Anspruch zu nehmen. Zum einen bestehen Hemmungen, sich Dritten in solchen intimen Bezügen zu öffnen, zum anderen wird oftmals nicht gesehen, dass diese Gespräche hilfreich sind, um Erleichterungen in der Pflegesituation zu schaffen. Frau Adler willigt zu einem Gespräch ein, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der Ehemann nicht teilnimmt. Sie hat Angst, dass ihn dieses Gespräch belasten könnte. Zwar ist es grundsätzlich wichtig, dass möglichst alle in den Konflikt Involvierten an dem Gespräch teilnehmen, jedoch ist dies nicht immer machbar. Beispielsweise wenn ein Familienmitglied im Ausland lebt oder der Pflegebedürftige so schwer

erkrankt ist, dass eine Teilnahme für ihn nicht zumutbar wäre.

An dem Familiengespräch nehmen eine Woche später Frau Adler, ihre Schwägerin und die Tochter teil. Die Nachbarin hat sich bereit erklärt, auf den Ehemann acht zu geben. Zunächst erläutert Frau Adler ihre Sichtweise. Dabei stellt sich heraus, dass der Ehemann seit inzwischen gut einem Jahr Anzeichen einer Demenz zeigt. Der Pflegebedarf war zu Beginn der Erkrankung bereits umfassend, mit der beginnenden Demenz stößt Frau Adler jedoch immer wieder an ihre Grenzen. Sie scheut sich, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zum einen, da sie es als selbstverständlich ansieht, sich um ihren Mann zu kümmern. Zum anderen wird jedoch auch ein schlechtes Gewissen deutlich, etwas für sich zu tun und die Sorge, dass sich ein anderer nicht so gut um ihren Mann kümmern kann wie sie selbst. Ihre Tochter möchte sie nicht mit dieser Situation belasten, da sie in ihrem Beruf aufzugehen scheint und dort sehr erfolgreich ist. Für sie ist es ein immenser Aufwand, die Fassade aufrechtzuerhalten, neben der Pflege ihres Mannes das Haus zu putzen, Freunde zu bewirten usw. Neben dieser Belastung hat sie das Gefühl, für ihre Leistung keinerlei Anerkennung zu erhalten. Danach schildern auch die Tochter und die Schwägerin ihre Sichtweisen. Sie drücken ihr Unverständnis darüber aus, dass Frau Adler die angebotene Hilfe nicht annimmt. Frau Adler empfinde die Hilfsangebote jedoch als Einmischung und Besserwisserei, und nicht als Hilfsangebote, um ihre Situation zu verbessern.

Durch das Gespräch wird der Tochter erstmalig bewusst, welche Leistung ihre Mutter vollbringt. Sie und die Schwägerin verstehen nun, warum Frau Adler sich vieles nicht aus der Hand nehmen lassen will und dazu neigt, sich zu überfordern. Auch Frau Adler versteht nun, dass ihre Tochter sie nicht bevormunden will. Die Sorge um sie rührt sie, das ehemals negative Gefühl des Hineinredens kehrt sich in ein positives um. Tochter und Schwägerin bringen Frau Adler Wertschätzung entgegen und bekunden, dass sie sie nur an solchen Punkten unterstützen möchten, an denen sie Hilfe akzeptiert und wünscht. Die Pflegeberaterin arbeitet mit dem Familienangehörigen einen Plan zur Entlastung von Frau Adler aus. In diesem Plan sind nicht nur die Familienangehörigen involviert, sondern gleichermaßen niedrigschwellige Angebote,

wie beispielsweise der wöchentliche Besuch eines Demenzcafés.

Bis vor wenigen Jahren wussten pflegende Angehörige bei Konflikten in der Familie, die in Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit entstehen, nicht, an wen sie sich wenden sollten. Bestehende Angebote, zum Beispiel von ProFamilia oder ausgebildeten Mediatoren, befassen sich zwar mit Konfliktbewältigung, berücksichtigen jedoch nicht das Spezifische der Pflege. Kenntnisse in diesem Bereich sind jedoch unabdingbar, um zufriedenstellende Lösungen für alle Beteiligten erarbeiten zu können, da es sich zumeist um ein Konglomerat von Problemen handelt, die die Pflegesituation berühren. Zudem ist oftmals eine Verknüpfung von (Pflege)beratung und Case Management zu beobachten.

Natürlich können auch Pflegende nicht alle Bereiche abdecken, beispielsweise in rechtlichen oder therapeutischen Fragen. Besonders bei letzterem ist eine klare Grenze zu ziehen. Pflegende, die eine Zusatzqualifikation in der Konfliktmoderation besitzen, können, sollen und dürfen nicht therapeutisch tätig werden. Würde beispielsweise im Gespräch klar, dass Frau Adler an Depressionen leidet, sie so überfordert ist, dass sie ihr Leben immer mehr als sinnlos empfindet, müsste sie an entsprechende Stellen weitervermittelt werden. Liegt ein Konflikt unter pflegenden Geschwistern Jahrzehnte zurück (wie im obigen Beispiel), können Pflegende zwar moderierend tätig werden, um die Pflegesituation zu händeln, jedoch nicht therapeutisch den Konflikt aufarbeiten. Es geht vielmehr darum, eine Gesprächsgrundlage zu schaffen, auf der die in einer Pflegesituation entstehenden Probleme gelöst bzw. gehandelt werden. Es geht darum, Verständnis für die Sichtweise des Anderen, eine Basis für Kompromisse zugunsten der pflegebedürftigen Person, zu schaffen, mit der alle Beteiligten leben können. Für in einem Gespräch auftretende Fragen bezüglich Erbstreitigkeiten, therapeutischer Notwendigkeiten und anderem müssen Konfliktmoderatoren auf ein umfangreiches, interdisziplinäres Netzwerk zurückgreifen können.

Neben der im Fallbeispiel von Frau Adler beschriebenen Situation, in der Probleme im Verlauf einer Pflegesituation entstehen, kommt es häufig zu Beginn einer Pflegesituation zu Konflikten, wenn die Situation im Rahmen eines Case Managements geplant werden muss. Aus der Pra-

xis wissen wir, dass häufig eine Person in die Pflegesituation „hineinrutscht“ und diese managen muss. Selten wird in der Familie besprochen, wie eine Pflegesituation geregelt werden kann, wer welche Aufgaben übernimmt. Das Case Management in Krankenhäusern funktioniert größtenteils nur rudimentär oder gar nicht. Gerade aber zu Beginn einer Pflegesituation besteht die Chance, alle Angehörigen ins Boot zu holen und nach ihren Möglichkeiten zu beteiligen, um einseitige Überlastungen und schlimmstenfalls das Kippen einer Pflegesituation zu vermeiden.

In Österreich wurde 2007 das Projekt Pflegemediation am LKH Hartberg gestartet. Pflegemediation bezeichnet dabei eine Verknüpfung von Konfliktmoderation und Case Management, die im Entlassungsmanagement von Krankenhäusern angesiedelt ist. Seit 2009 werden Pflegemediatoren in einer zweijährigen, berufsbegleitenden Weiterbildung befähigt, in Krankenhäusern Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auf die Entlassung in die Häuslichkeit vorzubereiten und die Situation zu gestalten. Die Wertigkeit zeigt sich allein in den Zugangsvoraussetzungen zu dieser Weiterbildung. Pflegende müssen ein Diplom für den gehobenen Dienst für Gesundheit und Krankenpflege besitzen und über mindestens zehn Jahre Berufserfahrung verfügen. Im LKH Hartberg wurden allein innerhalb von zwei Jahren 2600 Pflegemediationen durchgeführt. Die Erfahrungen sind durchweg positiv. Nicht nur Pflegebedürftige und ihre Angehörigen profitieren in einem hohen Maß davon – wie eine Befragung zeigte –, sondern ebenso Ärzte und Pflegende des Krankenhauses. Sie empfinden es als Erleichterung, an eine kompetente Person verweisen zu können und nicht solche schwierigen und zeitintensiven Gespräche nebenbei im Stationsalltag leisten zu müssen. Zuletzt sollte nicht vergessen werden, dass es durch die Pflegemediation zu einer Verkürzung der Verweildauer und Verminderung des Drehtüreffekts, und einer damit verbundenen Kostensenkung kam.

Die Ursprünge der Konfliktmoderation bei Pflegebedürftigkeit liegen in Kanada, wo 1991 erstmalig die dortige Alzheimer Gesellschaft Elder Mediation anbot. Die USA sowie die Schweiz übernahmen dieses Angebot. Es hat sich in allen drei Ländern etabliert. Die Praxiserfahrungen zeigen durchweg positive Auswirkungen

Best Practice: Die wichtigsten Merksätze im Überblick

- Familienmoderation ist ein potenzielles Betätigungsfeld für die Pflege.
- Pflegesituationen in familiären Kontexten gehen nicht selten mit Konflikten einher.
- Es entstehen in Pflegesituationen zum einen neue Konflikte. Zum anderen werden bestehende oder „schlafende“ Konflikte auf die neue Pflegesituation übertragen bzw. reaktiviert.
- In den wenigsten Fällen werden Familienmoderatoren von Angehörigen oder Pflegebedürftigen herangezogen. Meist offenbaren sich Konflikte in einem anderen Beratungsgespräch – etwa zu Leistungsansprüchen oder Ähnlichem.
- Familienmoderatoren sollten eine neutrale Position einnehmen, um von allen Beteiligten akzeptiert zu werden.
- Unausgesprochene Sorgen, Ängste und Vorwürfe können im Rahmen einer Familienmoderation verbalisiert und anschließend gemeinsam besprochen werden. Neue Sichtweisen und Handlungsalternativen könnten entstehen.

gen in der häuslichen Pflege. Sie führten unter anderem zu einer Erhöhung des Pflegeniveaus, Einsparungen im Gesundheitswesen, zur Stressreduktion in den Familien sowie zu einer Erhöhung der Sicherheit von Menschen mit vormundtschaftlichen Maßnahmen. Zu konstatieren ist allerdings, dass die Weiterbildung auf einer Mediations- und nicht auf einer Pflegeausbildung aufbaut.

In Deutschland ist die Konfliktmoderation bzw. das Familiengespräch allgemein ein noch junges Feld. Pflegende sind aufgefordert, sich fortzubilden und entsprechende Angebote für Pflegebedürftige und ihre Familie zu initiieren. Weiterbildungsangebote sind bisher allerdings kaum vorhanden. Die Unfallkasse NRW bildet seit 2011 erstmalig professionell Pflegende aus, Familien in Konfliktsituationen bei Pflegebedürftigkeit zu unterstützen. Auf der Homepage der Unfallkasse NRW finden Sie sowohl Informationen zur Weiterbildung als auch Berater in NRW, die Konfliktmoderationen durchführen und an die Sie Pflegebedürftige und ihre Familien mit Moderationsbedarf verweisen können.

Pflegende müssen jetzt dieses wichtige Feld besetzen und sollten es nicht

Mediatoren oder anderen Berufsgruppen überlassen. Pflegende sind nicht nur durch ihr Wissen und ihre Erfahrungen prädestiniert, sondern sie verfügen über den entscheidenden Vorteil eines alltagsweltlichen Zugangs zu Pflegebedürftigen und ihren Familien. Wie beschrieben, ist es bisher kaum möglich, Betroffene zu erreichen. Kaum jemand fragt explizit Konfliktmoderationen an, die Hemmschwellen sind zu hoch. Probleme werden oftmals in der Pflegeberatung oder anderen Gesprächen „nebenbei“ deutlich. Im besten Fall ist in der Beratung oder dem Gespräch bereits ein Vertrauensverhältnis entstanden, das ein Sich-Öffnen in einer so hoch sensiblen Situation erst ermöglicht. Grundlegend ist jedoch der Erwerb zusätzlicher Kompetenzen in der Gesprächsführung, des systemischen Ansatzes und der systemischen Instrumente hinsichtlich der Selbstreflexion usw.

Familienmoderation bei Pflegebedürftigkeit sollte eine Aufgabe der Pflege sein, die bundesweite Verbreitung und Etablierung eines solchen Angebots bleibt zu wünschen. Dies gilt insbesondere auch für die Pflegemediation im Entlassungs-

management in Krankenhäusern. Es ist zu vermuten, dass sich dadurch nicht nur die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Familien sowie des pflegerischen und medizinischen Personals verbessert, sondern auch Kosten im Gesundheitswesen – zum Beispiel durch die Vermeidung von Drehtüreffekten – eingespart werden können. <<



Literatur

LKH Hartberg (2011) *Pflegemediation Angehörigen-Rückmeldungen. 4 Jahre Erfahrungen im LKH Hartberg*. www.thefairway-mediation.com/medialibrary/downloads/Angehorigenbefragung%20Pflegemediation.pdf, Zugriff am 04. Januar 2015.

Marx A. (2003) *Sozial-Mediation. Neuere Ansätze in den USA*. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 2, S. 46–53.

McCann-Beranger J. (2009) *Elder Mediation Canada: Berufsregeln für auf Altersfragen spezialisierte Mediatoren und Mediatorinnen (Altersmediation)*. <http://www.eldermediation.ch/Berufsregeln.pdf>, Zugriff am 09. November 2015

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (2014) *Weiterbildung Pflegemediation*. www.pflegemediation.at, Zugriff am 03. Januar 2015.

Schäfer C. (2013) *Elder Mediation. Erfahrungen aus Kanada und den USA*. Spektrum der Mediation 51, S. 49–52.

Tolsdorf M. (2013) *Jetzt reicht's! Familienmoderation bei Konflikten in häuslichen Pflegesituationen*. PADUA 2, S. 127–133.

Tolsdorf M. (2014) *Konfliktmoderation in Familien im Rahmen von Pflegebedürftigkeit in Ausbildung und Praxis. Recherchebericht für die Unfallkasse NRW*. (unveröffentlicht).

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (Hrsg. 2013) *Abschlussbericht des Modellprojekts „Neuheit für Pflege“*. www.beim-pflegen-gesund-bleiben.de/infos_zum_projekt/abschlussbericht/, Zugriff 26. Dezember 2014

Autorenkontakt:

Mareike Ouatedem Tolsdorf arbeitet als freiberufliche Pflegewissenschaftlerin (MScN). Sie ist Lehrbeauftragte der Universität Witten/Herdecke und leitet das Referat Flüchtlingshilfe des ASB RV Ruhr e.V.

Kontakt:
www.tolsdorf-nursingscience.de, E-Mail: tolsdorf@tolsdorf-nursingscience.de

Anzeige

PFLEGE
ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Alles im Griff?
Die Einbanddecke 2015 schafft Ordnung!

Erst der gebundene Jahrgang der Zeitschrift bietet:

- die sichere Aufbewahrung, denn kein Einzelheft geht verloren
- durch das Jahresinhaltsverzeichnis die gezielte Nutzung einzelner Hefte und Beiträge.

Sie erhalten die Einbanddecke 2015 dieser Zeitschrift für € 38,99/sFr 44,80 (zzgl. Porto-kosten). Eine Postkarte mit dem Titel der Zeitschrift und Absenderangabe genügt oder:

Bestell-Telefon:
0711/7863-7280

Bestell-Fax:
0711/7863-8430

Bestell-E-Mail:
vertrieb@kohlhammer.de

Achtung:

Bestellungen der Einbanddecke 2015 müssen dem Verlag bis zum **22. Januar 2016** vorliegen.

Später eingehende Bestellungen können leider nicht berücksichtigt werden. Als Abonnent der Einbanddecke erhalten Sie diese automatisch mit eingepreister Jahreszahl.

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
 Tel. 0711/7863 - 7280 · Fax 0711/7863 - 8430 · vertrieb@kohlhammer.de

Kohlhammer

› Effiziente Kommunikation ist wichtiger denn je. Mithilfe der Idiolektik, dem Umgang mit der Eigensprache des Patienten, kann man schnell viel erreichen.

Eine Frage der Haltung

CHRISTA OLBRICH

Gesprächsführung ist ein wesentlicher Bestandteil des Pflegeberufs. Eine Technik, die häufig angewendet wird, ist die Strukturierung. Strukturiert man ein Gespräch jedoch, kann der Patient das Gefühl bekommen, gesteuert zu werden. Wichtige persönliche Informationen bleiben dann auf der Strecke. Die Idiolektik ist eine Gesprächstechnik, die genau dort ansetzt: Die Pflegepersonen nehmen sich zurück, stellen überwiegend offene Fragen und greifen Schlüsselworte der Patienten auf. Sie gehen also auf die Eigensprache jedes einzelnen Patienten ein und vermitteln so Interesse und Vertrauen. Mit dieser Methode kann man in sehr kurzer Zeit viel erreichen. Christa Olbrich stellt sie im Folgenden näher vor.

Eine gute Kommunikationskompetenz hat in den Pflegeberufen hohe Bedeutung, darüber besteht bei allen Berufsangehörigen Einvernehmen. Allerdings hört man in der Praxis oft: „Für lange Gespräche haben wir keine Zeit.“ Darum soll hier nun die Idiolektik vorgestellt werden, als eine Art der eigensprachlichen Gesprächsführung, die nachweislich in allen Bereichen der pflegerischen Kommunikation eine hohe Effizienz aufweist. Zudem ist sie in allen alltäglichen Gesprächen, die begleitend zu Pflegehandlungen sowieso stattfinden, anwendbar. Ebenso kann sie eine wirkungsvolle Grundlage für alle spezifischen Gesprächsformen wie Pflegeanamnese, Informationsgespräch, Anleitung, Patienten-Edukation und Beratung sein.

Zu Beginn sollte man insbesondere einen Blick auf die folgenden fünf Aspekte der Bedeutung von Idiolektik werfen:

- Kurze Zeit: Pflege muss zeitlich effizient sein. Ein Gespräch, geführt in der Eigensprache des Patienten, geht sehr schnell in die Tiefe und ermöglicht wichtige Erkenntnisse. In einer Zeitspanne von fünf Minuten geschieht oft eine Verdichtung des Gesagten, Wesentliches wird offenbar (es muss auch nicht ausgesprochen sein), es ist dann sogar gut, das Gespräch zu beenden.

- Entlastung für die Pflegepersonen: Oft ringen Pflegepersonen um die richtigen Worte. Das ist nicht notwendig, denn der Patient drückt das, was ihm wichtig ist, über seine Eigensprache aus. Gelingt der Pflegeperson die Kunst, das Gespräch in diesem Sinne zu führen, wird sie Entlastung erleben.
- Vertrauen entwickelt sich: Der Patient erlebt, dass Pflegepersonen ihm kompromisslos zuhören, er erlebt Nähe und Sicherheit. Damit entwickelt sich in kurzer Zeit eine besondere Qualität von Vertrauen, die die Grundlage der weiteren Pflege sein kann.
- Authentische Informationen: Pflegende bekommen authentische Informationen, die unbedingt verantwortungsvoll aufgenommen werden müssen. Diese Informationen treten oft nicht so einfach zutage, sie können jedoch für Medizin und Pflege sehr wichtig sein, wie das in Beispielen aufgezeigt werden konnte.
- Weiterentwicklung: In einem idiolektischen Gespräch kann der Mensch, ohne Störfaktoren von außen seinen ihm je eigenen Gedanken nachgehen. Das wirkt oft klärend und erhellend, sogenannte „Aha-Erlebnisse“ und neue Erkenntnisse treten plötzlich in Erscheinung. Die Person denkt nach, obwohl das Gespräch nicht auf einer

rationalen Ebene, sondern eher auf einer Ebene der Intuition geführt wird.

Was ist Idiolektik?

Der Idiolekt ist die Eigensprache. Diese ist der je individuelle, verbale sowie nonverbale Ausdruck eines Menschen. So wie der Fingerabdruck ist auch die Sprache und jede Situation einzigartig und einmalig.

Die Idiolektik ist die Lehre von und der methodische Umgang mit der Eigensprache. Sie kann gelernt werden, jedoch nicht in ein paar Stunden Methodik, sondern in einem längeren Lernprozess mit Selbstreflexion.

Die Idiolektik wurde von Prof. Dr. Adolph David Jonas vor dem Hintergrund von Anthropologie, Medizin und Psychosomatik entwickelt. Seit 30 Jahren gibt es die Gesellschaft für Idiolektik und Gesprächsführung in Würzburg. Es werden Tagungen und Seminare in und aus fast allen Berufen, in denen Menschen mit Menschen arbeiten, angeboten. Insbesondere hat sich dieses Konzept, obwohl wenig bekannt, auch in den Pflegeberufen bewährt.

Haltung in der Idiolektik

Zieloffenheit. Der Idiolektik liegt, im Gegensatz zu allen anderen Konzepten der Kommunikation und Gesprächsführung, eine ausgeprägte und definierte Haltung zugrunde. Diese ist gekennzeichnet durch Zieloffenheit. Es werden für den anderen Menschen keine Ziele vorgegeben, was er lernen, denken oder tun sollte. Diese Offenheit ermöglicht einen weiten Raum, in dem jemand seinen je eigenen Vorstellungen nachgehen kann. Geführt durch die Eigensprache ergeben sich oft überraschende Wirkungen.

Kompromisslose Anerkennung der Sichtweise des anderen. Hiermit ist eine absolute Wertfreiheit durch die



Foto: Martin Glauser

In der täglichen Arbeit fehlt die Zeit für ausführliche Gespräche mit den Patienten. Mit der idiolektischen Gesprächsführung jedoch kann man in wenigen Minuten ein in die Tiefe gehendes Gespräch führen und wichtige Erkenntnisse gewinnen.

gesprächsführende Person gemeint. Mehr als nur akzeptieren, beinhaltet dieses eine Wertschätzung und das Wissen, dass jeder Mensch seine „guten Gründe“ hat, warum er so denkt oder so handelt. Kann dies in authentischer Weise praktiziert werden, so entsteht Vertrauen und Sicherheit.

Hypothesen werden zurückgestellt.

Wir alle bewegen uns ständig in einem Bewertungssystem: Das ist gut, das ist nicht gut, nützlich oder unangemessen. Werden diese Interpretationen als die eigenen erkannt, so kann man bewusst damit umgehen und sie nicht aussprechen (auch nicht nonverbal). Damit verhindert man eine „Störung“ im Gesprächsverlauf, die andere Person hat die gesamte Energie auf ihrem inneren Prozess des Gespräches zur Verfügung. Resonanz mit einer sehr heilsamen Atmosphäre kann entstehen.

Ressourcenorientierung. Die Ressourcenorientierung als Ausrichtung im

Gespräch wird durch die Haltung, aber vor allem methodisch verwirklicht. Die Stärken eines Menschen werden nicht so sehr hervorgebracht durch das Ansprechen von außen, sondern sie entwickeln sich aus dem Inneren. Alles kann in einem Menschen mit seiner Biographie als Ressource erkannt werden, diese ist oft unbewusst verborgen und kann mit entsprechenden ressourcenbesetzten Schlüsselwörtern hervorgebracht werden. Potenziale stecken im Patienten, werden diese aktiviert, so kann das eine gute Unterstützung für die Pflegepersonen, aber auch für die weitere Gesundung des Menschen bedeuten.

Die innere Weisheit. Letztlich geht die Idiolektik von der inneren Weisheit eines Menschen aus. Jedem Lebewesen liegt ein sogenanntes „Selbstorganisationsprinzip“ zugrunde. Leben entwickelt sich in der Auseinandersetzung mit der Außenwelt, es bedingt sich von allen Erfahrungen seiner individuellen

Biographie, seinen unbewussten und bewussten Erkenntnissen und Lernpotenzialen. Idiolektiker anerkennen als „einzige Kraft der Veränderung das dem Menschen innewohnende Selbstorganisationsprinzip“ oder die innere Weisheit, „diese sorgt unter gegebenen Umständen für optimale Lebensweisen, um zu leben“ (Volkacher Axiome, GIG).

Methoden der idiolektischen Gesprächsführung

Fragestellungen haben eine zentrale Bedeutung. Fragen werden einfach, kurz und offen gestellt. Eigene Gedanken werden dabei nicht formuliert. Offene Fragen sind so formuliert, dass sie dem Gesprächspartner viel Raum zur Beantwortung geben, also nicht mit ja oder nein beantwortet werden können. Das klingt sehr einfach, ist jedoch anspruchsvoll, da wir gewohnt sind, mit Fragen immer unsere Vorstellungen zu verknüpfen.

Im weiteren Gesprächsverlauf werden sogenannte **Schlüsselwörter** aufgegriffen. Das sind Wörter, Begriffe oder Redewendungen, die sich aus dem Gesagten besonders hervorheben. Man geht davon aus, dass Schlüsselwörter eine besondere Bedeutung haben. Man braucht dazu eine gute Wahrnehmung und etwas Übung. Damit eröffnet sich ein individueller Zugang zu den Vorstellungen, Gedanken oder Problemen einer Person.

Unsere Sprache ist symbolhaft, vieles wird in **Metaphern** oder bildhaften Vorstellungen ausgedrückt. Hinter diesen Bildern stehen oft Erfahrungen, Erlebnisse oder Ahnungen der Menschen. Gelingt es, dies aufzugreifen, so tritt man in die Welt des anderen ein. Besonders bei an Demenz erkrankten Menschen kann hier ein guter Zugang ermöglicht werden.

Mit diesen scheinbar wenigen sprachlichen Methoden und den nicht so selbstverständlichen Grundsätzen der Haltung wird ein idiolektisches Gespräch geführt. Es bekommt eine Eigendynamik, die nicht planbar ist und immer wieder eine positive, überraschende Wirkung aufzeigt. Hierzu ein **Beispiel** (Dieses Gespräch hat mir eine Krankenschwester geschickt, nachdem sie ein Idiolektik-Seminar in Würzburg besucht hatte):

Als ich zum Spätdienst auf die Station kam, wurde mir Frau F. (ärztliche Diagnose: Parkinson-Syndrom) mit den Worten übergeben, die Patientin habe immer noch starke Kopfschmerzen, obwohl sie bereits zwei Mal Schmerzmedikamente erhalten habe. Ihr Tremor sei heute sehr stark ausgeprägt. Außerdem sei sie sehr „unleidlich“ und man sei froh, nicht mehr in ihr Zimmer gehen zu müssen. Nach der Übergabe gehe ich zu Frau F. Sie sitzt am Tisch und sieht verkrampft und angespannt aus, ihre Arme zittern.

Ich: Guten Tag Frau F. Ich habe gehört, dass Sie starke Kopfschmerzen haben, wie geht es Ihnen?

Frau F.: Ach die Kopfschmerzen sind immer noch nicht besser.

(In ihren Augen nehme ich Verzweiflung wahr. Ich nehme mir einen Stuhl, setze mich zu ihr und schweige kurz)

Ich: Wie sind die Kopfschmerzen?

Frau F.: Es ist so, als würde mir jemand von innen an die Schädeldecke hämmern. Auch kann ich mich seit zwei Tagen nicht mehr richtig bewegen, ich bin total steif.

