

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

69. Jahrgang • Mai 2016

5 | 2016



www.kohlhammer-pflege.de

Kommunikation in der Pflege^x

Subtiler Zwang

Einfluss unachtsamer Worte auf die Gepflegten

Psychologische Gesprächsführung

Gespräche auch mit schwierigen Patienten meistern

Transkulturelle Pflege

Wie unterschiedliche Kulturen die Pflege beeinflussen

Die Sprache: Ein wertvolles Gut



Sandra Mantz

Kommunizieren in der Pflege

Kompetenz und Sensibilität im Gespräch

Ca. 140 Seiten. Kart. Ca. € 14,-
ISBN 978-3-17-025750-4

auch als
EBOOK

Erscheint 2. Quartal 2016

Wer pflegt, spricht. Die kommunikativen Anforderungen im Pflegeberuf steigen rasant an, und bringen Pflegenden und interdisziplinäre Teams täglich an zeitliche und emotionale Grenzen. Rasch wechselnde, kritische und empfindsame Gesprächspartner fordern von Kliniken und Pflegeeinrichtungen kontinuierliche Gesprächsbereitschaft und kompetente Ansprechpartner in allen Fachgebieten. Dieses Buch sensibilisiert für vorherrschende Denk- und Sprachmuster im Pflegealltag. Gleichmaßen zeigt es Wege auf, eigene Kommunikationsmuster kritisch zu reflektieren und sich Schritt für Schritt dem Gesprächsprofil anzunähern. Praxisorientierte Beispiele machen Mut, die bereits innewohnende Ausdruckskraft zu entfalten.



Sandra Mantz

Arbeitsbuch Kommunizieren in der Pflege

Mit heilsamen Worten pflegen

2015. 160 Seiten mit 35 Abb. und 3 Tab. Kart. € 24,99
ISBN 978-3-17-025754-2

auch als
EBOOK

Die vorherrschenden Denk- und Sprachmuster im Pflegealltag weisen alarmierend auf eine vieldeutige, floskelhafte, wenig vertrauenserweckende und dem Menschen ferne Kommunikation hin. Sie erschöpft alle am Pflegeprozess beteiligten Menschen. Dieses Buch regt zur kritischen Selbstreflexion an, sensibilisiert für Chancen und Risiken im eigenen Kommunikationsverhalten und erweitert das Bewusstsein für die Kraft der heilsamen Worte im Pflegeberuf. Es bietet Praxisnähe, Wortschätze, Übungsvielfalt und macht Mut zum guten Gespräch.

Sandra Mantz, Leiterin der SprachGUT® Akademie (www.sprachgut-akademie.de), Sprachkompetenztrainerin, Pflegefachkraft. Sie ist Fachweiterbildungsleiterin für humane Gesprächs- und Sprachkompetenz in Gesundheitsberufen und Kongressreferentin im deutschsprachigen Raum.

Auf unserem Blog haben wir ein Interview mit ihr veröffentlicht (blog.kohlhammer.de/pflege/kommunizieren-in-der-pflege).



Noch ausführlicher stellt sich Sandra Mantz auf unserem Pflegeportal (www.kohlhammer-pflege.de/community/interview-des-monats-33) vor!



Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

Laudatio zum Preis der Pflegezeitschrift 2015

CHRISTA FLERCHINGER, BERND REUSCHENBACH & ANTJE TANNEN

Drei Personen aus dem Editorial-Board der Pflegezeitschrift haben auch in diesem Jahr herausragende Beiträge ausgewählt, die mit dem Preis der Pflegezeitschrift prämiert werden. Das Preisgeld in Höhe von 300 Euro für den ersten Platz und jeweils 250 Euro für die beiden zweiten Plätze wird von der Josef und Luise Kraft-Stiftung zur Verfügung gestellt. Aus den knapp 50 Beiträgen des Jahrgangs 2015 wurden drei besonders originelle, praxisrelevante, innovative und wissenschaftlich fundierte Beiträge ausgewählt. Der Jury gefiel der Beitrag der Autorengruppe Sven Ziegler, Thomas Beer, Helma Bleses und Matthias Füller zum Einsatz von Robotik in der Pflege am besten (Ausgabe 12, S. 716–720). Der Einsatz von Technik in der Pflege ist sicherlich ein Boom-Thema, an dem sich die Geister scheiden. Was in der bisherigen Diskussion weitgehend fehlt, ist eine theoriegeleitete und empirische Forschung zu solchen Systemen: Wie wirken diese Artefakte auf die Emotion von Demenzen? Sind sie akzeptiert und wie werden sie genutzt? Das Projekt Emorobot, aus dem hier erste Ergebnisse präsentiert werden, sucht dazu Antworten. Der Siegerbeitrag besticht durch eine sehr gute sprachliche Gestaltung und einen gelungenen Mix zwischen wissenschaftlicher Fundierung und der Darstellung episodenhafter Begegnung zwischen einer Demenzen und dem robotischen System Zeno. Am Ende werden keine vorläufigen Schlüsse aus dem Projekt gezogen, sondern es wird auf die laufende Forschung verwiesen, die man – nach dem Lesen des Beitrags neugierig geworden – mit hoher Wahrscheinlichkeit weiter verfolgen wird.

Der zweite Platz geht an Chantal Wyssen und Stephanie Leuthard (Ausgabe 1, S.24–29). In ihrem Review verdichten die Autorinnen evidenzbasierte Empfehlungen zur Unterstützung Angehöriger auf Intensivstationen. Aus den gängigen Datenbanken extrahierten sie zunächst eine Liste von Kriterien zum Erleben der Angehörigen. Die Effizienz der beschriebenen pflegerischen Interventionen konnte anhand der Studien nur eingeschränkt belegt werden. Mit ihrer Arbeit rücken Wyssen & Leuthard die häufig vergessene Perspektive der Angehörigen von Intensivpatienten in das Bewusstsein der Pflegenden. Trotz aufgezeigter Limitationen

der Studien weisen die Autorinnen auf die positiven Effekte von Bewältigungs- und Unterstützungsangeboten hin.

Weitere 250 Euro für den zweiten Platz gehen an Charlotte Berendonk (Ausgabe 7, S.412–415). Die Autorin deckt in ihrem Beitrag zur Biografiearbeit bestehende Missverständnisse von Pflegenden gegenüber der Biografiearbeit auf und beschreibt typische Vorgehensweisen Pflegenden bei der Informationssammlung und Interpretation von biografischen Angaben von Demenzerkrankten. Grundlage dafür waren qualitative Interviews mit 36 Pflege- und Betreuungspersonen aus verschiedenen Pflegeheimen. Der Beitrag vermittelt anschaulich ein erweitertes Biografieverständnis. Das vorgestellte Konzept der narrative-care dient Pflegenden als Orientierung für die Einbeziehung biografischer Aspekte in die tägliche Pflege und Betreuung von Demenzerkrankten.

Das sind drei Beiträge aus einer Fülle guter Beiträge, die im Jahr 2015 veröffentlicht wurden. Wie in den Vorjahren ist auffallend, dass die Themen variantenreicher werden, bisher unbeachtete Themen aufgegriffen werden und die wissenschaftliche Qualität gestiegen ist. Wo vor Jahren noch narratives Wissen im Mittelpunkt stand, ziehen heute fast alle Autoren wissenschaftliche Erkenntnisse hinzu. Immer häufiger reichen Personen mit einem Hochschulabschluss Beiträge ein. Auch aus den Beiträgen des Jahres 2016 werden wieder drei Preise für herausragende Arbeiten vergeben.



Foto: © Matthias Füller

Telegramm

Berlin (pag) – Das Bundeskabinett hat die Eckwerte für den Bundeshaushalt 2017 und für den Finanzplan bis 2020 beschlossen. Der Gesundheitsfonds erhält die Mittel, die die Regierung versprochen hatte. Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble plant zum dritten Mal in Folge und trotz gestiegener Flüchtlingszahlen mit der schwarzen Null.

„Wir tun, was notwendig ist, um innere und äußere Sicherheit zu gewährleisten, und wir helfen den Flüchtlingen – alles ohne neue Schulden“, sagt Schäuble bei der Vorstellung des Beschlusses in Berlin. Mehr investiert wird vor allem in Infrastruktur, Bildung und Forschung. Dem Bildungs- und Forschungsmi- nisterium stehen zum Beispiel im Haushaltsjahr 2017 rund 17,5 Milliarden Euro zur Verfügung – ein Plus von rund 1,1 Milliarden Euro gegenüber 2016. Im Gesundheitsetat hält die Bundesregierung das Versprechen, den Zuschuss ab 2017 auf 14,5 Milliarden Euro zu erhöhen (2016: 14 Milliarden Euro). Zur Erinnerung: In den Jahren zuvor hatte Schäuble die Gelder zum Teil für die Haushaltskonsolidierung herangezogen. Das war mit dem Versprechen verbunden, die Mittel nach und nach zurückzuzahlen.