Ich: Wie haben Sie sich vorher bewegen können?

Zusammenfassung

Das idiolektische Gesprächskonzept ist eine wichtige und sinnvolle Ergänzung in den Methoden der Pflegeberufe. Es zeichnet sich durch die zugrundeliegende Haltung aus, die durch Offenheit und Wertschätzung des Gesprächspartners gekennzeichnet ist, und arbeitet mit offenen Fragen und Schlüsselwörtern. Die idiolektische Gesprächsführung hilft, Beziehungen zu gestalten und authentische Informationen zu gewinnen. Dabei nimmt sie wenig Zeit in Anspruch. Pflege wird dadurch effizienter und erreicht eine höhere Qualität. Das Wohlbefinden der Patienten kann steigen und die Pflegepersonen erfahren Entlastung.

Schlüsselwörter: *Idiolektik, Gesprächstechnik, Kommunikation*

Frau F.: Früher war ich sehr beweglich, war sportlich und immer in Bewegung.

Ich: Wie war das?

Frau F.: Ich habe Leistungssport gemacht, habe Preise gewonnen und sogar Tennis gespielt in der Meisterklasse.

(Die Patientin erzählt einige Minuten, ich höre nur zu und verstärke mit: Ja, das war schön!, Wie war das noch?, Wie ist das, erfolgreich gewesen zu sein?)

Plötzlich hält die Patientin inne und fasst meinen Arm.

Frau F.: Ja, das waren schöne Jahre, mit viel Freude und vielen Erinnerungen.

Als die Patientin meine Hände festhält spüre ich, dass ihre Hände nicht mehr zittern. Ihre Augen leuchten und der verzweifelte Blick ist verschwunden. Sie lächelt leicht und sagt: Ich gebe die Hoffnung nicht auf, dass es wieder besser wird. Danke Schwester.

Dieses Gespräch wurde methodisch nur mit offenen Fragen und dem Aufgreifen von Schlüsselwörtern geführt. Die zugrundeliegende Haltung ist Offenheit und Wertschätzung. Die Veränderung zu mehr Wohlbefinden der Patientin ist zu erkennen und auch die Ressourcen (Hoffnung) könnten gestärkt worden sein.

Die nebenbei gewonnene Information der Verschlechterung der Erkrankung konnte in die Dokumentation eingebracht und dem ärztlichen Dienst weitergeleitet werden.

Idiolektische Kompetenz

Die verschiedenen Ansätze von Beratung in der Pflege möchte ich hier um die idiolektische Kompetenz ergänzen.

- Information und Aufklärung: Ein Informationsgespräch wird oft sehr unstrukturiert geführt. Haben Pflegepersonen ein Seminar zur allgemeinen Kommunikation besucht, so strukturi-

rieren sie das Gespräch. Struktur gibt der gesprächsführenden Person Sicherheit. Für den Patienten kann das aber Vorgabe (Fremdbestimmtheit) und Einengung bedeuten. Soll Information aufgenommen und verarbeitet werden, so muss der Mensch an dem Punkt sein, diese innerlich auf- und annehmen zu können. Dieser Punkt kann durch Methodik und Haltung im idiolektischen Gespräch sehr leicht erreicht werden und entfaltet so seine Wirkung. Ein Aufklärungsgespräch wird oft als asymmetrisch bezeichnet. Eine „wissende“ Person hat Information und ein „unwissender“ Patient muss belehrt werden. In der Idiolektik geht man von einer gleichwertigen Beziehungsebene aus. Gelingt das, auch auf der Ebene des Nonverbalen, so entsteht Resonanz, diese ist in beeindruckender Weise erfahrbar.

- Soll Anleitung und Schulung gelingen, so ist es wichtig, die Bereitschaft und Motivation des Patienten zu erfahren. Was ist mit dem Schlagwort „Motivation“ gemeint? Vielleicht ist es die innere Weisheit, die dem Menschen sagt, das ist jetzt für mich wichtig oder nicht wichtig. Als Außenstehende, auch wenn wir meinen, wir seien die Experten, können wir das nicht wissen. Vielleicht sind verborgene Ressourcen vorhanden. Wenn diese erst zum Vorschein gebracht werden, so kann der Mensch auf seine je einzigartige Weise seine Gesundheit oder Weiterentwicklung bewältigen. Im idiolektischen Gespräch wird nicht auf ein Ziel, das wir bestimmen, hingearbeitet. Vielmehr versuchen wir, das im anderen liegende Ziel herauszufinden, erst dadurch entsteht Effektivität. So wie im Gehen des Weges die richtige Richtung (wie immer das auch ausschauen mag) entsteht.



Foto: Piotr Marcinski

Leihen Sie mir ein Ohr: Um die vom Patienten vorgegebenen Schlüsselwörter zu nutzen, muss man vor allem aufmerksam zuhören.

- Patienten-Edukation hat oft zum Ziel, Verhalten zu verändern. In der Idiolektik geht man davon aus, dass die einzige Kraft der Veränderung das Selbstorganisationsprinzip eines Menschen ist. Vor dem Hintergrund dieser Annahme wird nicht der Inhalt und das Schulungskonzept, sondern immer zuerst die Person selbst im Mittelpunkt stehen.
- Beratung wird als Prozess definiert. In einzelnen Schritten werden unterschiedliche Unterstützungen angestrebt. Um dazu die sinnvolle Voraussetzung zu finden, ist grundlegende Information wichtig. Mit idiolektischer Kompetenz gelangt man zu authentischen Informationen. Diese sind nicht mit gezielten Fragen ermittelt worden, sondern können aus einem offenen, wertfreien Raum spontan aus dem Inneren einer Person auftreten und bekommen damit eine andere Bedeutung. Für die Beratung kann diese Information sehr wichtig sein, auch indem die zu beratende Person ihren eigenen Prozess der Veränderung mitgestaltet.
- Pflegeanamnese: Diese wird oft sehr schnell durchgeführt, es werden die Informationen, die die Institution braucht, gezielt abgefragt und abgehakt. Dem Anspruch aus dem Pflegeverständnis, den Patienten in seiner Ganzheit zu erfassen, wird das nicht gerecht. Mit etwas kommunikativen Fähigkeiten kann das anders gestaltet werden: In einer 1. Phase erfolgen offene Fragen, die Antworten weisen

auf die Aspekte, die für den Menschen in dieser Anfangssituation von Bedeutung sind. Sie können später nochmals aufgegriffen werden. Erster Eindruck, Kontaktaufnahme und Vertrauen werden möglich. In einer 2. Phase geht es darum, Informationen vom Patienten zu bekommen. Dazu können anfangs geschlossene Fragen gestellt werden. Man muss sich jedoch bewusst sein, dass damit nur solche Informationen angesprochen werden, die der Einrichtung dienen, die aber durchaus auch wichtig sein können. Möchte man an Informationen gelangen, die zur Grundlage der Pflegeplanung von Bedeutung sind, so wird das Gespräch mit offenen Fragen und dem Aufgreifen von Schlüsselwörtern geführt. Hat die Pflegeperson an diesem Punkt genügend authentische Aussagen, so kann sie (und damit ist sie effizient) dem Patienten ihrerseits gezielt die Informationen geben, die für seinen zum Beispiel Klinikaufenthalt wichtig sind. Die 3. Phase der Pflegeanamnese wird wiederum nur mit offenen Fragen abgerundet. Damit wird Beziehung gestaltet. Der Mensch bekommt den Eindruck, dass er im Mittelpunkt steht. Phase drei legt eine Grundlage zur Sicherheit, zur Orientierung und zum Wohlbefinden.

Mit idiolektischer Kompetenz – also Sprachkompetenz – kann die Pflege Qualität und Effizienz erreichen. Dies ist nachweislich in vielen Beispielen aus der Pflegepraxis zu sehen. In einer Auswer-

tung nach einer Schulung zur Idiolektik im Rahmen der Qualitätssicherung in der Rot-Kreuz-Klinik in Würzburg wurde eindeutig in der Patientenbefragung mehr Zufriedenheit in allen Bereichen der Einrichtung angegeben (Poimann 2012/13).

Fazit

Der Artikel enthält eine Übersicht zum Thema der Idiolektik in den Pflegeberufen. Dieses kommunikative Konzept wird in seiner Haltung und Methodik kurz aufgezeigt. Diese Haltung ist gekennzeichnet durch Offenheit und Wertschätzung des Gesprächspartners. Methodisch werden offene Fragen gestellt und Schlüsselwörter aus dem Gesprächsfluss des anderen aufgegriffen. Diese Art der Gesprächsführung ist für die Pflege bedeutungsvoll, in dem Sinne, dass Beziehung gestaltet und authentische Informationen gewonnen werden. Pflege erreicht mehr Qualität und Effizienz. Patienten gewinnen mehr Wohlbefinden und Pflegepersonen erfahren Entlastung. <<



Literatur

GIG, Gesellschaft für Idiolektik und Gesprächsführung. Würzburg.

Olbrich C. (2005) *Den anderen Menschen verstehen. Idiolektik als Ansatz für die Beratung.* Pflegezeitschrift 58, S. 643–645.

Olbrich C. (2006) *Hinter den Worten.* Altenpflege 31, S. 60–63.

Olbrich C. (2012) *Pflegekompetenz.* CNE-Fortbildung. Thieme, Stuttgart, S. 6–11.

Olbrich C. (2013) *Pflege und Sprache. Idiolektik – ein Konzept für die Pflegeberufe.* PADUA 8, (4), Huber, Bern, S. 204–210.

Poimann H. (2012/13) *Patientenbefragung.* Rot-Kreuz-Klinik. Würzburg.

Poimann H. (2008) *Vier Ebenen der IDIOLEKTIK.* Hutenscher, Würzburg.

Autorenkontakt:

Prof. (em.) Christa Olbrich, Dipl.-Pädagogin und exam. Krankenschwester, war viele Jahre in Praxis, Management und Lehre tätig. In ihren letzten Berufsjahren hatte sie eine Professur für Pflegewissenschaft und Pflegedidaktik an der Katholischen Hochschule in Mainz inne. Sie ist im Vorstand der Gesellschaft für Idiolektik.
Kontakt: christaolbrich@t-online.de

› Der Rehabilitationsprozess bei chronisch kranken Patienten auf Grundlage des Trajekts-Modells

Lückenlose und umfassende Versorgung

ELISABETH HÖWLER

Es ist nicht selten, dass Menschen im Alter chronisch erkranken. Dabei verlaufen chronische Erkrankungen gewöhnlich in Phasen und Stadien. Genau dies berücksichtigt das Trajekt-Modell von Corbin & Strauss zur Erklärung des Rehabilitationsverlaufs bei chronisch erkrankten geriatrischen Patienten. Neben der Sichtweise der Betroffenen berücksichtigt das fallbegleitende System auch die Sicht der Angehörigen. Elisabeth Höwler stellt das Modell im Folgenden genauer vor.

Die Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin Juliet Corbin und der Soziologe Anselm Strauss entwickelten in den USA das Trajekt-Modell, mit dessen Hilfe der Rehabilitationsverlauf bei chronisch erkrankten geriatrischen Patienten erklärt werden kann (Corbin & Strauss 1998). Das Modell berücksichtigt in besonderer Weise die Situation der Betroffenen. Dabei stützt es sich in seiner praktischen Anwendung auf empirische Forschungen, die in einem Zeitraum von 30 Jahren nach dem qualitativen Forschungsansatz der Grounded Theory (Schaeffer et al. 2002) durchgeführt wurden.

Der Begriff „trajectory“ bedeutet wörtlich übersetzt „Flugbahn“ und verbildlicht den Verlauf einer chronischen Erkrankung in ihren unterschiedlichen Stadien und Phasen. Beim Trajekt-Modell handelt es sich um ein ganzheitliches, fallbegleitendes System, das darauf basiert, bei chronischen und sehr schweren Krankheitsverläufen die Biografie des Erkrankten und seinen sozialen Nahraum einzubeziehen.

Modellbeschreibung

Der chronisch erkrankte Mensch wird als aktiver Partner in Gesundheit, Prävention, Krankheit und Rehabilitation gesehen. Ein Bezugstherapeut hilft dem Patienten, indem er ihn in seiner Selbsthilfe und Autonomie unterstützt und ihn befähigt, ein weitgehendes unab-

hängiges Leben zu führen. Er leistet Hilfestellung beim Zugang zu Ressourcen der Gesundheits- und Sozialleistungen, bietet ihm ein Versorgungskontinuum an und begleitet ihn über die gesamte Fallgeschichte hinweg. Das Modell sieht zudem vor, Case-Management umzusetzen.

Definition

Dem Corbin-Strauss-Modell liegt der Gedanke zugrunde, dass jede chronische Krankheit individuell in zahlreichen Stadien verläuft. In den jeweiligen Phasen muss der Patient den richtigen Grad der Unterstützung erfahren.

Determinanten

Der Patient ist durch verschiedene Faktoren während seiner Rehabilitation beeinflusst. Dazu gehören Art, Anzahl und Dauer der verwendeten Behandlungstechniken. Auch die Anzahl der Nebenwirkungen und das Vorhandensein von Ressourcen, sozialen Unterstützungen, Wissensstand, finanziellen Mitteln und Zeit beeinflussen den Rehabilitationsverlauf.

Der Patient benötigt auf seinem Weg für die Krankheitsbewältigung Unterstützung durch das Gesundheitssystem. Dazu muss zwischen dem Patienten und dem Bezugstherapeuten/Rehabilitationsmanager ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau erfolgen.

Kennzeichen chronischer Krankheiten

Eine chronische Erkrankung ist durch langandauernde Prozesse, die in den unterschiedlichen Phasen verschiedene medizinische, psychologische und soziale Probleme verursachen und unterschiedliche Bewältigungsstrategien erfordern, gekennzeichnet. Darüber hinaus gibt es wechselnde, episodenhafte Phasen, die für den betroffenen Menschen und seine Familie jeweils emotionale, soziale und körperliche Anpassungsleistungen bedeuten.

Angst und Unsicherheit, dass die Krankheit zurückkommt, auch in schmerz- und symptomfreien Phasen, beunruhigen den Patienten. Die Patienten müssen Wege finden, mit Leiden und Schmerzen, die nicht therapierbar sind, zu leben. Interdisziplinär angelegte bedürfnisgerechte Rehabilitationskonzepte sorgen sich auch um die Förderung des Zusammenhalts einer Familie. Somit besteht die Chance, dass die Betroffenen Stärken entwickeln und gute Rehabilitationsergebnisse erzielen.

Krankheitsphasen können nach Corbin und Strauss in acht Phasen eingeteilt werden:

- Vorphase (auch präklinische Phase): Hier bestehen noch keine Symptome, präventives Handeln wäre erforderlich.
- Diagnostische Phase: Beschwerden machen sich bemerkbar, der Patient sucht den Arzt auf. Jetzt beginnt der diagnostische Prozess mit Beginn der Krankheitsverlaufskurve und dem Therapie- bzw. Pflegeverlauf.
- Akute Phase: Die Krankheit führt zu einer lebensbedrohlichen Situation.
- Kritische Phase: Krankenhausaufenthalte oder ambulante Arztbesuche sind aufgrund von Komplikationen und des Krankheitszustands erforderlich.

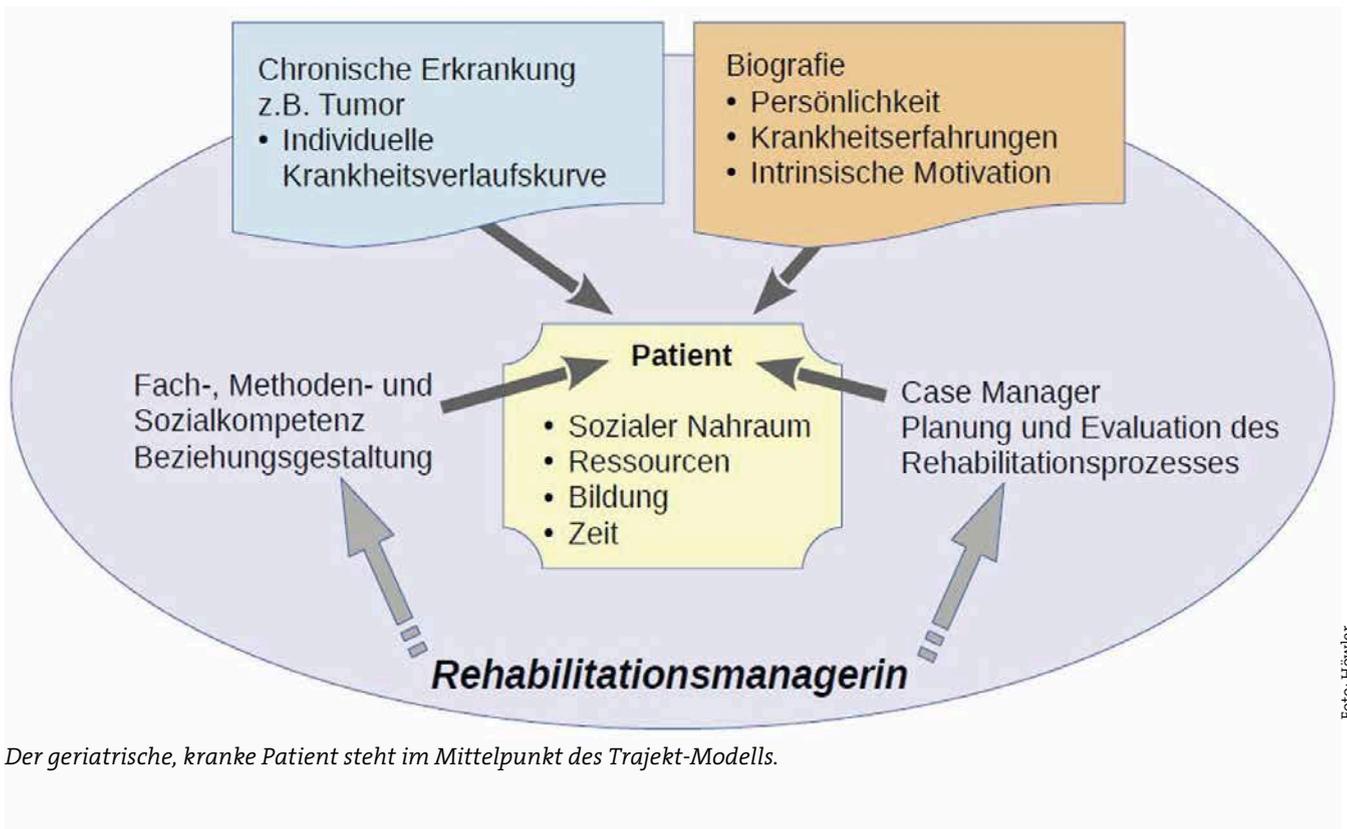


Foto: Höwler

Der geriatrische, kranke Patient steht im Mittelpunkt des Trajekt-Modells.

- Stabile Phase: Kontrolle des Krankheitsverlaufs durch therapeutische und pflegerische Interventionen.
- Unstabile Phase: Kontrolle des Krankheitsverlaufs durch therapeutische und pflegerische Interventionen ist vermindert.
- Verschlechterungsphase: Krankheit führt zu einer weiteren Verschlechterung des geistigen und körperlichen Zustands.
- Sterbephase: Zeitraum unmittelbar vor dem Tod.

Damit ein chronisch erkrankter Patient wieder Wohlbefinden erhält, muss er rehabilitiert werden. Ein Genesungsprozess verläuft in der Regel prozesshaft. Der Rehabilitationsprozess innerhalb des Trajekts-Modells berücksichtigt Grundsätze und wird in sieben Phasen eingeteilt:

Die aktuelle Krankheitssituation einschätzen

Im ersten Schritt erfolgt zunächst eine umfassende Einschätzung der aktuellen Krankheitssituation und der notwendigen rehabilitativen Maßnahmen unter Einbezug des Patienten und seiner Angehörigen. Mithilfe von Assessments können Pflege- und Krankheitsverlaufskurve sowie die Einschätzung

des Erfolgs der Krankheitsbewältigung erfasst werden.

Bedingungen einschätzen

Darüber hinaus erfolgt eine Einschätzung von Bedingungen, welche die Behandlung beeinflussen (Ressourcen, frühere Krankheitserfahrungen, Pflege setting, Gesetzgebung ...), also Umstände, die die Realisierung der Rehabilitationsziele fördern oder hemmen. Diese Situationseinschätzung muss regelmäßig aktualisiert werden. Dies begründet sich daraus, dass chronische Krankheiten starke Schwankungen im Verlauf aufweisen. Diese Berücksichtigung übt einen enormen Einfluss auf das Wohlbefinden des Kranken aus.

Rehabilitationsziele festlegen

Im folgenden Schritt gilt es, die Rehabilitationsziele zu formulieren und festzulegen, jeweils angepasst an die aktuelle Krankheitsphase. Dabei richtet man die Ziele des Weiteren auf Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten im Hinblick auf das zukünftige Leben mit seiner Erkrankung aus.

Definition des Interventionsschwerpunktes

Therapeutische Interventionen schließen sich an, möglichst immer aktuell

und flexibel in Wohnortnähe. Dabei sollte eine Rehabilitationsmanagerin feststellen, ob sich die Situation des Patienten oder seiner Angehörigen geändert hat, und sie muss diese Veränderungen dementsprechend an den Rehabilitationsprozess anpassen.

Die therapeutische Effektivität einschätzen

Zuletzt erfolgt die Evaluation der Effektivität von angewandten Interventionen mit eventuell schrittweiser Realisierung einer Veränderung. Die Rehabilitationsmanagerin überwacht die Behandlungsstrategie aus Sicht des Patienten und passt sie dem aktuellen Krankheitsstand an.

Das Stadium, in dem sich der geriatrische Patient befindet, bestimmt immer das Ausmaß der jeweiligen Rehabilitation. Innerhalb eines Krankheitsverlaufs können Umkehrungen, Krisen, Rezidive, Remissionen und/oder andere Einschnitte sichtbar werden.

Diese Dynamik spiegelt die kontinuierlichen Veränderungen und Adaptationen wider, die das Leben mit einer chronischen Erkrankung mit sich führt. Jedes Krankheitsstadium bringt bestimmte Probleme und Fragen für den Patienten und seine Angehörigen mit sich.

Implikation in die Praxis

Ein interdisziplinäres Team sollte reflektieren, was es für einen Patienten bedeutet, mit einer chronischen Krankheit zu leben, und für eine Therapie sorgen, die dieses Bewusstsein berücksichtigt.

Forschung

Wissenschaftliche Untersuchungen können durchgeführt werden, um die Konzepte und deren Zusammenhänge zu überprüfen und entsprechende Änderungen vorzunehmen.

Der Patient im Fokus

Die Abbildung veranschaulicht, wie der Patient im Fokus der Betrachtung des Trajekt-Modells steht. Der Schlüssel zum Nutzen des Modells liegt darin, dass, obwohl jeder Patient mit einer chronischen Erkrankung den Krankheitsprozess in einer einzigartigen Weise erlebt, es trotzdem gemeinsame Phasen gibt, was die Veränderungen des Gesundheitszustandes und notwendige Rehabilitationsmaßnahmen betrifft. Die Einteilung in Phasen dient dazu, bestimmte Krankheitsmerkmale rechtzeitig zu erkennen und einzuschätzen. Zu diesen Beobachtungen bedarf es eines langfristigen Managements. Durch einen intensiven Beziehungsaufbau zwischen dem Kranken und den Bezugstherapeuten/Rehabilitationsmanagern entsteht eine höhere Sensibilität für eine Genesung. Ein individueller Krankheitsverlauf kann durch drei Faktoren determiniert werden:

- durch persönliche Merkmale des Kranken (Biografie)
- infolge äußerer Determinanten (Kompetenz der Rehabilitationsmanagerin)
- durch das Therapieschema (Ziel-, Planungs- und Interventionsfaktoren, die den Krankheitsverlauf bestimmen)

Der Krankheitsverlauf kann durch professionelle Hilfestellung in der Selbstversorgung und durch soziale Unterstützung gefördert, erleichtert und verbessert werden. Professionelle Hilfe bei der Rehabilitation strebt immer eine umfassende, ganzheitliche Begleitung an.

Verknüpfungen mit anderen Theorien

Das Trajekt-Modell kann zugleich gut mit bereits anderen Modellen – zum Bei-

Zusammenfassung

Der Ansatz des Trajekt-Modells stammt von Juliet Corbin und Anselm Strauss und stützt sich in seiner praktischen Anwendung auf empirische Forschungen, die in einem Zeitraum von 30 Jahren nach dem qualitativen Forschungsansatz der Grounded Theory durchgeführt wurden. Das Trajekt-Modell eignet sich gut als strukturiertes Managementinstrument für die Rehabilitation chronisch erkrankter Patienten. Es veranlasst die Rehabilitationsmanager dazu, sich in die Patientenperspektive hinein zu denken. Auch die Situation der Betroffenen wird dabei besonders berücksichtigt. Vorhandene Ressourcen bindet das Modell ein, sodass die Rehabilitationsmanager nur steuernd und gestalterisch in den Rehabilitationsprozess eingreifen.

Schlüsselwörter: *Trajekt-Modell, Rehabilitation, Geriatrie*

spiel mit der rehabilitativen Prozesspflege von Krohwinkel (1993), dem Konzept des Primary nursing (Manthey 2002) sowie dem ICF-Modell (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) (WHO 2001) – kombiniert werden, um Aspekte der Pflege und Begleitung chronisch Kranker zu ergänzen.

Fazit

Das Trajekt-Modell von Corbin und Strauss eignet sich gut als ein strukturiertes Managementinstrument für die Rehabilitation chronisch erkrankter Patienten. Es veranlasst die Rehabilitationsmanager dazu, sich in die Patientenperspektive hinein zu denken. Der Fokus des Rehabilitationsprozesses liegt auf der lückenlosen, umfassenden Versorgung, bei der der geriatrische Patient und seine Angehörigen mit ihren Ressourcen im Mittelpunkt stehen.

Vorhandene Ressourcen werden gut genutzt; die Rehabilitationsmanagerin greift nur steuernd und gestalterisch in den Rehabilitationsprozess ein.

Kompetenzerweiterung im Sinne einer ganzheitlichen Begleitung fordert vom Rehabilitationsmanager intrinsische Motivation. Das Wissen über den möglichen Verlauf einer Tumorerkrankung, das Einschätzen individueller Interventionsmaßnahmen sowie die Planung und Koordination von Gesundheitsleistungen durch am Rehabilitationsprozess beteiligte Therapeuten ermöglichen eine integrierte und zugleich auf den Einzelfall abgestimmte Therapie.

Damit das Modell umgesetzt werden kann, müssen die im ersten Artikel (4/2015) erläuterten Rahmenbedingun-

gen durch das Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt werden: Es müssen Rehabilitationsmanager in mobilen Rehabilitationszentren eingestellt werden, Dienstzeiten müssen flexibel den Bedarfen der Patienten angepasst werden und es braucht einer stärkeren Vernetzung von stationärer und mobiler Versorgung, um ein Versorgungskontinuum gewährleisten zu können. <<



Literatur

Corbin J.M. (2002) *Die Methode der Grounded Theory im Überblick*. In: Schaeffer D. & Müller-Mundt G. (Hrsg.) *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Huber Bern, S. 59–70.

Corbin J. & Strauss A. (1998) *Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten*. In: Woog P. (Hrsg.) *Chronisch Kranke pflegen: das Corbin- und Strauss-Pflegemodell*. Ullstein Medical, Wiesbaden, S. 1–3.

Höwler E. (2015) *Die Versorgung psychisch erkrankter Patienten verbessern*. *Pflegezeitschrift* 68, S. 218–221.

Krohwinkel M. (1993) *Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitierender Prozesspflege*. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Manthey M. (2002) *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Huber, Bern.

World Health Organization (2001) *Deutsche Fassung des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)*. Herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Autorenkontakt:

Dr. rer. cur. Elisabeth Höwler arbeitet als Dozentin freiberuflich in der Logopäden- und Ergotherapeutenausbildung und führt Inhouseschulungen durch.
Kontakt: elisabethhoewler@yahoo.de, www.gerontopsychiatrie-net.de



Foto: contrastwerkstatt/Fotolia

› Spiritualität kann helfen, innere Quellen in Beruf und Alltag zu entdecken

Der Weg in die Stille

FRANZISKUS KNOLL

Spiritualität kann ein Wundermittel gegen Alltagsstress und zur Bewältigung beruflicher Herausforderungen sein. Sie kann größere Vitalität und ein höheres Maß mentaler Balance bewirken. Nur: Wie findet man zur eigenen Spiritualität? Wie macht man sie sich zu eigen? Juniorprofessor Franziskus Knoll unternimmt im folgenden Beitrag eine konzeptionelle Erschließung des viel diskutierten Spiritualitätsbegriffs und erörtert die Bedeutung und Aktivierung spiritueller Ressourcen für das persönliche Leben und den professionellen Pflegekontext. Darüber hinaus zeigt er Konsequenzen für den Bereich der Ausbildung und Fortbildung in der Pflege auf.

Spiritualität war und ist für viele Menschen ein wichtiger und wirksamer Faktor im Leben: als Ressource täglicher Lebenspraxis aber auch im Umgang mit größeren, existenziellen Herausforderungen. Es gibt nicht wenige Musiker, für die ihre existenziellen, spirituellen Krisen zum Auslöser ihrer Kompositionen wurden (zum Beispiel Bruckner, Mahler, Reger). Eine Verarbeitung biographischer Ereignisse und spiritueller Transformation findet sich auch bei Künstlern wie

Gustav Courbet oder Giovanni Segantini. Aus der jüngeren Vergangenheit wird vielen Samuel Koch in Erinnerung sein. Er verunglückte in einer Wetten-dass-Sendung im Jahr 2010 und spricht in seiner Biographie von drei Standbeinen, die ihm nach dem tragischen Unglück besonderen Halt gegeben haben: Der Zusammenhalt in der Familie, die Freunde und – auf einer ganz anderen Ebene – der Glaube (Koch & Fasel 2012). Neben solchen und anderen biographischen Bei-

spielen werden sich sicher viele Pflegekräfte selbst an konkrete Begegnungen mit Menschen erinnern, für die Spiritualität als Ressource wichtig war.

Was die Rede von der Spiritualität überhaupt meint

Wenn über Spiritualität gesprochen wird, reden nicht automatisch alle über das Gleiche. Während für die einen Spiritualität als Chiffre für eine allgemeine Suche nach Lebenssinn und Menschwerdung steht, verbinden andere damit eine geistlich-religiöse Lebenshaltung mit einem Repertoire an Methoden und anderen Ausdrucksformen. Während sich die einen über verschiedenste Medien wie Schutzamulette, Pendel, Astrologie, Klangmassagen oder nächtliches Tanzen auf Waldlichtungen spirituelle Kraftzuwächse erhoffen, gilt für andere die Beziehung zu einer jenseitigen, transzendenten Macht als grundlegende Quelle persönlicher Lebenskraft. Um Klarheit in die verwirrende Vielfalt zu bringen,

erscheint es darum hilfreich, in einem ersten Schritt eine Unterscheidung von zwei grundlegenden Kategorien vorzunehmen (Knoll 2015):

- eine rein immanente und
- eine göttlich-transzendente Auslegung von Spiritualität

Ein rein immanentes Spiritualitätsverständnis setzt Spiritualität in eins mit existenziellen Phänomenen wie dem Zuwachs an Kraft, innerem Frieden, Harmonie, Sicherheit, Lebenssinn, Hoffnung, Liebe, Schuld, Verbundenheit, Getragen-Sein, Mitgefühl oder anderen Formen der Selbsttranszendenz. Die Quelle oder Ursache dieser Wirkungen liegt im Menschen selbst oder in dessen Mit- und Umwelt. So facettenreich sich hier Spiritualität als Dachbegriff zeigt, so vielfältig sind dann auch die möglichen Zugangsweisen, Medien oder Wege spiritueller Erfahrung (zum Beispiel soziale Kontakte, Literatur, Meditation, Natur, Musik, Kunst, Tanz, Film, Sport oder die Ernährung).

Ein göttlich-transzendentes Spiritualitätsverständnis geht über solche existenziell-immanenten Erscheinungen hinaus, das heißt, es verortet den eigentlichen Ursprung des Zuwachses an Kraft und Stärke in der persönlichen Beziehung zu einer transzendenten Macht (zum Beispiel christlich gedacht: Gott). Ein solcher Ansatz wird zudem mit spezifischen Glaubensauffassungen und Traditionen verbunden (zum Beispiel Gebets- oder Speisevorschriften). Während also ein rein immanentes Spiritualitätsverständnis ohne Gottesbezug hantiert, ist für das transzendente Spiritualitätsverständnis Gott (oder eine andere transzendente Macht) als Bezugspunkt und Quelle menschlicher Lebenskraft unverzichtbar.

Anschaulich wird das Ganze am Beispiel „Sport“. Wer selbst Ausdauersport betreibt oder ein Fitness-Studio besucht, der kennt die Mühen und Anstrengungen eines Trainingsplans. Bis beim Joggen die Hürde des „toten Punkts“ überwunden ist, entwickelt sich das ganze Vorhaben zu einer kräftezehrenden und schweißtreibenden Angelegenheit. Beim Bodybuilding werden hochintensive Reize zum Muskelaufbau gesetzt. Wer hier an seine Belastungsgrenzen stößt und sie kraftvoll überwindet, kann einen zusätzlichen Stimulus zum Masseaufbau setzen. In beiden Fällen stellen sich positive körperliche und

psychische Effekte ein, die aber allein auf dem eigenen Tun und dem Faktor „Selbstüberwindung“ (im Sinne einer Selbsttranszendenz) beruhen. In Sachen göttlich-transzendenter Spiritualität geht es dagegen nicht um eigene Leistungen, sondern die Erfahrung einer inneren Kraft und Stärke, die aus der Begegnung mit der Transzendenz entspringt. Sie ist eine verdankte Kraft und keine selbst produzierte.

Potenziale des Spirituellen

Spiritualität betrifft in der Pflege sowohl die Pflegenden als auch die zu Pflegenden. Sie ist immer eine mögliche Facette des Mensch-Seins.

Mensch-Sein dürfen

Im Blick auf den möglichen persönlichen und professionellen Zugewinn aktivierter Spiritualität sollte das Vermögen insgesamt nicht losgelöst von generellen Fragen des Mensch-Seins betrachtet werden. Denn: Als potenzielle Facette, die – um weitere Grunddimensionen ergänzt – menschliches Leben elementar ausmacht, darf Spiritualität als eine zweckfreie Komponente verstanden werden. Sie hat nicht nur einen Wert, weil sie nützlich werden kann, sondern sie repräsentiert einen elementaren Baustein dessen, was letztlich auch erfülltes Leben ausmachen kann. Diese Veranlagung ist ein Hinweis darauf, dass da mehr im Leben ist und sein kann, als man glaubt.

Wirklichkeit und Chancen wahrnehmen

In den Einrichtungen sehen sich Pflegende heute einer Vielzahl psychischer und körperlicher Forderungen ausgesetzt: Verweildauerverkürzung, Erhöhung der Patientenzahl mit steigender Pflegeintensität; standardisierte Behandlungspläne; nicht steuerbare Arbeitsunterbrechungen; Fragmentierung von Arbeitsabläufen und nicht zuletzt eine schwere körperliche Beanspruchung. Personalengpässe führen nicht selten zu Zeitmangel in den Pflegeverrichtungen und in der zwischenmenschlichen Zuwendung zum kranken Menschen. Eine normierte Zeittaktung, schlechte Kommunikationsstrukturen, Defizite im Arbeitsklima oder im Führungsverhalten kommen als Belastungsfaktoren dazu. Dabei erweist sich eine betont ökonomische Ausrichtung von Krankenhausunternehmen als zusätzlicher Spannungsfaktor, da Pflegenden einem

Missverhältnis zwischen der unternehmerisch geforderten Arbeitsbewältigung und dem ggf. davon abweichenden, eigenen ethisch-moralischen Pflegeideal ausgesetzt sind. Umgekehrt können sich aber auch Leerstellen in der eigenen fachlichen Qualifikation als Stressoren erweisen (Luderer & Behrens 2005).

Die Belastungsspirale lauert aber nicht nur im beruflichen Setting, sondern auch im Privaten. Alles soll möglichst nicht irgendetwas, sondern schön, glücklich und perfekt sein: der passende Partner, gute Mütter/Väter oder Freunde. Vielleicht kommt es manchem auch so vor, dass das Leben nicht nach den eigenen Vorstellungen gestaltet werden kann, sondern von außen (fremd-)bestimmt wird. Dabei sehnt man sich nach Ruhe, Lebendigkeit und einem Gefühl, sich wieder selbst zu spüren.

Pflegende können aus dem privaten, sozialen und beruflichen Bedingungsgefüge zwar nicht einfach aussteigen, aber sie können doch etwas verändern: ihre Haltung, ihre innere Widerstandskraft und ihren Umgang mit solchen Herausforderungen. In der Wissenschaft spricht man hier von der Entwicklung einer Resilienz, das heißt von der psychischen Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Risiken (Wustmann 2004). Andere Forscher erklären die Stressverarbeitung mithilfe des transaktionalen Stressmodells (Lazarus & Folkman 1984). Beide Modelle kommen darin überein, dass auf der Suche nach entlastenden Antworten den eigenen, multidimensionalen Ressourcen und damit der Selbstsorge eine entscheidende Rolle zukommt. Im Rückgriff darauf gelingt es Betroffenen, Stresssituationen situationspezifisch zu meistern und als Anlass zur Weiterentwicklung zu nutzen. Pflegende sorgen sich dann um sich selbst, wenn ihnen das Sinnstiftende ihres Berufes wieder (neu) bewusst wird, sie Dankbarkeit für ihre Sorge um den anderen wahr- und annehmen, Nähe und Distanz professionell ausbalancieren und sich im Privaten Entlastungsräume schaffen und Formen finden, mit deren Hilfe sie ihre eigenen Kraftquellen wieder auftanken können. In diesem Kontext kann auch der Faktor immanenter und/oder transzendenter Spiritualität als Kraftressource eine fundamental stützende Funktion übernehmen und im körperlichen und psychischen Erleben positiv wirksam werden.



Foto: vadyndrobot/fotolia

Wer Ausdauersport oder Bodybuilding betreibt, kennt das: Es kostet viel Kraft und Überwindung, über den „toten Punkt“ hinaus zu trainieren. Schafft man es, stellen sich positive körperliche und psychische Effekte ein, die aber allein auf dem eigenen Tun und dem Faktor „Selbstüberwindung“ im Sinne einer Selbsttranszendenz beruhen.

Wie entdecke und pflege ich meine Spiritualität?

Ein erster Schritt, um mit sich selbst in Kontakt zu kommen und die eigene spirituelle Dimension wahrzunehmen, ist der Weg in die Stille. Es gibt Menschen, die echte Stille nur äußerst schlecht ertragen: Sie schalten das Radio ein, wenn sie sich zu Hause einsam fühlen, pfeifen im Wald, wenn es irgendwie unheimlich wird oder flüchten sich vor den inneren Stimmen in die Ablenkung. Wenn es aber bei der Spiritualität darum geht, eine Sensibilität für das nicht Sichtbare zu entwickeln, dann zeigt eine jahrhundertelange Erfahrung, dass der Weg in die Stille für diese Dimension empfänglich macht. Eine solche Stille bringt uns in Kontakt mit uns selbst, fördert unsere innere Auseinandersetzung und lässt uns sensibel für solche Momente werden, die unser Mensch-Sein in dieser Welt und darüber hinaus eben auch noch ausmachen. Als spirituelle Technik führt die Stille in einen Modus der Aufmerksamkeit, lässt über das vordergründig Gegebene hinausfragen und ist damit grundsätzlich

auch offen auf eine höhere, transzendente Macht hin.

Nicht umsonst ziehen sich jedes Jahr Hunderte von Menschen ins Schweigen zurück: in Exerzitien, auf Wallfahrten, in Zen-Meditations-Zentren oder auf Achtsamkeitskurse. Wenn der Zugang zu dieser anderen Dimension einmal gelungen ist, eröffnen sich viele weitere Möglichkeiten zur Kontaktpflege und Vertiefung. Man ist also nicht gezwungen, den ganzen Tag auf einer Meditationsbank zuzubringen. Während einigen Menschen die weitere Kontaktpflege in Form der Meditation, des Gebets oder der Lektüre geistlicher Schriften gelingt, finden andere einen Zugang über die Musik, die Kunst, die Natur, das Kino oder Alltagsspiritualitäten wie bspw. die dreiminütige Morgenandacht im Autoradio, das Abreißkalenderblatt, ein Stoßgebet, den stillen Wunsch in Verbindung mit dem Entzünden einer Kerze im Andachtsraum/der Kapelle oder andere literarisch-poetische Impulsgeber. Sicher darf man am Anfang (noch) keine großartigen spirituellen Offenbarungen

erwarten. Aber: Alle waren einmal Anfänger und kleine Veränderungen können doch große Potenziale entfalten.

Wem es gelingt, sich auf seine natürliche, spirituelle Wahrnehmungsfähigkeit einzulassen, sich von alten Denk- und Verhaltensmustern zu lösen, seinen eigenen spirituellen Weg zu finden und seine Aufmerksamkeit auf die Quelle zu richten, der erfährt einen persönlichen Zugewinn an innerer Ordnung, Gelassenheit, Zuversicht, Mitgefühl und innerer Stärke.

Andere spirituell unterstützen

Auch während eines Krankenhausaufenthaltes kann Spiritualität als anthropologische Dimension im kranken Menschen wirksam sein. Konfrontiert mit der Tatsache einer krankenhausbearbeitungsbedürftigen, internistischen, einer schweren chronischen oder sogar letalen Erkrankung und einem damit verknüpften (aggressiven) Behandlungsregime berichten viele Betroffene von einer enormen Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität und massiven Stresser-

fahrungen (Knoll 2015). „Das Krankheitswissen löst Ängste, Depressionen, Schmerzen und andere krankheitsspezifische Symptome aus (zum Beispiel sexuelle Funktionsstörungen, Müdigkeit oder Übelkeit). In solchen Situationen suchen Menschen nach (neuen) Antworten auf die Frage nach ihrem Lebenssinn. Übereinstimmend zeigt die Literatur den positiven Beitrag von Spiritualität/Religion auf die erfahrene Lebensqualität und/oder die Krankheitsbewältigung. Sie reduziert das Angst- und Stresserleben und lässt die Betroffenen neue Antworten auf die Fragen nach dem Sinn und Zweck ihres Lebens finden. Menschen berichten über persönliche und spirituelle Transformationen.“ (Knoll 2015, S. 220). Insofern Spiritualität etwas mit Kraft, Hoffnung und Zuversicht zu tun hat, wirkt Spiritualität auch auf das körperliche und psychische Erleben zurück. Das belegen übrigens auch Theorien zum religiösen Coping (Pargament 1997).

Die Forderung nach einer stärkeren Einbindung der Gesundheitsfachberufe in die spirituelle Begleitung ist dabei nicht erst ein Mega-Trend des 21. Jahrhunderts (Frick 2012). Bereits US-amerikanische Pflgetheoretikerinnen wie Nightingale, Henderson, Leininger, Roper et al., Rizzo Parse oder Watson reflektierten auf ihre Weise das Wesen des Menschseins, die pflegerische Berufsrolle, das Umfeld und die Zielvorstellungen von Pflege (Knoll 2015). Zu den förderlichen Rahmenbedingungen zählten sie dabei auch die Beachtung von Weltanschauungen, Glauben, Religion oder Spiritualität. Für die deutsche Pflege arbeitete in den 1970er Jahren Juchli die Notwendigkeit einer Sorge um die seelischen Bedürfnisse Kranker heraus, die sie dem Bereich der Grundpflege zurechnete (Juchli & Högger 1971). Juchli gelang die Herleitung ihrer Forderungen allein im Rückgriff auf philosophische, psychologische und psychosomatische Ansätze (Knoll 2015). Eine Einsicht, die heute mittels moderner Erhebungsinstrumente als empirisch gesichertes Novum gefeiert wird.

Spiritualität in einer (christlichen) Gesundheits- und Pflegeeinrichtung beginnt oder endet dabei nicht damit, dass die Gebets- und Gottesdienstangebote ausgebaut und fromme Bilder und Kreuze aufgehängt werden. Es mag Menschen geben, die meinen: Damit müssen wir anfangen! Aber: Eine Spiritualitätskultur in einem multireligiösen und kirchenfernen Kontext zu entwickeln, ist ein hoch-

Zusammenfassung

Der Umgang mit Spiritualität kann sehr unterschiedliche Formen haben. Während sich die einen über verschiedenste Medien wie Schutzamulette, Pendel oder Astrologie spirituelle Kraftzuwächse erhoffen, gilt für andere die Beziehung zu einer jenseitigen, transzendenten Macht (christlich betrachtet etwa Gott) als grundlegende Quelle persönlicher Lebenskraft. Man spricht dabei von einer rein immanenten und einer göttlich-transzendenten Auslegung von Spiritualität. Im Pflegeberuf ist Spiritualität allgegenwärtig. Sie kann Pflegenden Kraft geben, etwa wenn ihnen das Sinnstiftende ihres Berufes wieder bewusst wird oder sie Formen finden, mit deren Hilfe sie ihre eigenen Kraftquellen wieder auftanken können.

Schlüsselwörter: *Spiritualität, Pflege, Pflegeausbildung*

sensibles und komplexes Vorhaben. Darauf deuten allein schon die Diskussionen im Vorfeld einer Einrichtung und Gestaltung von Räumen der Stille hin. Exemplarisch werden im Folgenden einige grundlegende Aspekte spiritueller Begleitung durch Helfende erörtert (Knoll 2015; Weiher 2014):

- **Haltungsarbeit:** Die Begegnung zwischen Pflegekraft und krankem Menschen ist eine Begegnung auf Augenhöhe. Der Mensch bleibt Mensch – obwohl er krank ist. Und die Pflegekraft ist und bleibt Mensch – auch und obwohl sie im Krankenhaus eine bestimmte Funktion übernimmt.
- **Erstkontakt:** Schaffung von Vertrauen und Angstreduktion mittels einer authentischen, empathischen Pflegepraxis (zum Beispiel durch Zuhören, Präsenz, Freundlichkeit, Anteilnahme, gewissenhafte Pflege, Fachkompetenz, Information, Zuverlässigkeit, Respekt, Körperkontakt).
- **Beziehungsaufnahme:** Durch Signalisierung von Ansprechbarkeit, Gesprächsbereitschaft und Gesprächsfähigkeit. Austausch über Alltagsthemen, den Behandlungsverlauf oder die persönliche Lebenssituation als Weg zur Bildung einer Vertrauensbasis.
- **Spirituelle Kommunikation:** Sprachsensibles Hören, Aufgreifen von Metaphern und spiritualitätsbezogenen Inhalten oder indirekte Anregung eines Gesprächs über Spiritualität und Glaubensauffassungen. Hinweise auf spirituelle Einstellungen können auch anhand von Bildern, Gegenständen, der Literatur auf dem Nachtschrank, Schmuck oder Tattoos entdeckt werden. Solche Symbole können zu einem wertvollen Gesprächsanlass werden.

- **Aktivierung spiritueller Ressourcen:** Explizites, vertiefendes Gespräch über spirituelle Themen, Durchführung eines ersten spirituellen Screenings, sprechen eines Gebets, stellvertretendes Entzünden einer Kerze in der Kapelle und/oder Hinzuziehung professioneller Seelsorge. In einer solchen Begegnung geht es nicht darum, „als nichtseelsorglicher Behandler oder Helfer eine bestimmte Spiritualität an den Patienten heranzutragen, sondern darum, mit dem spirituellen Potenzial im Patienten in Resonanz zu kommen.“ (Weiher 2014, S. 89).

Folgen für die Pflegeausbildung

Bereits in der Ausbildungsphase sollten die Schüler/Studierenden auf die Bedeutung der Spiritualität in der Pflege aufmerksam gemacht werden. Aber auch nach der Ausbildung könnten Fortbildungen Pflegenden spezialisieren.

Novellierung der Gesetzesvorgaben

Grundsätzlich gilt: Zur Gewährleistung einer theoriegeleiteten Pflege ist die Erarbeitung eines Wissenskorpuses erforderlich, der die Komponenten und inneren Zusammenhänge des Phänomens „Pflege“ reflektiert, versteht und daraus Schlussfolgerungen für professionelle Interventionen ableitet. Dabei finden die Themen „Menschenbild“ und „Spiritualität“ (und die damit verknüpften Folgen für die Pflege bei der Anbahnung umfassender beruflicher Handlungskompetenz) derzeit weder in der bundesweiten Ausbildungsregelung noch in den Rahmenlehrplänen der Bundesländer eine angemessene Resonanz (Knoll 2015). „Im Blick auf den Einbe-

**Persönliche Freiheit
und professionelle Verantwortung**

Dem Menschen bleibt es als erfahrenes und erkennendes Wesen überlassen, ob er über das in der Welt Gegebene (zum Beispiel Naturerfahrungen wie das Betrachten eines Sonnenuntergangs oder des Sternenhimmels), über Alltagserlebnisse (zum Beispiel zwischenmenschliche Begegnungen, berufliche Erfolge, Liebe) oder über schwierige Lebenssituationen (zum Beispiel Krankheit, Schuld, Tod) hinausfragt, dabei eine transzendente Dimension (zum Beispiel Gott) entdeckt und deren Selbstmitteilung bejaht, oder ob er die geheimnisvolle Unendlichkeit, in die er sich fragend ausgesetzt weiß, auf sich beruhen lässt – ihr widersteht, das heißt, keinen Sinn dafür entwickelt, dass etwas die alltägliche Lebenswelt übersteigen mag (Rahner 2008). Bei all dem gilt es jedoch zu beachten: Unabhängig davon, ob und wie der Einzelne sich *persönlich* zur spirituellen Dimension verhält, sind die *professionell-pflegerischen* Verantwortlichkeiten zu achten.

zug spiritueller Lerninhalte im theoretischen Unterricht fordert lediglich das Land Baden-Württemberg eine Beachtung jener Werte und Glaubensüberzeugungen, die zu einem spirituellen Wohlbefinden des kranken Menschen beitragen.“ (Knoll 2015, S. 278). Insofern aber die spirituelle Dimension als Teil des Mensch-Seins zu begreifen ist, die potenziell wirksam sein kann und darüber hinaus ein signifikanter, das heißt empirisch belegter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß einer Erfüllung spiritueller Bedürfnisse, der erfahrenen Lebensqualität und der aktiven Krankheitsbewältigung besteht, zählt die Sorge um die spirituelle Bedürfnislage kranker Menschen nicht nur zum pflegerischen Aufgabenbereich, sondern ist als pflegerelevanter Bildungsinhalt in eine Novellierung des KrPflGs sowie in die Rahmenlehrpläne der Bundesländer für die dreijährige Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege aufzunehmen. Erst dadurch wird eine zeitgemäße und trägerunabhängige Mindestqualifikation Pflegender sichergestellt. Vergleichbares gilt für den Sektor der Fort- und Weiterbildung.

**Qualifizierung in
der Aus- und Fortbildung**

Die normativ-ideellen Aussagen und die empirischen Studienergebnisse haben für die Pflege weitreichende Folgen. Neben berufspolitischen Forderungen (wie beispielsweise der Berücksichtigung kommunikativ-begleitender Pflegebeiträge in den Kostenstrukturen) wird der Qualifizierungssektor berührt. Denn: Genauso wie nicht einfach jeder professionell pflegen kann, einfach weil er ein gutes Herz und eine ruhige Hand hat, wie der CDU-Politiker Norbert Blüm 2003 es formulierte, kann auch nicht einfach jeder spirituelle Fürsorge gewährleisten, nur weil er selbst irgendwie spirituell ist. Da die Pflegerrelevanz der Spiritualität als sicher belegt gelten kann, bedürfen Berufserfahrene auch einer entsprechenden Qualifizierung, um spirituelle Begleitung entweder selbst zu gewährleisten oder – wenn sie sich aufgrund privater Überzeugungen dazu nicht in der Lage sehen – dafür zu sorgen, dass die Bedürfnisse durch andere adressiert werden (zum Beispiel professionelle Seelsorge). Eine Qualifizierung Pflegender könnte dabei über drei Schritte erreicht werden:

- Information: Hier geht es um die Aneignung und Erweiterung des eigenen professionellen Wissensbestands (zum Beispiel Menschenbilder, Spiritualitätsverständnisse, Religion, spiritualitäts-sensible Pflege-theorien, interprofessionelle Zusammenarbeit, spirituelle Assessmentinstrumente).
- Formation: Hier geht es um eine individuelle Beschäftigung mit dem Thema „Spiritualität“ (zum Beispiel persönliche Wahrnehmung, Bewusstmachung des eigenen Vorverständnisses, Standortbestimmung), die Anbahnung von Haltungen und die Auseinandersetzung mit spirituellen Begleitungsoptionen Pflegender.
- Transformation: Hier geht es um Chancen und Begrenzungen einer Implementierung spiritueller Fürsorge in die eigene Pflegepraxis und in die Einrichtung.