Insgesamt betragen die Ausgaben des Bundes 2017 laut den Eckwerten 325,5 Milliarden Euro. Bis zum Ende des Finanzplanungszeitraums im Jahr 2020 steigen die Ausgaben auf 347,8 Milliarden Euro an.

VORSCHAU 6/2016

Schwerpunkt:
Wundmanagement

Wundheilung
Individuelle Faktoren und Behandlung

Ulcus cruris venosum
Praxisprobleme in der Kompressionstherapie

Update Schlaganfall
Pflege auf der Stroke Unit

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Redaktion

Dr. Maria Moskaleva
Tel.: 07 11/78 63-72 38
maria.moskaleva@kohlhammer.de

Manon Krüger
Tel.: 07 11/78 63-72 21
manon.krueger@kohlhammer.de

Hanna Laux
Tel.: 07 11/78 63-74 87
hanna.laux@kohlhammer.de

Dr. Ruprecht Poensgen
Tel.: 07 11/78 63-72 15
ruprecht.poensgen@kohlhammer.de

Unter Mitarbeit von

Presseagentur Gesundheit (pag), Berlin
Deutsche Presse-Agentur GmbH (dpa), Hamburg

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: Ivana Musa
Tel.: 07 11/78 63-72 58
Fax: 07 11/78 63-83 93
ivana.musa@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.



PRO & CONTRA

262 **Wie Sprache das Denken und Handeln der Pflegenden prägt**
Pflege bedarf des steten Sprachwandels
ANNEROSE BOHRER

263 **Die Pflege muss ihre eigene Sprache bewahren**
Weshalb der Sprachwandel in der Pflege bedenklich ist
AXEL FOERSTER

PFLEGEPRAXIS

259 **Probier's mal mit Gemütlichkeit**
Wertschätzende Kommunikation im Pflgeteam
BRIGITTE HARTH

265 **Die Bedeutung von Sprachkompetenz in der Pflegepraxis**
Wenn Stress das Denken, Sprechen und Handeln Pflegenden dominiert
SANDRA MANTZ

272 **Jugendsprache in der Pflege**
Man kann nicht nicht kommunizieren
SASCHA BUCHINGER

275 **„Ich möchte sterben!“ – „Also geht es Ihnen nicht gut?“**
Psychologische Gesprächsführung in der (psychiatrischen) Pflege
TIM SCHUSTER

282 **Abkehr von der Minutenpflege**
Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Begutachtungsverfahren
PETER KOSTORZ

288 **Transkulturelle Pflege**
Wie unterschiedliche Kulturbegriffe ihre Praxis beeinflussen
ABDULLAH POLAT

292 **Gespräch auf Augenhöhe**
Die Pflegeanamnese in Theorie und Praxis
ANDRÉ POSENAU

PFLEGEWISSENSCHAFT

295 **Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz**
Prospektive Beobachtungsstudie von angeleiteten Gruppen
TANIA KALYTITA & GABRIELE WILZ

295 **Family Group Conference**
Ein passendes Instrument der familienorientierten Pflege zur Unterstützung pflegender Angehöriger? Ein Scoping Review
MARTIN NAGL-CUPAL & JULIA HAUPRICH

CAMPUS

300 **Aufgabe der Recherche klären und Literaturquellen auswählen**
Das kleine Einmaleins der Literaturrecherche
MELANIE MESSER

PFLEGEMANAGEMENT

303 **Das intuitive Interview**
Tipps für die Bewerberauswahl
KARL-HEINZ LIST

306 **Entbürokratisierte Dokumentation in ambulanter Pflege**
Kein Problem bei MDK-Qualitätsprüfung
JÜRGEN BRÜGGEMANN

PFLEGE PÄDAGOGIK

311 **Das Projekt Expertenstandards@work**
Leitungspersonen sind entscheidend
MATHILDE HACKMANN, KATHARINA BUSKE & BIRGITT HÖLDKE



Foto: Photographee.eu /Fotolia.com

268 „Aber wir wollen doch nur Ihr Bestes!“
Pflegende verfallen oftmals unbemerkt in ein sprachliches Muster, durch das subtil Zwang auf den Gepflegten ausgeübt wird. Christiane Luderer zeigt auf, wie Pflegende sprachlich feinfühleriger auf die Bedürfnisse ihrer Patienten eingehen können.