Gerade die Frage nach einem ethisch angemessenen, guten Pflegehandeln impliziert die Frage nach dem Menschen. Kranke Menschen brauchen während ihres Aufenthaltes Pflegekräfte, die achtsam für sie da sind und sie in der Adressierung ihrer Bedürfnisse theoretisch und professionell-verantwortet unterstützen. <<

**„Erste Hilfe“
in Sachen Spiritualität**

Anleitung zur Achtsamkeit/Meditation: Kabat-Zinn Jo (2009) *Die heilende Kraft der Achtsamkeit*. (mit Doppel-CD) Arbor, Freiburg.

Spirituelle Impulse: Stutz P. (2009) *Geborgen und frei. Mystik als Lebensstil*. Kösel, München.

Spirituelle Begleitung durch Pflegende: Weiher E. (2007) *Spirituelle Begleitung in der palliativen Betreuung*. In: Knipping C. (Hrsg.) (2007) *Lehrbuch Palliative Care*. Huber, Bern, S. 438–453.



Literatur

Blüm N. (2003) „Viel Spaß beim Häuserkampf“ <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/interview-mit-norbert-bluem-viel-spass-beim-haeuserkampf-a-248826.html>, Zugriff am 11.07.2015.

Büssing A. & Kohls N. (Hrsg.) (2011) *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Springer, Heidelberg.

Frick E. (2012) *Wie arbeitet Spiritual Care?* In: *Spiritual Care* 3, S. 68–73.

Juchli L. & Högger B. (1971) *Umfassende Krankenpflege*. Thieme, Stuttgart.

Klein C. et al. (Hrsg.) (2011) *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim.

Knoll F. (2015) *Mensch bleiben! Zum Stellenwert der Spiritualität in der Pflege*. Kohlhammer, Stuttgart.

Koch S. & Fasel C. (2012) *Zwei Leben*. Adeo, München.

Lazarus R. & Folkman S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York.

Luderer C. & Behrens J. (2005) *Aufklärungs- und Informationsgespräche im Krankenhaus*. In: *Pflege* 1, S. 15–23.

Pargament K. (1997) *The psychology of religion and coping*. Guilford, New York.

Rahner K. (2008) *Grundkurs des Glaubens*. Herder, Freiburg.

Weiher E. (2014) *Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod. Eine Grammatik für Helfende*. Kohlhammer, Stuttgart.

Wustmann C. (2004) *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Beltz, Weinheim.

Autorenkontakt:

JProf. Dr. Franziskus Knoll, Dipl.-Theologe, Dipl.-Pflegepädagoge (FH), hat den Lehrstuhl für Diakonische Theologie und Spiritualität an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar inne.
Kontakt: Pallottistr. 3, 56179 Vallendar.
E-Mail: fknull@pthv.de

Das besondere Buch

DER TIPP DER REDAKTION



von Borstel, J.H.:
Herzrasen kann man nicht mähen

Alles über unser wichtigstes Organ. Ullstein, Berlin, 2015, 317 S., 16,99 €. ISBN-13: 978-3-550-08098-2

Der erste Gedanke, der einem zu diesem Buch kommt, ist, dass da jemand (der Verlag, der Autor) den Erfolg des Buches „Darm mit Charme“ ausnutzen will für ein ganz ähnliches Buch eines ganz ähnlichen Autors („Science-Slammer“) im selben Verlag. Und ja, das ist auch der zweite Gedanke, der einem zu dem Buch kommt. Fängt man an zu lesen, kommen einem schnell weitere Gedanken, etwa, dass das Buch anbiedernd ist und gewollt witzig, was bekanntermaßen „überhaupt nicht witzig“ bedeutet. Ärgerlich ist auch der Ansatz, den Umfang durch persönliche Schilderungen (v.B. sucht einen Praktikumsplatz, v.B. kann nicht schlafen und wälzt sich im Bett, v.B. reanimiert eine alte Dame) auf ein Mindestmaß zu bringen, das dann den Preis rechtfertigen soll. Der Rückentext verrät dem Leser noch, dass Johannes Hinrich von Borstel Deutschlands unterhaltsamster Mediziner ist, was man schlecht überprüfen kann und was sehr schade wäre, denn sonderlich unterhaltsam, oder gar witzig, ist von Borstel nicht (zumindest nicht als Autor), auch wenn er selbst das zu denken scheint. Zwar vermittelt er viele interessante Fakten rund um das Herz auf verständliche Weise, er liefert aber auch jede Menge kalten Kaffee – etwa zu Diäten – und haufenweise schlechte Witze und Überschriften. Und als wäre das alles nicht schlimm genug, duzt er die Leser seines Buches auch noch. (aro)



Brandenburg, H.; Günther, H.; Proft, I.:
(Hrsg.):

Kosten kontra Menschlichkeit

Herausforderungen an eine gute Pflege im Alter. Grünewald, Ostfildern, 2015, 311 S., 25,- €. ISBN: 978-3-7867-3034-7

Der Druck, Kosten zu reduzieren, steht den Anliegen, Bedürfnissen und Interessen alter und pflegebedürftiger Menschen gegenüber. Das Buch stellt Theorien und Konzepte für die Praxis vor und gibt einen Ausblick auf notwendige Entwicklungen.

Klöpper, St.:

Basiswissen Ätherische Öle in der Aromapflege

Karten-Set mit Anwendungstipps und Aktivierungsideen für die Pflegepraxis. Verlag an der Ruhr, Mülheim an der Ruhr, 2014. 32 Kartei-Karten, 12,95 €. ISBN: 978-3-8346-2385-0

Ätherische Öle bieten zahlreiche Möglichkeiten, pflegebedürftigen Menschen Gutes zu tun. Das Karten-Set für die Kitzeltasche beschreibt 21 Öle und bietet Anwendungstipps und Rezepturen.

Bundesministerium für Gesundheit:

Praxisseiten Pflege

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam. Bundesministerium für Gesundheit, 2015. Kostenlos.

Das neue Fachangebot des BMG möchte mit aktuellem und übersichtlichem Material zu Änderungen im Pflegerecht und Leistungen all jene unterstützen, die dieses Wissen täglich benötigen und weitergeben. Die Praxisseiten können auf www.praxisseiten-pflege.de kostenlos als PDFs heruntergeladen werden.

Dreher, J.:

Psychopharmakotherapie griffbereit

Medikamente, psychoaktive Genussmittel und Drogen. Schattauer, Stuttgart, 2014. 248 S., 24,99 €. ISBN: 978-3-89993-218-8

Psychopharmaka sind die am häufigsten verordneten Medikamente. Jan Dreher gibt einen praxisorientierten Überblick über Dosierung, Pharmakologie und Nebenwirkungen der wichtigsten Psychopharmaka und die gezielte Auswahl geeigneter Präparate.

Schulze Höing, A.:

Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen

Pflegebedarfsanalyse und integrierte Hilfeplanung. 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, 2015. 300 S., 36,- €. ISBN: 978-3-17-025742-9

Das Buch leitet zur Ermittlung von Pflegebedarfen sowie zur Planung, Ausführung und Dokumentation an. Dazu hat die Autorin ein Instrument zur Pflegebedarfserhebung entwickelt. Inklusive Materialien zum Download.

Adam-Paffrath, R.:

Würde und Demütigung aus der Perspektive professioneller Pflege

Eine qualitative Untersuchung zur Ethik im ambulanten Pflegebereich. Mabuse, Frankfurt am Main, 2014. 34,90 €. ISBN: 978-3-86321-207-0

Die Arbeit untersucht, wie Akteure in der ambulanten Pflege ihre persönliche Würde empfinden und wie diese beeinflusst wird. Die Autorin zeigt das Wirkgefüge von verschiedenen Einflussfaktoren auf, die den Verlust von Würde kennzeichnen.

Atzmüller, R.; Hürtgen, St.; Krenn, M.:

Die zeitgemäße Arbeitskraft

Qualifiziert, aktiviert, polarisiert. Beltz Juventa, Weinheim, 2015. 344 S., 34,95 €. ISBN: 978-3-7799-3043-3

Wie die Arbeitskraft im flexiblen Kapitalismus geformt wird, zeigt das Buch mit Blick auf den tiefgreifenden Wandel des Wohlfahrtsstaates und die neuen sozialen Ungleichheiten und Spaltungen. Es diskutiert zentrale theoretische Konzepte auf der Basis eines reichhaltigen empirischen Forschungsmaterials.

Nußbeck, S.:

Einführung in die Beratungspsychologie

3. Aufl. Ernst Reinhard Verlag, München, 2015. 224 S., 22,99 €. ISBN: 978-3-8252-4246-6

Nußbeck vermittelt psychologisches Grundwissen über Beratungskonzepte und -techniken und führt mit Beispielen in die Anwendungsfelder psychosozialer Beratung ein. Zur didaktischen Aufbereitung gehören ein Glossar und Übungsfragen mit Online-Antworten.

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Friedhilde Bartels/Claudia Eckardt/Saskia Wittekindt/Anke Wittrich

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Band 1: Grundlagen und Formulierungshilfen

2016. 78 Seiten, 15 Abb. Kart. € 25,-
ISBN 978-3-17-029735-7

auch als
EBOOK

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G) wird bei älteren Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie (Früh-)Rehabilitationsbedarf durchgeführt und geht über die Grund- und Behandlungspflege hinaus. Sie hat das Ziel, dass Betroffene die individuell optimal erreichbare Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe, wie diese vor der aktuellen Verschlechterung bestanden haben, wieder erreichen. ATP-G wurde auf der Grundlage des Bobath-Konzepts entwickelt, da sich u. a. Pflege- und Therapieinterventionen ergänzen und in dem individuellen „Lernprozess“ des Patienten aufeinander abzustimmen sind. Das setzt voraus, dass die Mitarbeiter aller Berufsgruppen des interdisziplinären Teams über den gleichen Wissensstand verfügen und demnach auch die gleiche Fachsprache sprechen.

Friedhilde Bartels, Pflegedienstleiterin, Vorstandsmitglied BVG e. V. **Claudia Eckardt**, Pflegeaufbaukursinstructorin Bobath BIKA®. **Saskia Wittekindt**, Stationsleitung. **Anke Wittrich**, Dipl.-Med.-Inf. (FH), stellv. Geschäftsführerin BVG e. V.



Annelen Schulze Höing

Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen

Pflegebedarfsanalyse und integrierte Hilfeplanung

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016
300 Seiten, 24 Abb., 18 Tab. Kart. € 36,-
ISBN 978-3-17-025742-9

auch als
EBOOK

Das Buch verfolgt das Ziel, die Qualität zur Erbringung pflegerischer Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe sicherzustellen. Es gibt eine praktische Anleitung zur Ermittlung von Pflegebedarfen sowie zur Planung, Ausführung und Dokumentation. Basierend auf dem von der Autorin entwickelten Instrument zur Pflegebedarfserhebung, dem Gesprächsleitfaden Pflegeerfassung®, wird anhand von Fallbeispielen in Pflegeethemen eingeführt. Auf den Umgang mit Medikamenten, Sondenernährung, künstlichen Blasen- und Darmausgängen sowie Schmerzerfassung bei Sprachunfähigkeit wird eingegangen. In der 2. Auflage wurde u. a. das Thema Juckempfinden neu aufgenommen. Folgende Arbeitsmaterialien gibt es zum kostenlosen Download: Gesprächsleitfaden Pflegeerfassung® und Protokoll Pflegebedarfsanalyse. Geleitwort von Dr. Heidrun Metzler.

Annelen Schulze Höing, Pflegefach- und Organisationsberaterin (MSc), Auditorin, verfügt über langjährige Erfahrung in der ambulanten und stationären Pflege sowie in Leitungspositionen. Sie bietet Workshops an und bildet pflegerische Multiplikatoren aus.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711 / 7863 - 7280 · Fax 0711 / 7863 - 8430 · vertrieb@kohlhammer.de

Kohlhammer

› Radio-Frequency-Identification-Technologie (RFID) in der Pflege

Auf Nummer sicher?

KATHRIN SUNDERMANN

Im 21. Jahrhundert ist die Welt des Menschen in den westlichen Industrienationen ohne Technologie, insbesondere ohne Kommunikations- und Datentechnologie, unvorstellbar. In diesem Kontext rückt auch die RFID-Technologie, die Radio-Frequency-Identification, zunehmend ins Blickfeld der gesellschaftlichen Debatte und Technik findet vermehrt Eingang in das Gesundheitswesen. Dabei stehen neben Vorteilen und Chancen der technischen Entwicklung auch Risiken und Schwachstellen im Fokus der Diskussion – und im Fokus dieses Artikel: Kathrin Sundermann stellt die Einsatzgebiete und Zukunftspotenziale der RFID-Technologie in der Pflege vor und beleuchtet in diesem Zusammenhang die Vor- und Nachteile der Technik.

Laut Maiwald (2007) steht RFID für Radio Frequency Identification. Radio Frequency bezeichnet im englischen „Funk“, Identification bedeutet sowohl „Identifizierung“ als auch „Lokalisation“ (Maiwald 2007, S. 9). Die RFID-Technologie, auch Sender-Empfänger-Technologie genannt, stammt aus dem Gebiet der automatischen Datenerfassungs- und Identifikationssysteme. Sie dient der kontaktlosen Übertragung von Informationen über magnetische oder elektromagnetische Felder (BNetzA o.J., S. 1). Bei der Anwendung der Technologie wird zwischen Personen und Gegenständen unterschieden. Bezugnehmend auf die Personen handelt es sich im Gesundheitswesen größtenteils um Patienten und Personal, bei denen die RFID-Chips in unterschiedlichen Variationen zum Einsatz kommen. Für den Einsatz der Systeme am Patienten und an den Mitarbeitern eignen sich vorzugsweise Armbänder oder Armbanduhren mit integriertem RFID-Transponder. Andere Bauformen, zum Beispiel Chipkarten, sind jedoch bei selbstständigen Patienten und beim Pflegepersonal nicht auszuschließen.

Für die Einsatzgebiete an Gegenständen sind beispielsweise die Kennzeichnung von Blutkonserven, medizinischen Geräten, Akten und Medikamenten mit dem Chip zu nennen (Kern 2006). In diesem Bereich sollen die RFID-Transponder unter anderem eine Medikamentenkontrolle durch eine exakte Etikettierung von Medikamenten, eine verbesserte Prozess-

steuerung von medizinischen oder logistischen Prozessen und eine schnellere Dokumentation durch zum Beispiel kürzere LogIn-Prozesse ermöglichen (Koch & Deiters 2007). Zudem ist es möglich, im Bereich Messdatenmanagement Vitalparameter wie die Herzfrequenz zu überwachen und personenbezogene Daten auf dem Armband zu speichern, beispielsweise Blutgruppen, Allergien etc. (Kern 2006; Koch & Deiters 2007). Dadurch können Ärzte und Pflegepersonal während der Visite direkt auf die Daten zugreifen. Allerdings müssen an dieser Stelle die Datenschutzrichtlinien berücksichtigt werden.

Hinsichtlich des Einsatzes der RFID-Technologie im Gesundheitswesen sind in den vergangenen Jahren mehrere Pilotprojekte angelaufen, die kontrovers diskutiert werden und sich teilweise etabliert haben. So wird beispielsweise im Universitätsklinikum Jena die Ausgabe von Medikamenten mittels RFID-Armband gesteuert, um sicherzustellen, dass der Patient das richtige Medikament erhält. Im Klinikum rechts der Isar werden seit 2007 OP-Instrumente mit RFID-Chips gekennzeichnet, um Behandlungsfehler durch vergessenes OP-Besteck zu vermeiden. Ein weiteres Pilotprojekt startete im Klinikum Saarbrücken zur Überwachung der Kühlkette und Rückverfolgung von Blutkonserven. Im Klinikum Fulda wird seit 2014 ein RFID-System zur Patientenverwaltung in der zentralen Notaufnahme eingesetzt, mit dem Ziel der

Lokalisation von Patienten, um somit Behandlungszeiten zu verbessern.

Mit der RFID-Technologie im Gesundheitswesen werden die folgenden Ziele verfolgt:

- Sicherheit von Patienten und Personal
- Steigerung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit
- zunehmende Mobilität und mehr Freiräume für Patienten, um somit die Lebensqualität zu steigern
- zeitliche Einsparung
- Prozessoptimierung
- aus den genannten Aspekten resultierende Kosteneinsparungen (Koch & Deiters 2007)

Die Lokalisierung von Personen gehört zu den häufigsten Anwendungsgebieten im Gesundheitswesen. Die RFID-Systeme werden zur Patientenlokalisierung insbesondere bei desorientierten und wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten eingesetzt, wie es häufig bei den Krankheitsbildern der Demenz oder auch bei psychischen Erkrankungen der Fall ist. Darüber hinaus gibt es auch Überwachungssysteme, die auf Säuglingsstationen Babys vor Entführung oder Verwechslung schützen sollen (Koch & Deiters 2007). Insbesondere bei dieser Patienten Klientel muss bei der Anwendung der Technik essenziell darauf geachtet werden, Bauformen zu wählen, die von den Patienten nicht eigenständig entfernt oder vergessen werden können, beispielsweise bei Kleidungsstücken mit integriertem RFID-Chip. Darüber hinaus sollten die Transponder unempfindlich gegenüber Verschmutzung oder mechanischer Einwirkung (Sabotageschutz) sein und aus einem antiallergischen Material bestehen (Kern 2006). Um die Sicherheit dieser Patienten Klientel zu gewährleisten, können mithilfe der RFID-Technologie Stationstüren so eingestellt werden, dass desorientierte Patienten die Station nicht eigenständig verlassen und sich verlaufen können (Wolff & Schätzel 2010).

Bezugnehmend auf die Anwendung im Personalbereich sind weitere Einsatzmöglichkeiten der RFID-Systeme



Foto: Siemens AG

Mit RFID-Chips ausgestattete Armbänder ermöglichen den schnellen Zugriff auf Patientendaten (etwa Vitalwerte, Medikation), erleichtern die Dokumentation oder stellen sicher, dass ein Patient die richtigen Medikamente bekommt.

denkbar. In diesem Bereich dienen die RFID-Systeme oftmals der Zugangs- und Arbeitszeitkontrolle. Beispielsweise ist der Zutritt zu bestimmten Räumen, Daten und Geräten innerhalb einer Klinik nur für Personal mit autorisiertem RFID-Chip möglich (Deiters et al. 2006). Darüber hinaus können die Transponder auch für Identifikationsvorgänge in Bezug auf das Personal verwendet werden. Insbesondere für die Mitarbeiter kommen neben den RFID-Armbändern und -uhren auch Karten mit integriertem RFID-Transponder infrage. Die Karte kann mittels Clip an der Kleidung befestigt werden, was eine stetige Verfügbarkeit sicherstellt. Als Vorteil der Karte ist der hygienische Aspekt zu sehen, da es am Handgelenk eher zu Kontaminationen oder Kontakt mit Desinfektionsmitteln kommen kann (Kern 2006).

Nutzenpotenziale und Schwachstellen

Der Gesundheitssektor befindet sich aus Gründen wie der demografischen Entwicklung, der Kosten- und Beitragsentwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt in einem stetigen Strukturwandel. Infolge

dieser Veränderung kommen auf die Gesundheitsakteure, insbesondere auch auf das Pflegepersonal, enorme Anforderungen zu. Diesen muss neben der Steigerung der Patientensicherheit, mit einer Anpassung der Organisationsstrukturen (wie optimierte Arbeitsabläufe, Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung) begegnet werden. Als möglicher Ansatzpunkt dafür könnte laut Deiters et al. (2006) die Implementierung eines RFID-Systems in Betracht gezogen werden (ebd., S. 2). Dabei ist zu klären, inwieweit RFID-Systeme unterstützend wirken können, um den wachsenden Anforderungen in der Pflege gerecht zu werden bzw. an welchen Stellen eventuell Nachteile oder Risiken zu sehen sind.

Insgesamt ist in dem Kontext der Technologiebewertung die Bedeutung der RFID-Technik für den Personaleinsatz kontrovers zu betrachten. Auf der einen Seite wird von vielen Pflegekräften in entsprechenden Systemen ein Rationalisierungspotenzial und somit eine Bedrohung für ihren Arbeitsplatz gesehen. Auf der anderen Seite wird künftig immer weniger Fachpersonal zur Verfügung stehen, wie Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes

zeigen. Diese prognostizieren einen Mangel an circa 152.000 Pflegekräften im Jahr 2025, um den erwarteten Anstieg des Versorgungsbedarfes decken zu können. Zudem sagen die Modellrechnungen aus, dass zusätzlich das Angebot examinierter Vollzeitkräfte abnimmt, wodurch der Fachkräftemangel weiter ansteigen würde (Destatis 2012, S. 25). Aus dieser Betrachtungsweise könnte der RFID-Einsatz eher als Unterstützungsmöglichkeit und als Chance für bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege gesehen werden, die kontinuierlich von Pflegekräften eingefordert werden. Dadurch bleibt mehr Zeit für die direkte Pflege am Patienten, um somit eine bessere Patientenversorgung zu gewährleisten. Laut einer qualitativen Studie zu „Nutzenpotenzialen ambienter Technologien in Krankenhäusern“ sollte jedoch als Grundvoraussetzung die Einführung von RFID-Systemen am Patienten im Gleichgewicht zu der persönlichen Beziehung zwischen Personal und Patient stehen. Dadurch fühlt sich der Patient als Individuum mit seinen Symptomen und Bedürfnissen angenommen. Beispielsweise sollte der Zugewinn an Personalressourcen durch den Einsatz

der unterstützenden Systeme für umfassende Gespräche genutzt werden, um die Akzeptanz für die Systeme zu steigern und die Beziehung zwischen Patient und Personal zu fördern bzw. zu verbessern (Bick et al. 2008, S. 61–62).

Noch mehr Konfliktpotenzial ...

Bezugnehmend auf den Einsatz der RFID-Systeme im Personalbereich, stellen sich allerdings noch weitere Konfliktpotenziale heraus. Akzeptanzprobleme entstehen insbesondere dann, wenn durch den Einsatz der Sensoren das Personal lokalisiert und somit überwacht werden kann. Laut Bick et al. (2008) wird deutlich, dass die zuvor benannten Einsatzszenarien überwiegend zur Ablehnung beim Personal führen. Die Ablehnung resultiert aus der Sorge vor einem widrigen Eingriff in die Privatsphäre, speziell im Rahmen der Pause des Personals. Es befürchtet Kontrollen durch den Vorgesetzten, beispielsweise in Bezug auf das allgemeine Pausenverhalten des Personals. Darüber hinaus wurden Bedenken vor einer Zweitverwertung des Datenmaterials festgestellt. Personenbezogene Daten könnten demnach zur Leistungskontrolle genutzt werden. Des Weiteren wird befürchtet, dass das Personal auch nach Dienstschluss angefordert wird, da es offensichtlich ist, ob sich das Personal noch auf dem Klinikgelände befindet. Dies würde unter anderem aufgrund der Sorge vor zusätzlichen Überstunden ablehnend beurteilt (Bick et al. 2008, S. 58–60).

Die Verwendung der RFID-Technologie zur Verhaltens- und Leistungskontrolle, zum Beispiel bei der Speicherung des letzten Zugangs der Mitarbeiter, sollte insgesamt kritisch betrachtet werden. Hinsichtlich dieser Schwachstellen der RFID-Technologie ist es empfehlenswert, den Betriebs-/Personalrat (BetrVG bzw. PersVG) in die Umsetzung der Systeme einzubeziehen, um die Grundsätze des Datenschutzes im Arbeitsrecht zu berücksichtigen. Dieser Grundsatz dient als Schutz vor unerlaubter Überwachung und Kontrolle des Personals durch den Arbeitgeber.

Auch in der Öffentlichkeit und im privaten Bereich wird über das Handling mit personenbezogenen Daten durch die RFID-Technologie debattiert. Die Besorgnisse beziehen sich auf das

Zusammenfassung

Die Weiterentwicklung der Technik im Gesundheitssektor ist im 21. Jahrhundert nicht mehr wegzudenken. Dabei muss neben den Nutzenpotenzialen der RFID-Technologie im Gesundheitswesen – wie der verbesserten Patientensicherheit, dem Zugewinn an Autonomie und Lebensqualität oder einer Effizienzsteigerung der Arbeitsabläufe – auch auf datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen geachtet werden, um eine flächendeckende Etablierung der Technik zu ermöglichen. Um die Akzeptanz bei der Einführung der RFID-Technologie zu steigern, sollten das Personal, die Patienten und ihre Angehörigen in den Behandlungsprozess unter Anwendung der RFID-Technik einbezogen werden.

Schlüsselwörter: *RFID-Technologie, Datenschutz, Technik*

gesetzwidrige Auslesen von RFID-Chips und auf den Missbrauch sowie die Manipulation von Daten (Mucha et al. 2008), weshalb die Systeme oftmals negativ bewertet werden. Insbesondere im Gesundheitswesen, also bei der Arbeit mit außerordentlich sensiblen Daten, muss auf datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) geachtet werden (BDSG, §§ 3, 3a, 4, 4a, 6c, 9, 28). Für einen sicheren Umgang mit der RFID-Technologie empfiehlt es sich, frühzeitig Schutzmaßnahmen gegen die Verletzung dieser Rechte zu ergreifen. Zusätzlich sollten bei dem Einsatz der Technik die Persönlichkeitsrechte Berücksichtigung finden.

Die zuvor benannten Anwendungsbereiche der RFID-Technologie, bieten neben den Besorgnissen jedoch auch einige Unterstützungsmöglichkeiten für das Personal in ihren Arbeitsabläufen. Beispielsweise werden durch die eindeutige Zuordnung der Patientenakten mittels RFID-Technik Patientenverwechslungen während der Behandlungsprozesse vermieden. Dadurch können die Sicherheit des Patienten gewährleistet und gesundheitsschädigende Konsequenzen durch eine Fehlbehandlung vermieden werden. Darüber hinaus können durch den Einsatz der RFID-Technologie in Bezug auf die Prozesssteuerung, eine effizientere Nutzung vorhandener Kapazitäten im Krankenhaus sichergestellt (Wolff & Schätzel 2010) und Kosten für ineffiziente Prozesse eingespart werden. Neben ökonomischen Vorteilen, die durch die RFID-Technologie angestrebt werden, kann die Lokalisation mittels RFID-Chips eine Möglichkeit

zum Eigen- und Fremdschutz der Patienten repräsentieren. Dadurch sollen mit erster Priorität die Sicherheit, das Wohlergehen und die Autonomie des Patienten gewährleistet und gefördert werden (Hilty et al. 2012). Jedoch können im Rahmen der „Überwachung“ von Patienten Wert- und Zielkonflikte entstehen, speziell bezugnehmend auf die Einschätzung zwischen Fürsorge und dem Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung. Im Hinblick auf den Einsatz der RFID-Chips zum Selbst und Fremdschutz, entsteht an dieser Stelle ein ethisches Dilemma. Auf der einen Seite wird das Ziel verfolgt, den Patienten durch die technischen Chancen etwas „Gutes“ zu tun, indem ihnen mehr Freiraum ermöglicht wird. Auf der anderen Seite geschieht dies teilweise gegen den Willen der Patienten. Wenn der Fokus dabei auf die Sicherheit und somit auf die Fürsorgepflicht gegenüber dem Patienten gelegt wird, resultiert daraus möglicherweise ein Paternalismus. Wird dagegen der Fokus auf die Autonomie des Patienten gesetzt, kann daraus eine gewisse Gleichgültigkeit hervorgehen. An diesem Punkt gilt es, eine lösungsorientierte Balance zu finden. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass der Einsatz der Technologie zu einem Zugewinn an Freiheit und Lebensqualität für die Patienten führen kann. Dies erfolgt durch die Anwendung entsprechender Systeme als Alternative zu weitergehenden Freiheitsbegrenzungen, wie beispielsweise einer Fixierung oder der Verabreichung von Medikamenten (Hilty et al. 2012). Insbesondere für wahrnehmungsbeeinträchtigte und desorientierte Menschen ist die Teilhabe am sozialen Leben auf der Station wichtig, um so der

Gefahr einer sozialen Isolation entgegenzuwirken. Verschiedene Publikationen weisen darauf hin, dass die Patienten durch einen hinzugewonnenen Freiraum weniger Aggressionen entwickeln, da sie sich weniger eingesperrt fühlen. Infolgedessen besteht durch die RFID-Technologie die Möglichkeit, eine humanere Lösung für entsprechende Situationen bereitzustellen und dadurch zur Steigerung der Patientenzufriedenheit und des Wohlbefindens beizutragen (Hilty et al. 2012).

Unter Berücksichtigung der einzelnen Interessengruppen (Patient, Angehörige, Personal) ist es wichtig, die individuelle Perspektive der Betroffenen und die kritische Einschätzung zu diesem Thema widerzuspiegeln. Im Hinblick auf den Einsatz der Technik am Patienten sollte weiterführend kritisch hinterfragt werden, ob die RFID-Chips für alle Krankheitsbilder geeignet sind. Es besteht die Gefahr, dass die Patienten große Ängste oder ein hohes Stresspotenzial gegenüber dem Chip entwickeln könnten. Die Patienten sollten sich in keinem Fall durch die RFID-Chips belastet oder bedroht fühlen. Demzufolge ist es empfehlenswert, bei der Anwendung von RFID-Systemen die individuelle Erkrankung und Situation der Patienten richtig einzuschätzen und demnach den Gebrauch der RFID-Chips abzuwägen (Berlinger & Högg 2010). Darüber hinaus kann die Implementierung eines RFID-Systems, wie zuvor beschrieben, aus ethischer Perspektive zu Akzeptanzproblemen und zu einer moralischen Belastung für alle Beteiligten führen.

Nicht selten entwickeln Patienten und Pflegekräfte Ängste vor neuen Techniken, die zu Beginn fremd und missverständlich wirken (Bick et al. 2008). Angehörige äußern, aus Sorge um den Patienten, Bedenken beim Einsatz technischer Systeme und stellen sich häufig die Frage, ob die Patienten umfassend gut versorgt sind. Es fällt den Angehörigen oftmals schwer, die richtigen Absichten, die mit solch einem System verfolgt werden, zu verstehen. An dieser Stelle ist es wichtig, die Patienten und ihre Angehörigen ausreichend über die RFID-Technologie zu informieren und sie in den Behandlungsprozess einzubeziehen, um mögliche Einwände auszuräumen und die Akzeptanz zu steigern. Auch bei der Zielgruppe des Personals wird vorzugs-

weise an alt bewährten Methoden festgehalten. Dies kann zunächst zu einer Ablehnung der Systeme führen. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, speziell auch das Personal bereits zu Beginn an der Planung und Umsetzung der RFID-Systeme zu beteiligen. Aufklärung und Transparenz spielen dabei eine große Rolle. Insbesondere im Kontext der ethischen Aspekte, könnte sich der Einsatz von RFID-Systemen in der Praxis eher als Hindernis für die weitläufige Verbreitung erweisen. Die verschiedenen Aspekte zu diesem Thema verdeutlichen, dass die Anwendung von RFID-Chips in der Pflege ethisch begleitet werden sollte, beispielsweise durch ein Ethik-Komitee.

Insgesamt betrachtet entsteht bei der Beurteilung der RFID-Technologie ein Spannungsfeld zwischen Patienten- und Personalsicherheit, Effizienz und Prozessoptimierung auf der einen Seite sowie einer Datenschutz-, Kontroll- und Privatsphäre-Problematik auf der anderen Seite.

Potenziale in der Zukunft

Bezugnehmend auf die zukünftige Entwicklung, hat sich die RFID-Technologie trotz zunehmender Ausdehnung der Anwendungsgebiete in Kliniken noch nicht flächendeckend durchgesetzt. Somit steht das Anwendungs- und Nutzenpotenzial von RFID-Systemen im deutschen Gesundheitswesen noch am Anfang und ist bei weitem nicht ausgeschöpft. Eine fehlende Standardisierung der RFID-Technologie im Gesundheitssektor hemmt den Fortschritt der Technologie. Aus den Diskussionspunkten, die sich aus der Recherche ergeben haben, könnte man die Annahme ziehen, dass in Zeiten eines erhöhten Versorgungsbedarfes das Personal durch effizientere Ressourcennutzung entlastet werden kann. Es bestehen zudem vielschichtige Möglichkeiten, die erkennen lassen, dass sowohl die Qualität als auch die Effizienz der Arbeitsabläufe mit der Unterstützung der RFID-Systeme gesteigert werden könnte. Inwieweit dabei jedoch auch spezifische Anforderungen, wie das Wohlbefinden von Personal und Patient, verbessert werden können, bleibt durch die beschriebenen Risiken und insbesondere durch die Sorge vor der „totalen Überwachung“ umstritten. Es erscheint sinnvoll, den Einsatz der

RFID-Technologie für jede Klinik, für das Personal und für jeden einzelnen Patienten unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses individuell zu planen und anzupassen. Dabei sollten die einzelnen Akteure, wie zum Beispiel Patienten, Angehörige, Personal, Klinikleitung, Betriebs-/Personalrat mit einbezogen werden. Probleme wie Privatsphäre- und Datenschutzverletzung, Ausfall der Technik, Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen sowie Personalrationalisierung lassen Kritiker bislang vom Gebrauch der RFID-Technik zurückschrecken. Dementsprechend sollten in Zukunft mehr Studien und Pilotprojekte in den Kliniken starten, um letztendlich durch mehr Praxiserfahrungen messbare Ergebnisse zu erzielen und beurteilen zu können, ob sich der RFID-Einsatz unter Berücksichtigung aller genannten Aspekte als empfehlenswert erweist. Um eine entsprechende Akzeptanz für die Technologie auf der Makroebene zu erreichen, bedarf es einer Aufklärung der Gesellschaft, der Anwender und der Betroffenen, beispielsweise im Rahmen einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit. <<

Literatur

Die Literatur zu diesem Beitrag finden Interessierte auf unserer Homepage www.kohlhammer-pflege.de unter „Aktuelle Ausgabe“.

Autorenkontakt:

Kathrin Sundermann ist seit 2000 als Krankenschwester tätig. Sie hat einen Bachelor in Pflege- und Gesundheitsmanagement (Fachhochschule Münster) und macht derzeit ihren Master of Public Health an der Universität Bielefeld.
Kontakt: Kathrin_sundermann@web.de

Vorzüge der Tablet-PC-Nutzung bei Demenzpatienten

Smartphones und Tablets sind aus dem Leben vieler Menschen nicht mehr wegzudenken. Kein Wunder, dass sie schon seit längerer Zeit auch Einzug in die Pflege halten. Im Rahmen einer Pilotstudie wurden nun Tablet-PCs auf ihre Tauglichkeit für an Demenz Erkrankte geprüft. Es zeigte sich, dass die Aktivierung mit diesen unter anderem Kommunikation und Interaktion förderten sowie neuropsychiatrische Symptome reduzierten.

Die Versorgung und die Alltagsgestaltung von an Demenz erkrankten Pflegeheimbewohnern stellt täglich aufs Neue eine Herausforderung für die Pflegen-

schlusskriterien waren die Akzeptanz des Tablet-PCs, die Einwilligung der Angehörigen sowie ein Mini-Mental-Status-Punktwert von < 24. Über einen

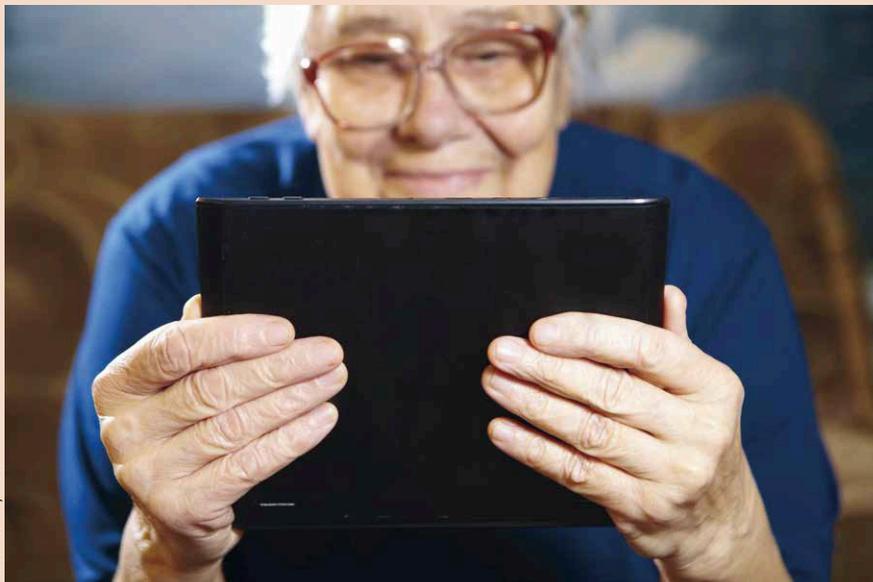


Foto: Petrik/Fotolia

den dar. Gleichzeitig wird immer wieder diskutiert und untersucht, ob und wie moderne Technik die Situation der Betroffenen positiv unterstützen kann. Bisher wurden Computer in der Demenztherapie für kognitive Trainings, Erinnerungsarbeit oder zur Tagesstrukturierung verwendet. Ebenfalls belegt ist der Nutzen von digitalen Kommunikationsmöglichkeiten zur Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten. Es werden positive Effekte in Bezug auf alltagspraktische und geistige Fähigkeiten oder auch eine Abnahme von Angst, Depression und Nervosität beschrieben.

In einer Pilotstudie in einem Berliner Pflegeheim wurden die Praktikabilität und denkbare Anwendungsmöglichkeiten von Tablet-PCs an 14 an Demenz erkrankten Bewohnern, die in einem Sonderpflegebereich des Pflegeheims betreut wurden, untersucht. Ein-

Zeitraum von drei Monaten wurden die Teilnehmer dreimal pro Woche einzeln oder in Gruppen für 30 Minuten mit den Tablet-PCs aktiviert. Eine gerontologische Pflegekraft begleitete sie dabei.

Die Teilnehmer wurden mithilfe von speziell entwickelten strukturierten Protokollen beobachtet. Aus Mangel an demenzspezifischen Apps kamen Ratespiele, interaktive Märchen- und

Tierapps zum Einsatz, außerdem konnten die Teilnehmer Musik hören, Filme und Fotos ansehen oder mit Angehörigen skypen bzw. E-Mails versenden und lesen.

Die Wissenschaftler nutzten quantitative und qualitative Methoden. Sie werteten 179 Beobachtungsprotokolle über die Einzelaktivierungen und 53 Beobachtungsprotokolle über die Gruppenaktivierungen aus. Außerdem befragten sie die Pflegekräfte.

Die Wissenschaftler beobachteten diverse therapeutische Effekte bzw. Möglichkeiten, darunter eine Förderung der Kommunikation und Interaktion, eine positive Gruppendynamik, ein Training kognitiver Fertigkeiten und das Freilegen der kognitiven Reserve, die Möglichkeit einer sozial differenzierten und ressourcenorientierten Arbeit, Motivations-, Strategie- und Biographiearbeit, Abbau und Reduktion neuropsychiatrischer Symptome und die Kontaktpflege zu Angehörigen.

Die praktikablen Vorteile der Tablet-PCs waren die leichte Bedienbarkeit und die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten. Beeindruckend war auch die hohe Akzeptanz der Geräte durch die an Demenz erkrankten Bewohner.

Quelle: Nordheim J., Hamm S., Kuhlmeier A., Suhr R. (2015) Tablet-PC und ihr Nutzen für demenzerkrankte Heimbewohner. Ergebnisse einer qualitativen Pilotstudie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48, S. 543–549.

Autorenkontakt:

Referiert und kommentiert von **PD Dr. Antje Tannen**, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Kontakt: antje.tannen@charite.de

Kommentar



Sicher ist die Übertragbarkeit der Studienergebnisse begrenzt, dennoch liefert diese explorative Pilotstudie wertvolle und interessante Hinweise und positive Implikationen für neue und innovative Aktivierungsangebote für Menschen mit Demenz. Diese sind weiterhin dringend nötig, da die nicht heilbare Erkrankung sehr vielseitige Verläufe nehmen kann und individuelle Ansätze benötigt werden. Der Einsatz von (digitaler) Technik durchzieht alle Bereiche der Gesellschaft wird sicher auch im Gesundheitswesen weiter zunehmen und immer „normaler“ werden. Umso wichtiger ist es, frühzeitig und unter Beachtung gültiger Forschungskriterien mögliche Anwendungspotenziale zu erkunden und gesundheitsrelevante Effekte zu beobachten.

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



Wissen, worauf es ankommt!

Qualität und Kompetenz – seit 69 Jahren bündelt die Pflegezeitschrift Monat für Monat aktuelles Wissen aus Praxis und Wissenschaft für den Pflegeberuf. Bleiben auch Sie informiert mit einem Abonnement der Pflegezeitschrift.

Ein Abonnement der Pflegezeitschrift bietet:

- Fachartikel rund um die akademische Pflege, Pflegepraxis, Pflegepädagogik und Pflegemanagement
- wissenschaftliche Beiträge, geprüft von einem Editorial Board im Peer-Review-Verfahren
- Beiträge zu Rechtsfragen
- Praktische Tipps für Studierende
- Berichte zu aktuellen Entwicklungen der Berufs- und Gesundheitspolitik



Abonnieren Sie jetzt und wählen Sie eine von vier attraktiven Prämien aus:

- A** Fachbuch „Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert“
- B** Fachbuch „Aggression in der Pflege“
- C** Damen-Reise-Set
- D** Multifunktions-Taschenlampe



Bestellschein

Bestellen Sie direkt beim Verlag:

Telefon: (0711) 7863 - 7277

Fax: (0711) 7863 - 8430

E-Mail: vertrieb@kohlhammer.de

Oder über Ihren Buchhändler:

- Jahresabo Pflegezeitschrift
- 58,70 € zzgl. 8,40 € Versandkosten
- 31,90 € zzgl. 8,40 € Versandkosten
für Schüler und Studenten
(Nachweis erforderlich)

Das Abonnement ist mit einer Frist von sechs Wochen zum Jahresende kündbar.

- Ich wähle folgendes Abogeschenk:
- A** Buch „Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert“
- B** Buch „Aggression in der Pflege“
- C** Damen-Reise-Set
- D** Multifunktions-Taschenlampe

- Probeabo Pflegezeitschrift

19 € inkl. Versandkosten
Dieses Abonnement umfasst 3 Ausgaben zum Sonderpreis und ist bis spätestens 14 Tage nach Erhalt des dritten Probeheftes kündbar.
Als Abogeschenk erhalten Sie eine Tasse.

Alle genannten Preise gelten für den Jahrgang 2016.

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Datum _____ Unterschrift _____

› Integration von ausländischen Pflegekräften im Akutkrankenhaus

Dem Unternehmen ein Gesicht geben

ISABELLE METZ

Um die Versorgung auf dem Gesundheitssektor angesichts des sich verschärfenden Fachkräftemangels auch über das Jahr 2020 hinaus in Deutschland aufrecht zu erhalten, sind eine prospektive, strukturierte Personalplanung und Modellprojekte erforderlich. Isabelle Metz vom Universitätsklinikum Frankfurt stellt daher im folgenden Artikel das Drei-Säulen-System des Universitätsklinikums vor. Es dient dazu, ausländische Pflegekräfte in Akutkrankenhäusern zu integrieren. Die Ergebnisse sind vielversprechend.

Studien prognostizieren, dass im Jahr 2030 ein enormer Fachkräftemangel in der Pflege herrschen wird. Zwischen 2020 und 2030 kommt es zu einem dramatischen Anstieg des Personal mangels im Pflegesektor – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich –, das zeigen die Ergebnisse deutlich (PWC 2010).

Aktuell zeigt sich in den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit (BA) kein flächendeckender Fachkräftemangel, allerdings sind in einzelnen Berufsgruppen und Regionen Mangelsituationen bzw. Engpässe erkennbar. In einigen Berufsgruppen zeichnet sich nach Analyse der BA derzeit jedoch ein Fachkräftemangel ab. Zu diesen Berufsgruppen gehören auch die examinier ten Gesundheits- und Krankenpfleger (BA 2014).

Eine Studie von Pricewaterhouse- Coopers (PWC) hat ergeben, dass der Mangel an Pflegekräften bis zum Jahr 2030 (Abbildung 1) deutlich auf circa 40.000 Stellen ansteigen wird. Damit die gewohnt gute Versorgung auf dem Gesundheitssektor auch über das Jahr 2020 hinaus in Deutschland aufrecht erhalten werden kann, sind eine prospektive, strukturierte Personalplanung und Modellprojekte erforderlich.

Hierfür sind neue Denkansätze notwendig, alte Strukturen sind infrage zu stellen. Nicht nur die Politik und die Wirtschaft, sondern auch die Akteure des Arbeitsmarktes (Krankenhäuser,

Kliniken, Einrichtungen etc.) sind gefordert und müssen nachhaltige Konzepte entwickeln.

Sinnvoll gegensteuern

Auch am Universitätsklinikum Frankfurt hat sich das Pflegemanagement Gedanken zum Thema „Fachkräftemangel“ gemacht. Bei einer konstant hohen Personalfluktuat ion wurde überlegt, mit welchem Konzept sinnvoll gegengesteuert werden kann.

Aus diesem Grund entschied der Vorstand des Universitätsklinikums Frankfurt im Jahr 2011, sich des Themas „Fachkräfteakquise aus dem Ausland“ anzunehmen. Mit der Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte hoffte man,

dem drohenden Engpass entgegenzuwirken.

Die Erwerbslosenstatistik der EU vom Februar 2015 (Abbildung 2) zeigt deutlich, dass es sich wiederum für junge, hervorragend ausgebildete Menschen lohnt, in einem Land wie Deutschland nach beruflicher Orientierung zu suchen.

Kulturelle Unterschiede

Die kulturellen Unterschiede zwischen Deutschland und den südlichen EU-Nachbarländern sind deutlich zu spüren. Und obwohl die Jugendlichen sich offen zeigen und auch bereit sind, ihr Land zu verlassen, um einer Arbeit nachzugehen, so hängt doch ihr Herz an der Familie und dem sozialen Zusammenhalt.

So kommt es, dass häufig Eltern, Geschwister oder auch Großeltern die Bewerberinnen und Bewerber zu den Vorstellungsgesprächen begleiten. Alle Eventualitäten und Bedenken werden in die Gespräche mit eingebracht. Und je nach Rückmeldung der Familie, fällt die Entscheidung für oder gegen den Auslandsaufenthalt aus.

In der Versorgung im Krankheitsfall zeigt sich dieser familiäre Zusammenhalt ebenfalls ganz deutlich. Die Be-

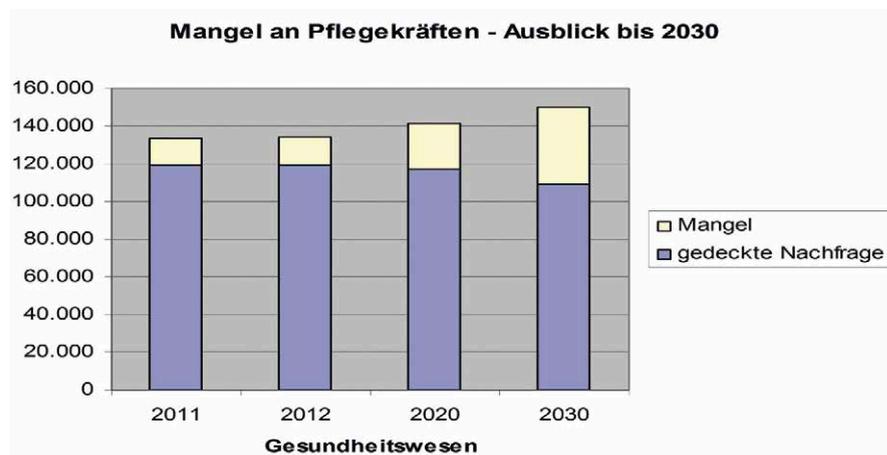


Abbildung 1: Mangel an Pflegekräften – Ausblick bis 2030.



2012 nahmen die ersten Teilnehmer aus Portugal ihre Arbeit als Krankenpflegekräfte in der Uniklinik auf. Sie fanden ihren Platz in der Intensivmedizin. Die hier abgebildete zweite Gruppe wurde ebenfalls komplett in der Uniklinik eingestellt, teilweise auf der Intensivstation, teilweise auf den peripheren Stationen aller Fachrichtungen.

betreuung wird in der Regel von der Familie übernommen. Leistungen, die in Deutschland staatlich sind, gibt es zum Beispiel in Spanien oder Portugal nicht in diesem Umfang. Dort ist das größte Sozialnetz die Familie. Das beinhaltet auch die Betreuung von Angehörigen im Krankenhaus.

Noch deutlicher zeigt sich das an Mitarbeitern aus den Drittstaaten. Hier ist ein noch engerer Verbund innerhalb der Familie erkennbar. Alte Menschen sind auf die finanzielle Unterstützung der jungen angewiesen. So ist es beispielsweise auf den Philippinen ganz normal, dass Pflegekräfte nach Beendigung ihres

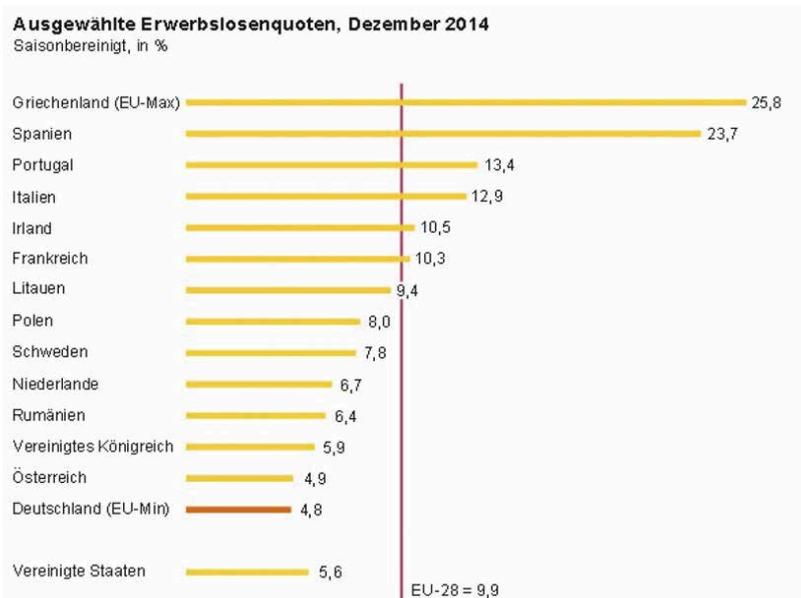
Studiums ins Ausland gehen, um von dort die Familie zu Hause finanziell zu unterstützen.

Fachliche Unterschiede

Ein weiterer Unterschied zwischen den „Pflegekulturen“ liegt in der fachlichen Versorgung von Patienten. Viele patientenbezogene Tätigkeiten, die international von Pflegenden übernommen werden, gehören in Deutschland zum ärztlichen Aufgabenfeld. So entscheiden Ärzte zum Beispiel in Spanien und Portugal über die Diagnose, das Pflegepersonal entscheidet über die Behandlung und führt diese auch aus.

Die patientennahen, pflegerischen Tätigkeiten wie Körperpflege und Ernährung sind in den südlichen Ländern eher weniger Teil der Versorgung durch examiniertes Pflegepersonal. Diese Aufgaben werden zum Teil von Angehörigen übernommen. So ist es nicht unüblich, dass die Angehörigen die Mahlzeiten von zu Hause mitbringen.

Diese Unterschiede in den Aufgabenfeldern führen bei den neu angeworbenen Pflegenden immer wieder zum Unverständnis bezüglich des deutschen Pflegesystems. Im Rahmen



Werte für Griechenland und Vereinigtes Königreich, Oktober 2014. (Quelle: EU-Arbeitskräfteerhebung, Eurostat, © Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015)

des Curriculums ist der Prozess der Anerkennung allerdings lediglich ein formaler Akt. Die theoretischen sowie die praktischen Stunden der europäischen Studiencurricula entsprechen dem des deutschen Curriculums. Somit kann das Bachelor-Studium in Deutschland entsprechend der Ausbildung zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn ohne Probleme anerkannt werden. Allerdings „nur“ als Ausbildung, nicht als abgeschlossenes Bachelorstudium.

Viele der neuen Kollegen können gar nicht verstehen, warum es in Deutschland an Pflegekräften mangelt. Für sie hat der Beruf ein hohes Ansehen. So kann man zum Beispiel in Spanien nur mit bestimmten Abiturnoten Pflege studieren. Dieser Studiengang hat sowohl in Spanien als auch in Portugal ein ähnlich hohes Ansehen wie die Medizin.

Akquiseverfahren – das Drei-Säulen-Prinzip

Die Akquise von ausländischem Pflegepersonal wird in unserem Haus nach einem Verfahren bearbeitet, das wir als Drei-Säulen-Prinzip beschreiben (Akquise, Qualifikation, Integration).

Säule 1: Akquise

Die 1. Säule umfasst den gesamten Ablauf der Akquise. Von den verschiedensten Anwerbestrategien (Besuch von Hochschulen, Inserate in Zeitungen vor Ort sowie Aushänge in Sprachinstituten) bis zur Vertragsunterzeichnung wird dieser Bereich von einer Person betreut.

Ein wichtiger Aspekt der Akquise ist der persönliche Kontakt und das Networking in diesem Bereich. „Dem Unternehmen ein Gesicht geben“, das sollte das Ziel des Akquiseprozesses sein. Im Falle der Direktakquise ist dies einfacher als bei einem Verfahren über Personalvermittlungsagenturen. Die Skepsis der Teilnehmer ist größer, wenn ein „Dritter“ dazwischengeschaltet ist.

Hier ein Beispiel aus dem Akquise-Prozess: Nach einer Fachmesse in Portugal im Juni wurden im September 2011 die ausgewählten Bewerber zu Bewerbungsgesprächen eingeladen.

Nach der Auswahl nahmen diese in den portugiesischen Städten Porto und Lissabon an einem sechsmonatigen Intensivdeutschkurs teil. Dieser startete im November 2011. In enger Zusam-

Zusammenfassung

Die Erfahrungen des Universitätsklinikums Frankfurt zeigen, dass die Integration ausländischer Pflegekräfte sehr gut gelingen kann, wenn sie gut vorbereitet wird. Dazu hat das Uniklinikum ein Drei-Säulen-System entwickelt, das Akquise, sprachliche Qualifikation/fachliche Integration sowie die soziale Integration umfasst. Es ist darüber hinaus ratsam zu beachten, dass die fachlichen und strukturellen Kenntnisse aus dem Herkunftsland mit den Anerkennungsverfahren beim zuständigen Regierungspräsidium im Vorfeld geklärt werden. Dies gilt auch für die gesetzlichen Rahmenbedingungen bei Kandidaten aus Nicht-EU-Ländern. Eine entscheidende Voraussetzung ist des Weiteren auch die Willkommenskultur des Unternehmens.

Schlüsselwörter: *Zuwanderung, ausländische Pflegekräfte, Fachkräftemangel*

menarbeit mit den Goethe-Instituten gelang es, einen einzig für die Frankfurter Krankenhäuser konzipierten und an den Bedürfnissen der Teilnehmer sowie der Kliniken orientierten Kurs anzubieten.

Der Ablauf wurde im Vorfeld vertraglich geregelt, sodass die Teilnahme am Sprachkurs, die Kosten sowie der Arbeitsvertrag in Deutschland transparent waren.

Um die Teilnehmer explizit auf den Einsatz in unserem Haus vorzubereiten, wurden Arbeitsmaterialien aus der Praxis bereits im theoretischen Unterricht integriert. Dieser erste Kurs endete im Mai 2012 und im Juni 2012 nahmen die ersten Teilnehmer aus Portugal in der Uniklinik ihre Arbeit als Krankenpflegekräfte auf. Im Bereich der Intensivmedizin fanden sie ihren Platz, das entsprach auch dem Wunsch der ersten acht portugiesischen Pflegenden.

Direkt im Anschluss startete 2012 eine zweite Runde in Portugal. Seit 2011 haben bereits 110 Mitarbeiter aus dem europäischen Ausland sowie aus Drittstaaten im Universitätsklinikum ihre Arbeit aufgenommen.

Säule 2: Qualifikation und Integration

Die 2. Säule umfasst die sprachliche Qualifikation und die fachliche Integration. Die sprachliche Qualifikation ist der wichtigste Teil der fachlichen Integration. Im Konzept des Universitätsklinikums erfolgt die erste Sprachqualifikation im Heimatland. So wird gewährleistet, dass alle ausländischen Pflegekräfte bei der Einreise und bei Beschäftigungsbeginn mindestens über Sprachkompetenzen auf Level B1 nach dem europäischen Re-

ferenzrahmen verfügen (siehe Tabelle 1. Interessierte finden Tabelle 1 auf unserer Homepage www.kohlhammer-pflege.de unter „Aktuelle Ausgabe“).

Innerhalb der ersten sechs bis neun Monate werden die neuen Kollegen im Sprachunterricht qualifiziert. Die Anforderungen des zuständigen Regierungspräsidiums zur Anerkennung des Berufes in Deutschland liegen bei Sprachniveau B2 oder bei Telc®-zertifizierten Kursen mindestens bei Level „B1+ Pflege“. Der zweite genannte Kurs beinhaltet Themen wie „spezifische Pflegedokumentation“, „nationale Expertenstandards“, „Hygienerichtlinien“ etc. Bei Sprachkursen, die keine Berufsfachsprache vermitteln, wird anschließend ein Zusatzkurs für medizinische Fachsprache im Umfang von 16 Stunden angeboten.

Ein weiterer Baustein ist die fachliche Qualifizierung. Diese beinhaltet zunächst die Einarbeitung auf den Stationen vor Ort durch ausgebildete Praxisanleiter. Hinzu kommen Themen wie zum Beispiel „das deutsche Gesundheitssystem“, „das Aufgabenfeld der Pflege in deutschen Krankenhäusern“ sowie „Besonderheiten des Universitätsklinikums“. Nationale Pflegestandards, das Qualitätsmanagement des Hauses und in besonderem Maße Hygienevorschriften werden bei der fachlichen Integration groß geschrieben.

Säule 3: Soziale Integration

Die 3. Säule beinhaltet die soziale Integration. Dies ist einer der wichtigsten Aspekte in der Rekrutierung von ausländischen Mitarbeitern. Klar ist, dass die Integration nicht nur von der Motivation und dem Willen der Zuwanderer abhängt. Einen ganz wichtigsten

Aspekt stellt die Willkommenskultur des Unternehmens dar.

Beginnen möchte ich hier mit einer Frage, die sich jeder von uns eventuell bereits gestellt hat oder in einem solchen Fall stellen sollte: Welche Art der Unterstützung würde ich mir wünschen, wenn ich den Schritt wagen und ins Ausland gehen wollte? Von der Wohnungssuche bis zur Anmeldung bei der Stadt, vom Finanzamt bis zum Kauf der ersten Hose, jeder Schritt stellt eine neue Herausforderung dar. Es ist falsch, zu glauben, dass, wenn Sprache und Fachlichkeit stimmen, der Rest von ganz alleine läuft. Niemand muss „bemuttert“ oder „bevormundet“ werden. Dennoch ist eine Unterstützung bei den Dingen des alltäglichen Lebens durchaus sinnvoll.

Dabei sollte man sich vor Augen halten, dass man von der Motivation der neuen Kollegen profitieren kann, indem man sie sich zu Nutze macht. Zuhören, welche Ideen oder Erfahrungen die Menschen mit ins Unternehmen bringen, den Stellenwert des Berufsbildes für sich selber neu überdenken. Dies gilt es zu tun.

Im Universitätsklinikum wurde, aus diesem Grund eine Stelle geschaffen, die sich mit den drei Säulen beschäftigt und somit den gesamten Prozess steuert und überwacht. So ist gewährleistet, dass die zukünftigen Mitarbeiter in allen drei Bereichen bzw. Prozessen begleitet werden.

Kosten und Nutzen für das Unternehmen

Es stellt sich, auch in der Öffentlichkeit, die Frage: Warum holt man sich Pflegekräfte aus anderen Ländern? Welchen Vorteil soll das haben? Aus Sicht eines maximalversorgenden Akutkrankenhauses hat die Akquise der neuen Mitarbeiter aus dem Ausland neben der Stellenbesetzung weitere wichtige Aspekte: Es erfolgt eine interkulturelle Öffnung. In einer Stadt wie Frankfurt, in der Menschen aus 170 Nationen leben und circa 25 Prozent der Menschen einen „nicht-deutschen“ Pass haben, kann eine systematische Ausrichtung von Gesundheits- und Pflegeangeboten auf Migranten erfolgen.

Die Betreuung der Patienten kann unter Berücksichtigung kultureller und religiöser Kontexte sowie durch den Abbau von Sprach- und Zugangs-

barrieren qualitativ verbessert werden. Unter- oder Fehlversorgung können vermieden werden.

Daraus kann ein angepasstes Fort- und Weiterbildungsangebot des Personals resultieren. Ausländische Fachkräfte können als „Vermittler zwischen Kulturen“ dienen (Amt für Multikulturelle Angelegenheiten, Stadt Frankfurt).

Resümee

2011 startete das Universitätsklinikum die Fachkräfteakquise zunächst mit einem Kooperationshaus, seit Anfang 2012 wird die Maßnahme ohne die Kooperation mit anderen Häusern durchgeführt.

Der gesamte Prozess ist nicht nur ein „Zur-Verfügung-Stellen eines Arbeitsplatzes“, es ist weitaus mehr. Die jungen, neuen Kollegen, die ihr Land verlassen, um eine Arbeit aufzunehmen, die ihre Familien zurücklassen, obwohl der Familienverbund in den südeuropäischen Ländern doch sehr stark ist, haben ein hohes Maß an Unterstützungsbedarf. Sie sind zwischen 24 und 30 Jahre alt. Es zeugt von viel Mut, diesen Schritt zu wagen. So gesehen sind die Begleiter des Universitätsklinikums nicht nur Vertreter des Arbeitgebers, sondern auch Helfer in der Not, Freunde und Tröster.

Die Eingliederung setzt ein hohes Maß an Engagement der Mentoren und Praxisanleiter voraus. Die neuen Kollegen können nur gut arbeiten, wenn sie sehr gut eingearbeitet werden. Doch gibt es bei der Einarbeitung mehrere Hürden: Einerseits sind das das fachliche Lernen, die Einarbeitung am Patient und das Erwerben der hohen Fachkompetenz, die in einem Universitätsklinikum gefordert wird. Andererseits kommen sprachliche Barrieren wie die Dialekte der Patienten und Kollegen hinzu. Dies wird am Anfang nicht bedacht.

Rückblickend betrachtet gibt es einige Aspekte, die das Universitätsklinikum heute anders machen würde. Die Erfahrung der Akquise mit unterschiedlichen Ländern hat gezeigt, dass die Integration von Pflegekräften aus dem Ausland sehr gut gelingen kann, wenn neben den oben erläuterten Prozedere die fachlichen, strukturellen Kenntnisse aus dem Herkunftsland mit den

Anerkennungsverfahren beim zuständigen Regierungspräsidium im Vorfeld geklärt werden. Dies gilt ferner auch für die gesetzlichen Rahmenbedingungen bei Kandidaten aus Nicht-EU-Ländern. <<

Zusatzinformationen

Tabelle 1 finden Interessierte auf unserer Homepage www.kohlhammer-pflege.de unter „Aktuelle Ausgabe“.



Literatur

Bundesagentur für Arbeit (2014) Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse Dezember 2014. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2014-12.pdf>.

Destatis (2015) *EU-Arbeitskräfteerhebung: Erwerbslosenquote in Deutschland sinkt auf Tiefststand*. <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/BevoelkerungSoziales/Arbeitsmarkt/EUArbeitsmarktKrise.html>.

www.frankfurt.de *Frankfurt für ausländische Bürgerinnen und Bürger*. <http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3745>.

PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (2010) *Fachkräftemangel – Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030*. <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf>.

Autorenkontakt:

Isabelle Metz, Kinderkrankenschwester und Dipl.-Sozialpädagogin, ist Leiterin des Projektes „Personalgewinnung, Fachkräftegewinnung aus dem Ausland“ sowie Assistenz der Pflegedirektion am Universitätsklinikum Frankfurt am Main.
Kontakt: metz.i@gmx.de

› Tausende Schulabgänger machen ein Freiwilliges Soziales Jahr. Dies kann einen Einstieg in den Pflegeberuf darstellen.

Ein wichtiges Instrument zur Nachwuchsgewinnung

UWE BERND SCHIRMER

Freiwilligendienste erfreuen sich in Deutschland nach wie vor großer Beliebtheit. Während einige Teilnehmer nur die Wartezeit bis zur Ausbildung oder dem Studium überbrücken wollen, überprüfen andere ihre Eignung für soziale und pflegerische Berufe. Nahezu alle Kliniken und Pflegeeinrichtungen bieten ein FSJ oder einen BFD in der Pflege an. Sie sehen sie als Einstieg in den Pflegeberuf. In einer Studie hat Uwe Bernd Schirmer untersucht, wie viele FSJ-ler im Anschluss erwägen, eine pflegerische Ausbildung zu machen. Die Ergebnisse stimmen optimistisch.

Jährlich absolvieren tausende junger Menschen einen Freiwilligendienst (Freiwilliges Soziales Jahr/FSJ, Bundesfreiwilligendienst/BFD oder andere Freiwilligendienste) in sozialen Einrichtungen in Deutschland. Im ersten Halbjahr 2014 waren es allein im Freiwilligen Sozialen Jahr im Inland rund 51.000 Personen (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFZA) 2014). Rund 80 Prozent davon kommen direkt von der Schule. Es gibt kaum eine Klinik oder Pflegeeinrichtung, die kein FSJ oder keinen BFD in der Pflege anbietet. Die meisten Interessenten sind junge Schulabgänger, die sich beruflich orientieren oder die Zeit bis zu einer Ausbildung sinnvoll nutzen wollen. Dabei wird der Freiwilligendienst auch als Weg in den Pflegeberuf propagiert.

Bei einer großangelegten Untersuchung aus dem Jahr 2013 durch Sozialforschungsinstitute (Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik GmbH (INBAS), Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG)) im Auftrag des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben mit Beteiligung von 1286 FSJ-lerInnen gaben die Befragten aus Freiwilligendiensten an, dass sie zu 95 Prozent neue Erfahrungen in einem neuen Bereich gesammelt und zu 69 Prozent neue Anregungen für die Berufswahl erhalten haben

(Huth 2013). Ein Freiwilligendienst bietet demnach die Möglichkeit, den Pflegeberuf kennenzulernen sowie die persönliche Eignung und Freude dafür zu prüfen.

In den Pflegeberufen fehlt zunehmend der Nachwuchs und die Prognosen zeigen einen in den nächsten Jahren zunehmenden Fachkräftemangel. Gleichzeitig beklagen die Schulen für Pflegeberufe (Alten- und Krankenpflege) schon jetzt einen Rückgang der Bewerber. Freiwillige in sozialen Ein-

richtungen könnten demnach einen potenziellen Pool für den beruflichen Nachwuchs in sozialen Berufen darstellen.

In unserer Arbeit sind wir der Frage nachgegangen, für welche Berufe sich die Absolventen eines FSJ entscheiden und welche Gründe, nach mehr als elfmonatiger praktischer Erfahrung, für bzw. gegen das Ergreifen eines Pflegeberufes (Pflegeausbildung bzw.-studium) sprechen.

Methodisches Vorgehen

Im Sommer 2014 wurde eine Querschnittstudie in anonymisierter Form mittels einer schriftlichen teilstandardisierten Befragung durchgeführt. Neben soziodemografischen Daten wurden der aktuelle Berufswunsch sowie die Gründe für bzw. gegen die Wahl eines Pflegeberufs erfragt. Es wurden dabei halboffene Fragen gewählt, um persönliche Gründe, Meinungen und Einstellungen zu einer Ausbildung bzw. einem Studi-

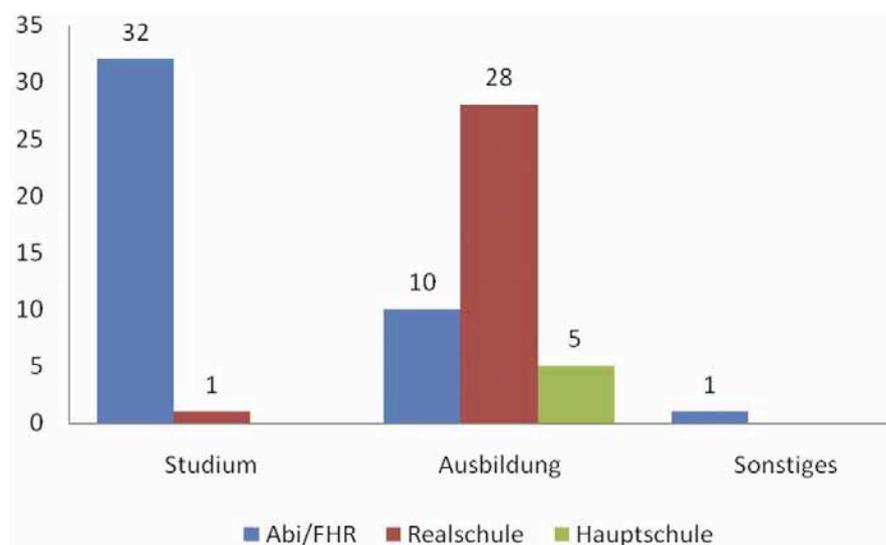


Abbildung 1: Schulabschluss und Bildungswunsch

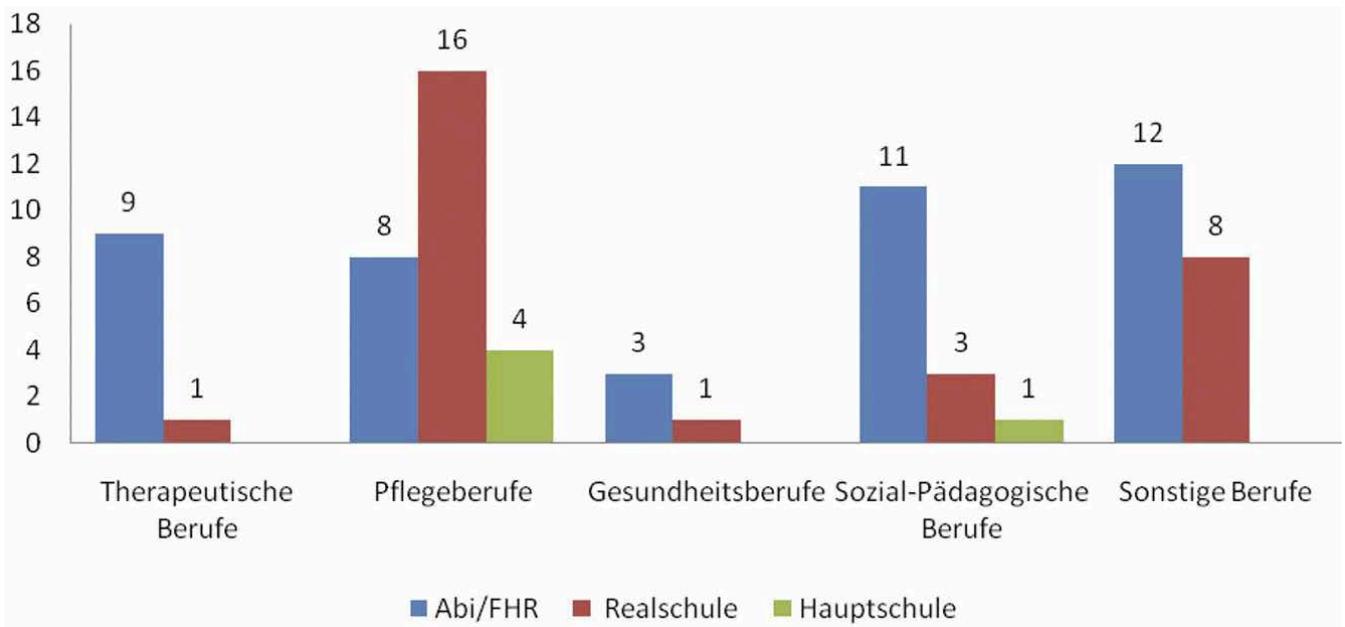


Abbildung 2: Schulabschluss und angestrebter Beruf nach dem FSJ

um in einem Pflegeberuf erheben zu können sowie um die Problemlagen zu identifizieren.

Ergebnisse

Die Befragung wurde in vier Kursen mit insgesamt 77 Teilnehmenden am Abschlusstag des Freiwilligen Sozialen Jahres durchgeführt. Der Rücklauf betrug 100 Prozent. Die Einsatzdauer in den Einsatzstellen betrug im Durchschnitt 11,7 Monate. Es waren 71 der Teilnehmenden am FSJ in der Pflege (Psychiatrie, Heimbereich) eingesetzt, zwei in Werkstätten für Menschen mit Behinderung und vier gaben an, in einer sonstigen sozialen Einrichtung eingesetzt zu sein. Das Durchschnittsalter betrug 18,8 Jahre bei einer Bandbreite von 16 bis 26 Jahren. Von den 77 Teilnehmenden waren 57 weiblich.

Von den 77 Teilnehmenden hatten 43 (56 Prozent) eine Hochschulzugangsberechtigung (Abitur bzw. Fachhochschulreife/FHR). Davon berichteten 32, dass sie ein Studium, und zehn, dass sie eine Ausbildung anstreben, eine Person wusste noch nicht, was sie machen möchte.

Einen Realschulabschluss hatten 29 Teilnehmende (38 Prozent) von diesen berichtete einer, ein Studium anzustreben, und 28, eine Ausbildung machen zu wollen. Fünf Teilnehmende (sechs Prozent) hatten einen Hauptschulab-

schluss und strebten alle eine Ausbildung an (Abbildung 1).

Berufswünsche der Freiwilligen

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage, welche Berufe von den Absolvierenden eines FSJ bevorzugt werden, wurden die Angaben zur besseren Übersichtlichkeit vier verschiedenen „sozialen Berufsgruppen“ und einer Gruppe „sonstige Berufe“ zugeordnet (Abbildung 2). In Klammern sind die Angaben der Teilnehmenden (TN) als Anzahl absolut und in Prozent angegeben:

- Therapeutische Berufe: Medizin, Psychologie (10 TN/13 Prozent)
- Pflegeberufe: Kranken- Altenpflege, Geburtshilfe, Heilerziehungspflege (28 TN/36 Prozent)
- Gesundheitsberufe: Arzthelfer/in, Gesundheitsmanagement, Physiotherapie (4 TN/5 Prozent)
- (Sozial-)Pädagogische Berufe: Lehrer/in, Erzieher/in, Sozialarbeiter/in, Jugend- und Heimerzieher/in (15 TN/20 Prozent)
- Sonstige Berufe: (20 TN/26 Prozent)
- Keine Angabe zum Berufswunsch (1 TN/1 Prozent)

Von den 77 Studienteilnehmenden geben 57 Personen (74 Prozent) an, einen sozialen Beruf anzustreben. Von den elf Teilnehmerinnen mit Hochschulzugangsberechtigung (HZB), die einen sozialen oder pädagogischen Beruf an-

streben, wollen acht Soziale Arbeit studieren.

Motivation für eine Ausbildung in einem Pflegeberuf

Von den Freiwilligen wurden am häufigsten als Argument, das für einen Pflegeberuf spricht, die Möglichkeit, mit Menschen zusammenzuarbeiten und ihnen zu helfen, genannt: „Die Arbeit mit Menschen steht im Vordergrund“, „Menschen zu helfen und sie in schwierigen Situationen zu begleiten“, „man wird gebraucht“. Des Weiteren wurde der Wunsch, einer abwechslungsreichen Arbeit nachzugehen und eine vielversprechende Zukunftsperspektive zu haben, als Motivation für das Ergreifen eines Pflegeberufs angegeben. Diametral dazu werden die erlebte Arbeitsbelastung und die derzeitigen Arbeitsbedingungen beschrieben, die als stärkstes Argument gegen das Ergreifen eines Pflegeberufs angeführt werden: „Belastende Faktoren wie Stress, Arbeitszeiten“, „hohe körperliche Belastung“, „zu wenig Zeit für richtige Pflege“, „zu wenig Lohn für zu viel Arbeit“. Einige der Freiwilligen geben eigene, innere Widerstände, etwa Ekel, als Grund an, diesen Beruf nicht erlernen zu wollen.

Nennungen pro Ausbildung Pflegeberuf

- Mit Menschen arbeiten: Kontakt, Umgang (28)

- Spaß, Freude, Abwechslung: Weil man Spaß hat, Freude, gebraucht wird, ein gutes Gefühl hat, abwechslungsreich, interessante Arbeit (16)
- Menschen helfen, unterstützen (12)
- Zukunftsperspektive: Pflege braucht man immer, wichtiger Beruf, hoher Bedarf, zukunftsorientiert (12)
- Praxisbezogenheit des Berufs (7)
- Alltagsnützlichkeit: Im Alltag, Privatleben nützlich (4)
- Überbrückung, als Wartezeit (4)
- Keine Angaben (15)

Nennungen contra Ausbildung Pflegeberuf

- Arbeitsbelastung, Arbeitsbedingungen: Stress, Druck, Belastung (psychisch und physisch), anstrengende und viel Arbeit; Personalmangel, zu wenig Zeit (33)
- Einkommen zu gering (29)
- Arbeitszeiten, Schichtdienst (22)
- Kein Beruf für mich, Ekel, liegt mir nicht (14)
- Keine Angaben (10)

Motivation für ein Studium in einem Pflegeberuf

Bei den Antworten zu einem Studium in einem Pflegeberuf wurden ausschließlich die Aussagen der 43 Personen ausgewertet, die über eine Hochschulzugangsberechtigung (HZB), also Abitur oder Fachhochschulreife, verfügen. Von den beiden Fragen zur Klärung der Motivation, Pflege zu studieren, wurde die Frage „Was spricht für Sie persönlich für ein Studium in der Pflege?“ von 25 Personen beantwortet, während die Frage, was für sie persönlich dagegen spreche, von 22 Personen beantwortet wurde.

Es ergibt sich aus den Angaben der Teilnehmenden, dass von einem Studium der Pflege erwartet wird, dass es die Karrierechancen und das damit verbundene höhere soziale Ansehen fördert („bessere Karrierechancen“, „Leitungspositionen“), zudem erwarten die Befragten eine höhere Bezahlung („mehr verdienen“). Daneben werden eine intensivere inhaltliche Auseinandersetzung („mehr Theorie“, „mehr Kompetenzen“) und ein breiteres Aufgabenspektrum („viele Möglichkeiten“) durch ein Studium genannt. Als weiterer positiver Aspekt wird die Möglichkeit gesehen, Pflege dual zu studieren („ausbildungsintegrierter Studiengang“), also Ausbildung und Studium kombiniert absolvieren zu können.

Zusammenfassung

Im Jahr 2014 wurden 77 TeilnehmerInnen eines Freiwilligen Sozialen Jahres zu Gründen, die für oder gegen das Ergreifen eines sozialen Berufs sprechen, befragt. Bei 75 Prozent von ihnen besteht eine hohe Bereitschaft, einen sozialen Beruf zu ergreifen, 36 Prozent der Befragten wollen einen Pflegeberuf erlernen. Demnach sind Freiwilligendienste eine sinnvolle Möglichkeit für soziale und Pflegeeinrichtungen, Nachwuchs zu finden. Gezielte Maßnahmen, um Nachwuchskräfte für die Ausbildungs- und akademischen Pflegeberufe bei den Teilnehmenden des FSJ zu gewinnen, könnten einen wichtigen Beitrag leisten, um aus dem jährlich kleiner werdenden Pool von Schulabgängern Nachwuchskräfte für die Pflegeberufe zu gewinnen.

Schlüsselwörter: *Freiwilligendienst, Pflegeausbildung, Personalgewinnung*

Demgegenüber wurden als Gründe, die gegen ein Studium der Pflege sprechen, insbesondere monetäre Aspekte („niedriges Gehalt“, „genauso schlechte Bezahlung wie nur mit Ausbildung“) sowie Unklarheiten bezüglich der Aufgaben einer akademisch qualifizierten Pflegeperson genannt: „die Berufstätigkeiten von Gesundheits- und Krankenpflegern gleich denen, die Pflege studiert haben“, „es unklar ist, wo studierte Pflegefachkräfte eingesetzt werden“. Daneben werden auch Zweifel geäußert, ob ein Pflegestudium überhaupt Vorteile gegenüber einer Ausbildung hat („keine besseren Chancen wie durch Ausbildung“).

Nennungen pro Studium Pflegeberuf

(Mehrfachnennungen möglich) Von den 43 Teilnehmern mit HZB haben 25 Angaben gemacht:

- Bessere Karrierechancen, höheres Ansehen (9)
- Besserer Verdienst als mit Ausbildung Pflege (8)
- Differenziertheit, intensivere inhaltliche Bearbeitung (7)
- Aufgabenspektrum ist größer, interessanter (5)
- Duales Studium, Kombination aus Studium und Ausbildung (5)
- Nichts, weiß nicht (3)
- Arbeitszeiten, ohne Schichtdienst

Nennungen contra Studium Pflegeberuf

(Mehrfachnennungen möglich) Von den 43 Teilnehmern mit HZB haben 22 Angaben gemacht:

- Gehalt: zu wenig, weil man gleich viel wie nach einer Ausbildung bekommt (8)
- Unklare berufliche Zukunft: Einsatzorte, Aufgaben (8)

- Kein Unterschied zur Ausbildung: ähnliche berufliche Tätigkeiten (4)
- Will nicht studieren (2)

Berufliche oder akademische Ausbildung in einem Pflegeberuf?

Von den Befragten, die einen Pflegeberuf anstreben, wollen drei Pflege studieren und fünf eine berufliche Ausbildung in der Pflege absolvieren. Die fünf Teilnehmer mit HZB, die eine Ausbildung absolvieren möchten, berichten bei der Frage, was gegen ein Studium spricht: „Zu trocken, kein Geld“, „Noch keine Stellen für Bachelor Pflege; nach Ausbildung kann man sich immer noch entscheiden“.

Die drei Teilnehmer mit HZB, die ein Studium absolvieren möchten, berichten bei der Frage, was für ein Studium spricht, von größerer Vielfalt („Viele Möglichkeiten zum Beispiel unterrichten in der Berufsschule“; „die Möglichkeit, im Ausland zu Arbeiten“), einer höheren beruflichen Qualifikation („Mehr Kompetenzen“; „mehr Weiterbildungsmöglichkeiten“, „Pflegeprozesse mitgestalten zu können“) sowie einem verbesserten Image („besseres Ansehen des Pflegepersonal“).

Diskussion

Hinsichtlich sozio-demografischer Merkmale der Studienteilnehmenden bestehen keine größeren Unterschiede im Vergleich zu anderen großangelegten Studien, die mit Absolvierenden des FSJ durchgeführt wurden (Engels et al. 2008, Huth et al. 2013). Somit spiegelt die untersuchte Stichprobe durchaus eine typische FSJ-Teilnehmerschaft wider. Ausnahme sind die Einsatzstellen der Freiwilligen, die sich größtenteils in

psychiatrischen Einrichtungen, Schulen und im Heimbereich finden.

Bereits in der im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) durchgeführten systematischen Evaluation des FSJ wurden positive Wirkungen bei der Gewinnung von Mitarbeitenden in ihren Einrichtungen berichtet (Engels et al. 2008, S. 155). Mit immerhin 89 Prozent wird von den Einsatzstellen der Freiwilligen die Personalgewinnung für die berufliche Nachwuchsförderung als Wirkung eines Freiwilligendienstes genannt (ebd., S. 156). Dies erstaunt wenig, da 83 Prozent der Teilnehmenden an einem FSJ Schulabgänger (ebd., S. 139) sind und damit kurz vor der Aufnahme einer Ausbildung oder eines Studiums stehen. Gleichzeitig ist festzustellen, dass bei den Teilnehmenden an einem FSJ eine hohe Affinität besteht, einen sozialen Beruf zu ergreifen. Dieselbe Tendenz wird in der vorliegenden Untersuchung sichtbar. Am Ende des freiwilligen sozialen Jahres wollen von den 77 Studienteilnehmern immerhin 57 Personen (74 Prozent) einen sozialen Beruf ergreifen. Zu einem ganz ähnlichen Ergebnis kommt die Untersuchung von Schwab & Stegmann (2010, S. 29), eine FSJ-Ehemaligenbefragung (retrospektiv drei bis fünf Jahre nach Abschluss des FSJ/N = 1711), bei der 70 Prozent der Teilnehmenden nach dem FSJ einen sozialen Beruf ergriffen haben.

Bei den Antworten mit einer positiven Einschätzung zu einer Ausbildung in einem Pflegeberuf wird als Hauptargument das „Arbeiten mit Menschen“ genannt. Daneben Freude bei der Arbeit zu haben, Menschen helfen zu können sowie eine Zukunftsperspektive zu haben. Die Reihenfolge der Antworten zeigt sehr schön, dass für diese Jugendlichen in Verbindung mit Arbeit nicht mehr die Existenzsicherung im Vordergrund steht. Sie scheinen sich zunehmend über ihre berufliche Tätigkeit als Teil ihrer Identität zu definieren. Damit wird Arbeit zu einer Möglichkeit zur Selbstverwirklichung und zu gesellschaftlicher Anerkennung.

Von den 43 Freiwilligen mit Hochschulzugangsberechtigung (Abi, FHR) wollen immerhin 31 Personen (72 Prozent) einen sozialen Beruf wählen. Mehr als die Hälfte davon entscheiden sich für einen Pflegeberuf (8) oder

Soziale Arbeit (8). Interessanterweise tendieren von den Interessenten für einen Pflegeberuf zum Zeitpunkt der Befragung trotz Hochschulzugangsberechtigung mehr Personen (5) zu einer Ausbildung als zu einem Studium der Pflege (3). Dabei werden das Einkommen nach einem Studium sowie die fehlende Klarheit darüber, was eine akademische Pflegekraft in der Praxis arbeitet, als Argumente gegen ein Pflegestudium aufgeführt. Auffallend ist auch die Kritik, dass es nach Ausbildung oder Studium im Praxisfeld kaum Unterschiede bei den Tätigkeiten gäbe. Hier wird der Anspruch nach mehr Handlungsautonomie mit einer akademischen Ausbildung gegenüber einer beruflichen Ausbildung deutlich. Ein höchst sensibler Punkt, da dies Auswirkungen auf die Handlungsfelder anderer Berufe, wie etwa der Medizin und Psychologie, hätte. Ein Problem, das insbesondere auf Deutschland zutrifft, während in anderen Ländern der EU (Skandinavien, Schweiz, Niederlande, England) größere Handlungsautonomie für die akademisch qualifizierten Pflegenden besteht.

Fazit

Als soziale Einrichtung Jugendliche als freiwillige Mitarbeitende zu beschäftigen, die zu 83 Prozent Schulabgänger sind und bei denen zu rund 75 Prozent eine hohe Bereitschaft besteht, einen sozialen Beruf zu ergreifen, schafft konkrete Möglichkeiten der Personalgewinnung für eine berufliche oder akademische Ausbildung in einem Pflegeberuf. Immerhin wollen 36 Prozent der Teilnehmenden einen Pflegeberuf ergreifen. Das FSJ bietet sowohl die Chance, den Pflegeberuf vorzustellen und dessen Entwicklungschancen zu bestärken, als auch eine gezielte und individuelle Beratung für die Jugendlichen durch Experten zu ermöglichen, und sie so bei ihrer beruflichen Orientierung zu unterstützen. Mit dem FSJ haben die sozialen Einrichtungen Zugang zu der Personengruppe, die eine hohe Affinität zu Sozialberufen hat und kurz vor der Entscheidung über ihre berufliche Zukunft steht. Gezielte Maßnahmen um Nachwuchskräfte für die Ausbildungs- und akademischen Pflegeberufe bei den Teilnehmenden des FSJ zu gewinnen, können einen wichtigen Beitrag leisten, um aus dem

jährlich kleiner werdenden Pool von Schulabgängern Nachwuchskräfte für die Pflegeberufe zu gewinnen.

Gleichzeitig zeigt die Untersuchung, dass für die Teilnehmenden eines FSJ bereits nach zehn Monaten Einblick in einen Bereich der Pflege einige zentrale Probleme der Pflegeberufe ersichtlich sind und das FSJ seine Wirkung bei der Berufswahl nicht verfehlt. <<



Literatur

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFZA) (2014) Schriftliche Mitteilung auf Anfrage vom 15.8.2014.

Engels D., Leucht M., Machalowski G. (2008) *Evaluation des freiwilligen sozialen Jahres und des freiwilligen ökologischen Jahres*. Durchgeführt durch das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. (ISG) im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Huth S., Engels D., Aram E. et al. (2013) *Präsentation erster Ergebnisse der Evaluation von Bundesfreiwilligendienst und Jugendfreiwilligendiensten*. Folie 17. In: BMFSFJ: Fachtagung „Freiwillig gestalten – erste Evaluationsergebnisse und aktuelle Entwicklungen der Freiwilligendienste“. Tagungsdokumentation, 18. und 19. November 2013, Berlin.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) *Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014 Kurzfassung*. In Auftrag gegeben durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Schwab J.E. & Stegmann M. (2010) *Das freiwillige Engagement im FSJ aus Sicht der Teilnehmer(inne)n*. In: Schmidle M. & Slüter U. (Hrsg.) *Das Freiwillige Soziale Jahr zeigt Wirkung!* Lambertus, Freiburg.

Autorenkontakt:

Dr. Uwe Bernd Schirmer, Dipl. Pflegepädagoge, ist Leiter der akademie südwest, der Bildungseinrichtung des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg, Trainer für Gewaltfreie Kommunikation & Coach. **Kontakt:** Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung Versorgungsforschung, Bereich Pflegeforschung, Pfarrer-Leube-Str. 29, 88427 Bad Schussenried. E-Mail: uwe.schirmer@zfp-zentrum.de

› Im Fokus: Nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Schmerztherapie

Schmerz lass nach

NADINE LEXA

Schmerz kennt jeder, er ist eine Erfahrung, um die niemand herum kommt. Eine häufige Reaktion – auch im professionellen Pflegeumfeld – ist der Griff nach einem Schmerzmittel. Es gibt aber auch andere, nicht-medikamentöse Wege, den Schmerz zu reduzieren. Nadine Lexa stellt im Folgenden einige davon vor.

Schmerzen sind ein quälendes Symptom. Jeder ist mit diesem unangenehmen Gefühl schon einmal konfrontiert worden. Egal ob Kopf-, Zahn-, Bauch- oder Wundschmerzen – immer wieder erleben wir im Laufe unseres Lebens diese äußerst unangenehme Gefühlswahrnehmung. Die bekannteste Behandlungsmöglichkeit ist die medikamentöse Schmerztherapie. Aber es gibt auch noch andere Möglichkeiten, der Schmerzen „Herr“ zu werden.

Gutes Schmerzmanagement kann zur Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen beitragen. Hierbei kommt den Pflegenden eine wichtige Rolle zu. Sie führen die Schmerzanamnese durch, ermitteln die Schmerzintensität und setzen die ärztlich angeordnete Schmerztherapie um: Pflegekräfte setzen in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder in der ambulanten Pflege nicht selten die Planung und Abstimmung der Maßnahmen im Rahmen der Schmerztherapie um. Sie stehen im Mittelpunkt der Kommunikation innerhalb des gesamten therapeutischen Teams und können durch gezielte Prophylaxen und lindernde Maßnahmen den Heilungsprozess und/oder die Lebensqualität der Betroffenen positiv beeinflussen.

Definition von Schmerz

Die International Association for the study of pain (IASP 1986) definiert Schmerz wie folgt: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben werden kann.“ Von Liliane Juchli (1994) hingegen stammt diese

Schmerzdefinition: „Schmerz ist, was nach Aussage des Patienten weh tut.“

Die beiden Definitionen machen deutlich, dass es sich bei dem Symptom „Schmerz“ nicht nur um eine reine physische Komponente handelt, die objektiv, also von außen betrachtet, beurteilbar ist, sondern dass es sich auch um ein subjektives Empfinden aus der Sicht des Betroffenen handelt: Jeder Mensch hat ein individuelles Schmerzempfinden. Dieses wird durch kulturelle und/oder erzieherische Einflüsse geprägt. Schmerz beschreibt nicht nur eine unangenehme Körperempfindung, sondern ist ein äußerst komplexes Erleben, das sehr emotional sein kann und von der jeweiligen subjektiven Wahrnehmung beeinflusst wird.

Schmerz betrifft immer den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit und beschränkt sich nicht nur auf eine Körperregion. Wie stark das Schmerzempfinden ist, hängt demzufolge nicht alleine von der körperlichen Komponente ab, sondern es spielen auch psychische, soziale und spirituelle Faktoren eine wesentliche Rolle.

Schmerzempfinden

Schmerz ist das, was der Betroffene als Schmerz empfindet bzw. was er als solchen beschreibt. Es ist wichtig, dass Pflegenden das subjektive Schmerzerleben eines Betroffenen individuell einschätzen und beurteilen können. Im Rahmen der Beobachtung und Anamneseerhebung sollten daher nicht nur die organischen Faktoren Berücksichtigung finden, sondern auch die psychischen, sozialen und spirituellen Faktoren.



Möglichkeiten nichtmedikamentöser Schmerztherapie

Besonders bei chronischen Schmerzen sind komplementäre Behandlungsmöglichkeiten in der Schmerztherapie eine wichtige Ergänzung zur medikamentösen Therapie und ein wichtiges Aufgabengebiet für Pflegenden. Das Wohlbefinden soll verbessert werden und somit zu einer Reduzierung des Schmerzerlebens bei den Betroffenen führen. Dieses Ziel wird durch die Verabreichung regulärer Schmerzmedikamente und durch weitere Maßnahmen wie beispielsweise Massagen, Akkupunktur oder Osteopathie erreicht. Zusätzlich können entsprechend ausgebildete Pflegekräfte die Betroffenen in Entspannungstechniken wie beispielsweise Meditation, Autogenes Training und progressive Muskelentspannung anleiten, um so die Schmerztoleranz anzuheben und eine Schmerzminderung zu erreichen. Außerdem können Pflegenden folgende Maßnahmen zur Schmerzlinde- rung anbieten:

- Kälte- und Wärmebehandlungen
- Wickel- und Auflagen
- Elemente der Basalen Stimulation wie beispielsweise Atemstimulierende Einreibung (ASE) oder beruhigende Körperwaschung
- Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)
- Aromatherapie
- Ablenkung

Kälteanwendungen

Im Rahmen der Kältetherapie werden Gelpacks oder Umschläge bzw. Wickel mit einer Temperatur von circa 15 Grad auf die schmerzende Körperstelle gelegt. Bei Prellungen, Schwellungen und/oder entzündlichen Prozessen fin-



Foto: photophonie/Fotolia

Die Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) kommt beispielsweise bei Kniearthrose zum Einsatz. Bei der Anwendung handelt es sich um eine Reizstromtherapie, die durch elektrische Impulse eine lokale Schmerzlinderung erzielen kann.

det diese Methode eine gute Akzeptanz bei den Betroffenen. Die Kälte wirkt schmerzlindernd, weil sich durch den Temperaturabfall die Blutgefäße verengen und der Stoffwechsel an der betroffenen Stelle herabgesetzt wird. Die Folge ist eine reduzierte Ödembildung und das Schmerzempfinden wird deutlich verringert.

Eisanwendungen

Eis ist natürlich deutlich kälter und aus diesem Grund ist eine Eisanwendung wesentlich intensiver als eine Kälteanwendung. Für eine Eisanwendung können Gelpacks, Körnerkissen aus dem Eisfach oder mit Eiswasser gefüllte Plastikbeutel verwendet werden. Gut geeignet sind auch Beutel mit gefrorenen Erbsen oder Heidelbeeren, da diese sich dem Körper gut anpassen. Eisanwendungen sollten nie direkt auf die Haut gelegt werden, da dies unter Umständen das Hautgewebe schädigen kann. Die Haut muss immer rosafarben sein und von daher gut von den Pflegenden beobachtet werden, um

Kälteschäden zu vermeiden. Daher sollte man immer eine dünne Stoffhülle – zum Beispiel einen kleinen Kopfkissenbezug oder ein Handtuch – verwenden und die Eisauflage darin einwickeln.

Cave: Kälte- und Eisanwendungen dürfen nicht auf einer „offenen“ Wunde Anwendung finden (vgl. Lexa 2015)!

Wärmeanwendungen

Viele Menschen empfinden Wärme als wohltuend und entspannend. Bei einer Temperatur von circa 40 bis 45 Grad können Wickel, Auflagen und Bäder (Voll- und Teilbäder) oder Körnerkissen eine Gefäßerweiterung bewirken und dadurch ebenfalls zu einer Minderung des Schmerzempfindens beitragen. Wärmeanwendungen finden regelmäßig eine gute Akzeptanz bei Gelenkbeschwerden, Rücken- und Muskelschmerzen, Krämpfen, Koliken, rheumatischer Arthritis oder bei Menstruationsbeschwerden. Die jeweilige Maßnahme kann fünf bis zehn Minuten, gegebenenfalls auch 20 bis 30 Minuten, An-

wendung finden. Auch hier muss die Auflagefläche gut beobachtet und bei Hautveränderungen oder Schmerzen die Anwendung sofort abgebrochen werden.

Cave: Bei kognitiv eingeschränkten Menschen oder bei Gelähmten darf keine Kälte-, Eis- oder Wärmetherapie angewendet werden, da diese Betroffenen unangenehme bzw. gesundheitsschädigende Wahrnehmungen nicht äußern bzw. spüren können.

Wickel- und Auflagen

Wickel und Auflagen sind Naturheil- und zum Teil auch Hausmittel, die im Körper die Selbstheilungskräfte anregen. Sowohl bei akuten als auch bei chronischen Schmerzen können sie therapiebegleitend Anwendung finden. Ein weiterer Vorteil dieser Maßnahmen ist, dass diese dem Betroffenen eine besondere Form der Aufmerksamkeit schenken und somit auch zum Wohlbefinden des Betroffenen beitragen.

Für Wickel und Auflagen werden mehrere Tücher benötigt. Es müssen

jedoch keine besonderen Tücher sein. Man findet in jedem Haushalt und in jeder stationären Einrichtung geeignetes Material dafür. Besonders gut eignen sich: Geschirrhand-, Frotteehandtücher (groß und klein) und Durchzüge. In aller Regel benötigt man ein Substanz-, ein Innen-, ein Außentuch und gegebenenfalls eine schützende Unterlage. Man kann auch fertige Wickelsets in Apotheken kaufen. Geeignete Wickel und Auflagen im Rahmen der Schmerztherapie (Rhiem 2010) sind beispielsweise:

- Lavendelherzaufgabe
- Kümmelölaufgabe
- Kohlaufgabe
- Quarkaufgabe
- Kartoffelhalswickel
- Brustwickel

Basale Stimulation

Mithilfe der Basalen Stimulation können Sie durch den Einsatz von einfachen und elementaren Möglichkeiten den schmerzgeplagten Menschen erreichen und ihm Linderung verschaffen. Durch die ASE kann eine Nähe zum Betroffenen aufgebaut werden. Gerade Betroffene, die sonst kaum Berührung und Nähe zulassen können, schaffen es oftmals, sich während einer ASE fallen zu lassen und Vertrauen zu den Behandlern auf- und Ängste abzubauen.

Die beruhigende Ganzkörperwaschung reduziert Unruhezustände, lenkt von Schmerzen ab und verringert Ängste. Wichtig bei dieser Form der Waschung ist, dass die Wischrichtung der Haarwuchsrichtung entspricht. Unterstützend können noch ätherische Öle mit entsprechender entspannender Wirkung verwendet werden (Kutzner 2010).

Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)

TENS ist eine Reizstromtherapie, die eine lokale Schmerzlinderung durch elektrische Impulse erzielen kann. Über Hautelektroden werden elektrische Reize über die Haut (transkutan) in das jeweilige Schmerzgebiet geleitet. Dadurch werden die dort liegenden Nervenendigungen und die Muskulatur elektrisch stimuliert. Nach dem Prinzip der Gegenirritation wird durch diese Nervenreizung der eigentliche Schmerz ausgeschaltet oder gelindert (Lexa 2015). TENS kann bei betagten Menschen zur Steigerung der Opioid-

Effektivität eingesetzt werden (DNQP 2011). Sehr gute Erfolge können bei Kopf-, Rücken- sowie neurologisch bedingten Schmerzen und Arthrose erzielt werden.

Cave: TENS darf nicht bei Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmachern, Epilepsie, PNP und Schwangerschaft angewendet werden. Bei der Anwendung sollten Sie auf folgende Punkte achten:

- Die Haut sollte fettfrei sein. Bei starker Behaarung ist es ratsam, die Haare zu kürzen.
- Die Elektroden werden auf die schmerzende Stelle oder nahe daneben angebracht, sodass der Strom durch oder um den Schmerzbereich fließen kann.
- Die Impulse selbst sind nicht schmerzhaft. Aber je nach Einstellung der Stärke ist ein leichtes bis starkes Kribbeln oder „Ameisenlaufen“ wahrnehmbar.
- Die Anwendung dauert durchschnittlich zehn bis 30 Minuten. Der schmerzlindernde Effekt danach kann mehrere Stunden andauern.

Aromatherapie

Ätherische Öle sind großartige Allrounder zur Behandlung zahlreicher Symptome. Sie können entzündungshemmende, schmerzlindernde oder anästhesierende Wirkung erzielen und sind daher sehr gut in der komplexeren Schmerztherapie einsetzbar. Je nach gewünschter Wirkung eigenen sich folgende Öle:

- schmerzhemmend: Grapefruit, Jasmin, Muskatellersalbei, Patchouli, Ylang-Ylang
- durchblutungsfördernd (erwärmend): Eukalyptus, Rosmarin, Thymian, Pfefferminze, Wacholderbeere, Wintergrün
- entzündungshemmend: Kamille, Gewürznelke, Zimt, Thymian, Eukalyptus, Latschenkiefer, Rosmarin, Schafgarbe

Ätherische Öle haben auch eine positive Wirkung auf die Psyche. Diese sollte man sich ebenfalls zu Nutze machen. Hierfür sind zu empfehlen:

- angstlösend und beruhigend: Lavendel, Majoran, Bergamotte, Vanille
- die Psyche kräftigend: Wacholderbeere, Rosmarin, Ingwer
- die Stimmung aufhellend: Grapefruit, Rose, Zitrone

Ätherische Öle entfalten ihre Wirkung über den Geruchssinn und den Hautkontakt. Sie können daher auch als Massageöl für Einreibungen oder Kompressenaufgaben, als Badezusatz für Teil- oder Vollbäder oder zum Verdunsten in einer elektronischen Duftlampe eingesetzt werden. Ätherische Öle dürfen bis auf sehr wenige Ausnahmen nicht unverdünnt auf die Haut aufgetragen werden. Sie sind fettlöslich und müssen daher vor einer Anwendung zunächst mit einem Emulgator wie Mandelöl, Milch, Sahne, Honig oder Alkohol gemischt werden. Sie sollten folgende Dosierungen berücksichtigen:

- Aromalampe: Füllen Sie die Schale mit Wasser. Die Dosierung richtet sich nach der Raumgröße. Bei einem kleinen Raum von zehn bis 15 Quadratmetern genügt ein Tropfen ätherisches Öl.
- Badezusätze: Für ein Teilbad können vier Tropfen ätherisches Öl mit einem Emulgator vermischt – beispielsweise ein Esslöffel Sahne oder Milch – in das Badewasser gegeben werden. Für ein Vollbad werden zehn Tropfen Öl beispielsweise in einem halben Becher Sahne verwendet.
- Massageöl: Zehn bis 25 Tropfen ätherisches Öl in 100 Milliliter Basisöl geben.

Bei der Verwendung von ätherischen Ölen sollten grundsätzlich folgende Kriterien Beachtung finden (Casagrande & Huber 2011):

- 100 Prozent naturreine ätherische Öle verwenden.
- Cave: Naturidentische – also in ihrer Zusammensetzung den natürlichen Ölen ähnliche, aber weniger komplexe Öle, die auch als synthetische Öle bezeichnet werden, können Hautreizungen hervorrufen und haben außerdem keinerlei Wirkung auf den menschlichen Organismus.
- Beachten Sie die empfohlenen Dosierungen! Eine Überdosierung kann Hautirritationen, Allergien, Kopfschmerzen etc. auslösen.
- Vor Therapiebeginn sollte unbedingt die Verträglichkeit überprüft werden. Vermischen Sie hierfür etwas Basisöl mit einem Tropfen ätherischem Öl und tragen Sie es auf die Innenseite des Unterarms auf. Kommt es zu einer Reaktion, verwenden Sie dieses Öl nicht.



Foto: Floydine/Fotolia

Die Effekte von ätherischen Ölen sind vielfältig und reichen von entspannend über angstlösend bis anregend.

Ablenkung

Das Schmerzerleben im Gehirn kann auch durch zentrale und kognitive Techniken positiv beeinflusst und verändert werden. Gezielte Ablenkung, beispielsweise durch Musik- oder Kunsttherapie, reduziert nachweislich das individuelle Schmerzempfinden, da sich der Betroffene in dieser Zeit auf etwas anderes konzentriert als auf den Schmerz.

Betroffene, die selbst noch mobil und aktiv sind, können sich mit zahlreichen Beschäftigungen, wie beispielsweise Sport, Lesen und Musik hören, selbst ablenken. Kognitiv und mobil eingeschränkte Menschen bedürfen einer gezielten Ablenkung von außen – beispielsweise durch passive Musiktherapie oder tiergestützte Therapie. Pflegenden können durch gezielt eingesetzte Maßnahmen das Schmerzerleben positiv beeinflussen. Hierfür sind visuelle, auditorische und taktile Reize wie beispielsweise eine Geschichte erzählen, Bücher vorlesen und Blumen aufstellen besonders gut geeignet.

Außerdem können kognitive Techniken wie Autogenes Training, Meditation, Yoga und progressive Muskelentspannung ebenso einen positiven Effekt auf die Schmerzwahrnehmung haben.

Fazit

Jeder Mensch ist ein Individuum. Jede Maßnahme wird daher unterschiedlich wahrgenommen und angenommen. Aus diesem Grund ist es ratsam, im Vorfeld eine ausführliche Schmerzanamnese mit dem Betroffenen durchzuführen, um mögliche Maßnahmen von vornherein ausschließen zu können. Die Pflegenden sollten unbedingt über die nötigen Kenntnisse der jeweiligen Maßnahmen verfügen und diese mit dem behandelnden Arzt im Vorfeld absprechen. Auf den ersten Blick wirken zahlreiche Maßnahmen „harmlos“, dennoch sollten mögliche Kontraindikationen – etwa eine Wärmebehandlung bei Schmerzen, die durch Entzündungsprozesse verursacht sind – ausgeschlossen werden. Empfindet der Betroffene eine Maßnahme trotz entsprechender Vorbereitung als unangenehm, muss diese unmittelbar abgebrochen werden. Ansonsten kann sich dies negativ auf das Schmerzempfinden auswirken.

Darüber hinaus können regelmäßige Bewegung, Lagewechsel und Druckreduktion schmerzlindernd wirken. Ebenso haben eine wohltuende Atmosphäre und eine gute Schlafqualität einen positiven Einfluss auf das Schmerzerleben. <<

Literatur



Casagrande Ch. & Huber G. (2011) *Komplementäre Sterbebegleitung. Ganzheitliche Konzepte für naturheilkundliche Therapien*. Haug, Stuttgart.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011) *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. Osnabrück.

International Association for the study of pain (IASP) <http://iasp-pain.org>. Zugriff am 05.08.2015.

Juchli L. (1994) *Pflege – Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*. 7. Aufl. Thieme, Stuttgart.

Kutzner M. (2010) *Basale Stimulation*. In: Kränzle S., Schmid U., Seeger C. (Hrsg.) *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*. Springer, Heidelberg, S. 242–247.

Lexa N. (2015) *Schmerzmanagement*. In: I Care. Thieme, Stuttgart, S. 687–704.

Rhiem C. (2010) *Wickel und Auflagen*. In: Kränzle S., Schmid U., Seeger C. (Hrsg.) *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*. Springer, Heidelberg, S. 235–241.

Autorenkontakt:

Nadine Lexa, MAS, Krankenschwester, MAS Palliative Care, Autorin, Fachjournalistin, Lehrbeauftragte, Dozentin, Verfahrenspflegerin nach dem Werdenfelser Weg®, Auditorin, Herausgeberin der Buchreihe „Palliative Care für Einsteiger“. **Kontakt:** nadinelexa@gmail.com

Campus-Fragebogen

Thema: Schmerztherapie

Punkte: 1



1. Wie hat Liliane Juchli Schmerz definiert?

- a) Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis.
- b) Schmerz ist, wenn es dem Patienten weh tut.
- c) Schmerz ist, was nach Aussage des Patienten weh tut.

2. Welche Einflüsse beeinflussen die Schmerzempfindung?

- a) kulturelle und/oder erzieherische Einflüsse
- b) kulturelle und Ernährungseinflüsse
- c) erzieherische und finanzielle Einflüsse

3. Welche Temperatur sollten Wickel bei Kälteanwendungen haben?

- a) fünf bis zehn Grad
- b) 15 Grad
- c) fünf Grad

4. Worauf ist bei Eisanwendungen zu achten?

- a) Kissenbezüge oder Handtücher reduzieren die Wirkung der Eis-Wickel erheblich und sind zu vermeiden.
- b) Im Rahmen der Anwendung kann sich die Haut blau verfärben, dies ist in diesem Fall jedoch kein Anlass zur Sorge.
- c) Für eine Eisanwendung können neben Gelpacks oder Körnerkissen auch Beutel mit gefrorenen Erbsen oder Heidelbeeren verwendet werden.

5. Wie wirkt Kälte bei der Schmerzlinderung?

- a) Kälte lenkt den Patienten von seinen Schmerzen ab.

- b) Kälte bewirkt eine Verengung der Blutgefäße.
- c) Durch Kälte wird die Durchblutung zunächst reduziert, im Rahmen der reaktiven Hyperämie jedoch anschließend verstärkt, was schließlich das Schmerzempfinden verringert.

6. Bei welchen Patienten darf keine Kälte-, Eis- oder Wärmetherapie angewendet werden?

- a) bei Schwangeren
- b) bei gelähmten Patienten
- c) bei Alzheimer-Patienten

7. Welches Prinzip kommt bei TENS zum Einsatz?

- a) Ablenkung
- b) Gegenirritation
- c) Gegensteuerung

8. Warum sollten die meisten ätherischen Öle nur verdünnt angewendet werden?

- a) Die Öle sind sehr teuer und wirken auch verdünnt.
- b) Sie können die Haut reizen.
- c) Der Duft wäre zu intensiv und damit unangenehm.

Schulungsnummer: 20151004160001
Einsendeschluss: 31.01.2016
 Sieben von acht Antworten müssen richtig sein.

Bitte ausfüllen:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

Teilnahme

Sollten Sie die notwendige Anzahl richtiger Antworten haben, erhalten Sie ein Zertifikat, mit dem Sie einen Fortbildungspunkt im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP, www.regbp.de) gutgeschrieben bekommen. Dafür müssen Sie bei Regbp.de registriert sein.

Sie haben zwei Möglichkeiten, den Fragebogen einzusenden: Postalisch oder Sie laden den Artikel als PDF über unser Pflegeportal www.kohlhammer-pflege.de herunter, füllen den Fragebogen aus und schicken ihn per E-Mail an pflgezeitschrift@kohlhammer.de. Die Teilnahme ist für Abonnenten kostenlos.

Sie gelangen auch über www.regbp.de zum Artikel/Fragebogen. Geben Sie dazu in der Suchmaske die Schulungsnummer ein.

Wenn Sie uns den Fragebogen per Post schicken wollen, dann senden Sie ihn an W. Kohlhammer GmbH, Redaktion Pflegezeitschrift, Heßbrühlstr. 69, 70565 Stuttgart.

Bitte beachten Sie den Einsendeschluss.

Pflegequalität und Wirtschaftlichkeit – ein Spagat, den Sie beherrschen?

Wir sind als Grund- und Regelversorger Teil eines Krankenhausverbundes im Herzen des Ruhrgebietes (PLZ-Bereich 45) mit gut 1.500 Betten. In unserem Haus werden etwa 10.000 Patienten vollstationär und 18.000 ambulant behandelt. Zur operativen Führung des gesamten Pflege- und Funktionsdienstes mit elf Stationsleitungen und ca. 350 Pflegekräften suchen wir zeitnah eine fachlich wie menschlich überzeugende Führungspersönlichkeit als

Pflegedienstleiter (m/w)

Im Interesse einer wirtschaftlichen Steuerung des Pflege- und Funktionsdienstes ist es Ihre Aufgabe, die Arbeitsprozesse – insbesondere in der Notaufnahme, der Intensivpflege und den OPs – stetig zu optimieren und dabei gleichzeitig eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten. Die maßgebliche Weiterentwicklung und Implementierung zukunftsweisender Pflegekonzepte sowie die Mitarbeit in interdisziplinären Projektteams und Qualitätszirkeln runden das Aufgabengebiet ab. Die Funktion macht eine enge Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst und der Verwaltung erforderlich.

Ihr Profil

- Abgeschlossene Krankenpflegeausbildung zzgl. einer Qualifizierung für eine Managementaufgabe (z.B. ein Studium im Pflegemanagement oder in Gesundheitsökonomie)
- Einschlägige Berufs- und Führungserfahrung, mindestens auf Bereichsleiter-ebene
- Verständnis für die kaufmännischen Themen in einem Krankenhaus (DRGs, Entgeltssysteme)
- Ausgeprägte Kenntnisse in der Organisation und Optimierung interner Abläufe
- Fähigkeit zu unternehmerischem, an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten orientiertem Denken und Handeln
- Hohe soziale Kompetenz (Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Überzeugungskraft)
- Wertschätzende und integrative Führungspersönlichkeit mit Problemlösungskompetenz

Unser Angebot

- Erfolgreicher und solide wirtschaftender Klinikverbund mit überzeugender Strategie
- Gründliche Einarbeitung
- Angebote zu Führungscoaching und Persönlichkeitsbildung
- Weitgehender Gestaltungs- und Handlungsspielraum
- Transparente und offene Kommunikationsstrukturen
- Gute Vernetzung zu Fachhochschulen und Universitäten für Pflegewissenschaften

Kontakt

Wir freuen uns auf Ihre vollständige Bewerbung, die Sie bitte unter Angabe Ihrer frühestmöglichen Verfügbarkeit und Ihrer Gehaltsvorstellung per E-Mail (max. 5MB) an die von uns beauftragte Personalberatung **Holsten HR-Consulting** richten wollen. Unser Berater, Herr Paul Holsten, steht Ihnen für Vorab-Auskünfte unter 0160.96260444 gerne zur Verfügung und sichert Ihnen jegliche Diskretion zu.



info@holsten-hr.de

ST. ELISABETH GRUPPE 
KATHOLISCHE KLINIKEN RHEIN-RUHR

Die **St. Elisabeth Gruppe – Katholische Kliniken Rhein-Ruhr** ist eine dynamisch wachsende kirchliche Gruppe von Akutkrankenhäusern und Fachkliniken der maximalen Breitenversorgung, Altenpflegeeinrichtungen, eines Hospizes und diversen Schulungseinrichtungen. Die Standorte in Herne und Witten stellen mit derzeit rund 4.100 Mitarbeitern und mehr als 1.500 Planbetten die überregionale Versorgung mitten im Ruhrgebiet sicher. Alle Gruppenmitglieder zeichnen sich durch fachliche Kompetenz und Menschlichkeit aus. Unter dem Dach der Gruppe sind die fünf Krankenhäuser: das St. Anna Hospital Herne, die Universitätsklinik Marienhospital in Herne Mitte und Bönnig, das Rheumazentrum Ruhrgebiet und das St. Marien-Hospital Eickel sowie das Marien-Hospital in Witten zusammengeschlossen.

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin für unsere **Krankenpflegeschool** für die Ausbildung zum **Gesundheits- und Kinderkrankenschwester** und **Gesundheits- und Krankenpfleger** motivierte und engagierte

Pädagogische Mitarbeiter (m/w)

(Vollzeit/unbefristet)

Zurzeit bildet die St. Elisabeth Gruppe insgesamt 270 Schüler in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege aus.

Ihre Aufgaben:

- Mitarbeit an der inneren Schulentwicklung und Qualitätsmanagement
- Konstruktive Zusammenarbeit mit den Partnern der internen und externen Einsatzorte
- Eigenständige Planung und Durchführung von Unterricht an unserer Pflegebildungseinrichtung
- Selbstständige Kursleitungsaufgaben
- Beratung, Anleitung und Begleitung unserer Auszubildenden in Theorie und Praxis

Ihr Profil:

- Abgeschlossene Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenschwester mit mehrjähriger Berufserfahrung
- Abgeschlossene Weiterbildung zum Lehrer für Pflegeberufe oder pflegepädagogisches Studium
- Organisations- und Planungsfähigkeit, Flexibilität und Verantwortungsbewusstsein
- Kommunikatives Geschick und Freude an der pädagogischen Arbeit mit Auszubildenden
- Fähigkeit zu interdisziplinärem und vernetztem Denken
- Teamorientierte Einstellung gegenüber Ihren Kollegen und Ansprechpartnern
- Engagierte Grundhaltung und Loyalität
- Identifikation mit den Zielen unseres Unternehmens

Wir bieten Ihnen:

- Mitarbeit in einem aufgeschlossenen, innovativen und motivierten Team der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
- Mitgestaltungsmöglichkeiten bei Veränderungsprozessen und eigenverantwortliches Arbeiten
- Die Möglichkeit zur persönlichen und fachlichen Weiterbildung sowohl hausintern als auch extern
- Die Vergütung erfolgt nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L)
- Eine zusätzliche, beitragsfreie Altersvorsorge

Für fachliche Auskünfte steht Ihnen unsere Schulleitung, **Frau Sabine Dreßler**, unter der **Telefon-Nr.: 02323/499-2630** gerne zur Verfügung.

Werden Sie Teil unseres Teams und bewerben sich bevorzugt online auf unserer Karriereseite unter: **www.elisabethgruppe.de**

Alternativ können Sie sich per Post unter Angabe der **Kennziffer MHH1115** bewerben. Bitte beachten Sie, dass Ihre Bewerbung eingescannt und in unserer Bewerbermanagementsoftware gespeichert wird.

St. Elisabeth Gruppe GmbH, Personalabteilung
Hospitalstraße 19, 44649 Herne

 **terre des hommes**
Hilfe für Kinder in Not

vertrieben ...



Heimatlos im eigenen Land – weltweit sind mehr als 25 Millionen Menschen als Binnenvertriebene auf der Flucht. Sie gelten offiziell nicht als Flüchtlinge und bekommen keinerlei Unterstützung. Kinder leiden besonders. Helfen Sie mit, vertriebenen Kindern neue Chancen zu geben!

www.tdh.de

LVR-Klinikverbund
LVR-Klinikum Düsseldorf



Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) sucht für das **LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität** - zum 01.09.2016 oder früher eine/einen

Stellvertretende Pflegedirektorin/ Stellvertretenden Pflegedirektor

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) arbeitet als Kommunalverband mit rund 18.000 Beschäftigten für die 9,4 Millionen Menschen im Rheinland. Mit seinen 41 Schulen, zehn Kliniken, 19 Museen und Kulturinstitutionen, drei Heilpädagogischen Netzen, vier Jugendhilfeeinrichtungen und dem Landesjugendamt erfüllt er Aufgaben, die rheinlandweit wahrgenommen werden. Der LVR ist Deutschlands größter Leistungsträger für Menschen mit Behinderungen und engagiert sich für Inklusion in allen Lebensbereichen. „Qualität für Menschen“ ist sein Leitgedanke. Die 13 kreisfreien Städte und die 12 Kreise im Rheinland sowie die Städteregion Aachen sind die Mitgliedskörperschaften des LVR. In der Landschaftsversammlung Rheinland gestalten Politikerinnen und Politiker aus den rheinischen Kommunen die Arbeit des Verbandes.

Das LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität – ist eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit 707 Betten und tagesklinischen Plätzen mit insgesamt sieben Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie mit zwei störungsspezifischen Zentren, Abhängigkeitserkrankungen, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie/Psychosomatik, Neurologie und Neuropsychiatrie, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie einem Bereich für Soziale Rehabilitation.

Das Klinikum behandelt jährlich nahezu 9400 voll- und teilstationäre und rund 30.000 ambulante Fälle.

Ihre Aufgaben

Vertretung des Pflegedirektors im gesamten Aufgabenspektrum
Kooperative Mitarbeit im Vorstand des Klinikums (Krankenhausbetriebsleitung gem. KHG NRW)
Vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der ärztlichen Leitung der Abteilung
Eigenverantwortliche Leitung des Pflegedienstes des Zentrums für psychotische Störungen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie
Ziel- und teamorientierte Personalführung von derzeit 90 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
Aktive Mitgestaltung der strategischen Ausrichtung und konzeptionellen Weiterentwicklung der Pflege
Überwachung der Umsetzung zeitgemäßer Organisations- und Pflegekonzepte zur Sicherstellung der Pflegequalität
Planung, Organisation, Kontrolle und Optimierung der Arbeitsabläufe
Personelle und wirtschaftlich-organisatorische Führung des Pflegedienstes im Zuständigkeitsbereich
Systematische und effiziente Personalbedarfs- und Einsatzplanung
Aktive Mitarbeit im Qualitätsmanagement und in Projekten zur Weiterentwicklung des Klinikums
Mitarbeit beim Erstellen und der Weiterführung von Personalentwicklungskonzepten, insbesondere zur Mitarbeitergewinnung, Mitarbeiterbindung und zur Fortbildungsstrategie
Mitverantwortung für die Einhaltung des Klinik- und Abteilungsbudgets
Regel- und anteilmäßige Übernahme von Hintergrunddiensten der Pflegedienstleitungen

Ihr Profil

Staatliche Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Krankenschwester/Krankenpfleger oder Altenpflegerin/Altenpfleger
Erfolgreicher Abschluss eines Studiums im Pflegemanagement (mindestens FH)



Wünschenswerte Voraussetzungen

Fachweiterbildung Psychiatrie
 Erfahrung mit Führungs- und Managementaufgaben sowie Fähigkeit zur zeitgemäßen und zielorientierten Mitarbeiterführung, Teamfähigkeit auf Managementebene
 Umfassende Kenntnisse des Gesundheitssystems, des Krankenhausmanagements, der Qualitätsmanagement- und Zertifizierungssysteme sowie des Projektmanagements
 Gründliche Kenntnisse des Krankenhausrechts, insbesondere der Finanzierung
 Selbständiges, prozessorientiertes, innovatives, strategisches und betriebswirtschaftliches Denken und Handeln
 Führungs- und Motivationsstärke
 Fundierte Kenntnisse in der Steuerung von Personaleinsatzprozessen
 Erfahrungen mit Arbeitsansätzen zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen und zur Optimierung von Sicherheitsfragen in der akuten psychiatrischen Versorgung

Wir bieten Ihnen

Einen interessanten, abwechslungsreichen und verantwortungsvollen Arbeitsplatz in Führungsposition bei einem der großen öffentlich-rechtlichen Gesundheitsdienstleister im Rheinland
 Eine Bestellung zum Mitglied im Klinikvorstand (Krankenhausbetriebsleitung) für einen Zeitraum von zunächst vier Jahren mit der Möglichkeit der Verlängerung
 Eine den Anforderungen entsprechende Bezahlung mit leistungsbezogenen Entgeltanteilen
 Betriebliche Zusatzversorgung zur Alterssicherung
 Betriebliche Gesundheitsförderung
 Sehr gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln
 Ein umfangreiches externes und innerbetriebliches Fortbildungsangebot
 Als Mitglied im Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ hat die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für uns eine hohe Priorität. Wir bemühen uns um familienfreundliche Arbeitszeiten und unterstützen Sie durch unseren Eltern- und SeniorenService.
 Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird von uns aktiv gefördert.
 Auch der mögliche Wunsch einer Teilzeitbeschäftigung sollte kein Hinderungsgrund sein.

Haben Sie noch Fragen?

Dann wenden Sie sich bitte an die Leiterin des Dezernates „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen“, Frau LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski, Telefon: 0221 809-6619 (E-Mail: Martina.Wenzel-Jankowski@LVR.de), an den Vorsitzenden des Klinikvorstandes und Kaufmännischen Direktor Herrn Joachim Heinlein, Telefon: 0211 922-1000 (E-Mail: Joachim.Heinlein@LVR.de) oder an den Pflegedirektor, Herrn Klemens Maas, Telefon: 0211 922-2100 (E-Mail: Klemens.Maas@LVR.de). Sie werden Ihnen gerne weiterhelfen.

Frauen werden gemäß Landesgleichstellungsgesetz NRW bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung bevorzugt berücksichtigt, sofern nicht in der Person eines Mitbewerbers liegende Gründe überwiegen. Der Bewerbung schwerbehinderter Frauen und Männer wird bei sonst gleicher Eignung der Vorzug gegeben. Wir freuen uns über Bewerbungen von Menschen mit Migrationshintergrund.

Allgemeine Informationen über das LVR-Klinikum Düsseldorf und den Landschaftsverband Rheinland finden Sie im Internet unter www.klinikum-duesseldorf.lvr.de bzw. www.lvr.de.

Bitte schicken Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen sowie Ihre Gehaltsvorstellungen bis zum 15.02.2016 an die E-Mail-Adresse: Martina.Wenzel-Jankowski@lvr.de

oder an

**Landschaftsverband Rheinland
 Dezernat „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen“
 LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski
 50663 Köln**



Ostalb-Klinikum Aalen
Klinikum der Zentralversorgung
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Ulm

Das Ostalb-Klinikum Aalen ist ein modernes und leistungsfähiges Klinikum der Zentralversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm. Zur Erweiterung des Teams im Bildungszentrum Gesundheit und Pflege mit über 100 Auszubildenden in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und Operationstechnischen Assistenz suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt Sie als

Pflegepädagogen (w/m) für die OTA-Klassen- und Fachbereichsleitung

Sie haben eine abgeschlossene Ausbildung in der Krankenpflege oder Operationstechnischen Assistenz mit entsprechender Fach- und Weiterqualifizierung.

Ausführliche Informationen erhalten Sie unter www.ostalb-klinikum.de/karriere

Wir bieten einen interessanten und anspruchsvollen Aufgabenbereich mit Zukunftsperspektiven. Eine leistungsgerechte Vergütung nach TVöD mit den Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Schwerbehinderte Bewerber werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Bewerbungsunterlagen und Anfragen richten Sie bitte bis 31.01.2016 an das

Ostalb-Klinikum Aalen
Pflegedirektor Günter Schneider
Im Kälblesrain 1
73430 Aalen
E-Mail: edith.kuehnle@ostalb-klinikum.de
Tel.: 07361 55-2001



Institut Ehlert

Ausbildungen im therapeutischen Bereich

Ausbildung zum Heilpraktiker Psychotherapie
Bundesweite Prüfungsvorbereitungskurse, berufsbegleitend in nur 5 Wochenenden & HPP Abendkurse & Intensivkurse

Praxisorientierte Therapieausbildungen
Verhaltenstherapie (AVT, GSK), Systemische Therapie, GPT nach Rogers, Hypnose, NLP

Fortbildungen
Betriebliches Gesundheitsmanagement, Stressmanagement, Selbsterfahrung, Praxisgründung u.v.m.

HPP2GO

Ihr Spezialist unter den Heilpraktikerschulen
INSTITUT EHLERT
www.ehlert-institut.de
Tel: 02171 / 7 64 64 54



APOLLON
Hochschule



Bachelor per Fernstudium – ohne Abitur!

Bachelor Pflegemanagement (B. A.)

Bachelor Gesundheitsökonomie (B. A.)

Zertifikatskurse! U. a. Gerontologie, Ernährungsberater, Praxismanagement

Kostenlose Infos: **0800 3427655** (gebührenfrei)

apollon-hochschule.de

Ein Unternehmen der Klett Gruppe

DRK49

Deutsches Rotes Kreuz



HELFT AFRIKA
Infos: www.DRK.de

Spendenkonto: 41 41 41
BLZ: 370 205 00
Bank für Sozialwirtschaft
Kennwort: Helft Afrika

Neue Berufe – Gute Chancen

**Wir machen
Ausbildung
bezahlbar!**

Heil-
praktiker/in

Psychologische/r
Berater/in

Ernährungs-
berater/in

Erziehungs- und
Entwicklungs-
berater/in

Gesundheits-
berater/in

Fitness- und
Wellnessberater/in

Tierheil-
praktiker/in

Entspannungs-
trainer/in

Senioren-
berater/in

Mediator/in

viele weitere
Ausbildungen
siehe Homepage



Staatlich zugelassene Fernlehrgänge mit
Wochenendseminaren in vielen Städten

**Beginn jederzeit
möglich!**

Impulse e. V.

Rubensstr. 20a · 42329 Wuppertal · Tel. 0202/73 95 40

www.Impulse-Schule.de



SOS-Kinderdorf-Stiftung
www.sos-kinderdorf-stiftung.de



Ihre Stiftung für Kinder.

Verwirklichen Sie Ihre persönliche
Stiftungsidee mit der SOS-
Kinderdorf-Stiftung.

Fordern Sie jetzt Informationen unter:

SOS-Kinderdorf-Stiftung
Petra Träg
Renatastraße 77 · 80639 München
Telefon 089 12606-109
stiftung@sos-kinderdorf.de

Kontonummer:

DAB-Bank · Filiale München
Konto Nr. 307 065 4003
BLZ 701 204 00

Verwendungszweck: Zustiftung

Sie kennen und schätzen...

...die Pflegezeitschrift und ihre Art, den Dingen der Pflege auf den Grund zu gehen. Jeden Monat bringt sie Ihnen Beiträge kompetenter Experten aus Praxis und Wissenschaft zu Themen der stationären oder ambulanten Pflege ins Haus. Und jeden Monat liefert sie Ihnen viele Gründe, auch andere an den dort veröffentlichten Erfahrungen und Meinungen teilhaben zu lassen.

Empfehlen Sie die Pflegezeitschrift und sichern Sie sich Ihre Prämie:

**Fachbuch
„Pflegeplanung exakt
formuliert und korrigiert“**



Damen-Reise-Set



**Multifunktions-
Taschenlampe
mit Werkzeugset**



Was müssen Sie tun?

Füllen Sie einfach zusammen mit dem von Ihnen geworbenen Abonnenten den Bestellcoupon aus und senden diesen per Post oder Fax an:
W. Kohlhammer GmbH, Pflegezeitschrift, 70549 Stuttgart, Fax: (0711) 78 63-84 36

Ja, ich abonniere die Pflegezeitschrift ab der nächsten Ausgabe.
Ich war in den letzten drei Monaten nicht Abonnent der Pflegezeitschrift. Das Abo gilt für ein Jahr und kostet 58,70 € zzgl. 8,40 € Versandkosten (für Schüler und Studenten gegen Vorlage einer Bescheinigung 31,90 € zzgl. 8,40 € Versandkosten). Das Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht gekündigt wird. Eine Kündigung ist jeweils bis zu sechs Wochen vor Ende eines Kalenderjahres möglich.

Name, Vorname: _____
Straße, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Wohnort: _____
Ich zahle: gegen Rechnung durch Bankeinzug
IBAN: _____ BIC: _____
Geldinstitut: _____
Unterschrift des Abonnenten: _____
Datum: _____

Ich habe den neuen Abonnenten der Pflegezeitschrift geworben.
Bitte schicken Sie mir für meine Empfehlung folgende Prämie zu (bitte nur eine Prämie ankreuzen):

- Fachbuch „Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert“
ISBN 978-3-17-029072-3
- Damen-Reise-Set
Art.-Nr. 90189
- Multifunktions-Taschenlampe mit Werkzeugset
Art.-Nr. 90199

Name, Vorname: _____
Straße, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Wohnort: _____

Das Prämienangebot gilt nur, solange der Vorrat reicht. Aus rechtlichen Gründen dürfen Abonnent und Prämienempfänger nicht identisch sein. Die Zusendung der Prämie erfolgt circa vier Wochen nach Zahlung des Abonnements.

Forum Stationsleitung 2016

Überzeugend führen



11. Mai 2016 in Oldenburg

Peter Friedrich Ludwig Hospital Oldenburg (PFL)



3. Mai 2016 in Aalen

Ostalb-Klinikum Aalen

Das Programm für beide Veranstaltungen mit folgenden Vorträgen*:

Was macht eigentlich der Betriebsrat? Befugnisse, Einflussmöglichkeiten, Grenzen

Zeitdruck, Profit, Personalnot – Muss die Ethik in Deutschlands Kliniken draußen bleiben?

Demenz-Patienten im Krankenhaus – Empfehlungen und rechtliche Aspekte

Alt und Jung im Team – Chancen und Risiken

Aktuelles aus der Berufspolitik

Beginnt jeweils um 9.30 Uhr und endet gegen 16.00 Uhr.

* Änderungen vorbehalten