Foto: ©telc gGmbH

278 Ausländische Pflegekräfte
Für die Anerkennung der Berufsausbildung von ausländischen Pflegekräften ist ein Sprachnachweis erforderlich. Wie sich die unterschiedlichen Sprachnachweise vergleichen lassen, berichtet Wassilios Klein in seinem Artikel zum Thema Qualitätssicherung.



Foto: trueeffelpix.com/Fotolia.com

297 Mediation im Gesundheitswesen
Ein Rechtsstreit muss nicht immer vor Gericht ausgetragen werden. In vielen Fällen kommt auch eine professionelle Vermittlung durch eine unabhängige Person in Betracht. Wann eine Mediation sinnvoll ist und wie sie abläuft, weiß Martina Weber.

- 253 Editorial
- 254 Impressum
- 256 Kurzberichte
- 296 ImPuls der Wissenschaft
- 315 Stellenmarkt/Anzeigen

⊗ = Schwerpunktthema
PR = Peer-Review-Verfahren

Titelbild: Robert Kneschke/Fotolia.com

Deutschland tritt dem Nagoya-Protokoll bei Kampf gegen Bio-Piraterie

Ob Diättable, Hautcreme oder lebenswichtige Medizin – Produkte, in denen Pflanzen aus fernen Ländern stecken, sind Teil des Alltags. Dabei kamen die Herkunftsstaaten oft schlecht weg. Ein Abkommen, dem Deutschland jetzt beiträgt, soll das ändern.

Deutschland ist das 73. Land der Welt, das dem Nagoya-Protokoll für Artenvielfalt und gegen Biopiraterie beiträgt. Unter „Biopiraterie“ ist gemeint, dass Menschen oder Unternehmen sogenannte genetische Ressourcen – also Tiere, Pflanzen und andere Lebewesen – unkontrolliert nutzen und für Patente verwenden. Ein bekanntes Beispiel ist die Hoodia-Pflanze, die eine Bevölkerungsgruppe in Südafrika gegen Hunger kauft. Daraus entstanden Diätpillen.

Das Nagoya-Protokoll soll dagegen helfen. Es erkennt an, dass Länder ein Eigentumsrecht haben an ihren genetischen Ressourcen. „Ein Käfer, der im Amazonas herumkrabbelt, gehört Brasilien“, sagte dazu Jochen Flasbarth, Staatssekretär im Umweltministerium. Das Protokoll bestimmt, dass etwa Konzerne mit Ländern Abkommen vereinbaren müssen, wenn sie deren Ressourcen nutzen wollen. Andererseits schreibt es fest, dass jeder, der bestimmte Voraussetzungen erfüllt, diese genetischen Ressourcen auch nutzen darf. Länder dürfen den Zugang also nicht beliebig

beschränken. Und sie sollen motiviert werden, ihre Ökosysteme zu erhalten.

Deutschland ist als Nutzer ausländischer Ressourcen betroffen, da hier viel geforscht, patentiert und produziert wird. Deutsche Unternehmen müssen also künftig mit den Herkunftsländern der Bio-Materialien Vereinbarungen treffen. Dabei muss es nicht um Geld gehen, auch Daten oder Forschungsergebnisse können weitergegeben werden. Das betrifft zum Beispiel die Pharmaindustrie, aber auch andere Branchen – etwa die Hersteller von Nahrungsmitteln und Kosmetik oder auch die Pflanzenzucht.

In Deutschland ist das Bundesamt für Naturschutz für die Kontrollen zuständig. Wer sich nicht an die Regeln hält, begeht eine Ordnungswidrigkeit. Das Bundesamt kann dafür nach Anhaben des Umweltministeriums eine Geldstrafe von bis zu 50.000 Euro verhängen. Außerdem kann der Gewinn abgeschöpft werden, den jemand mit den genetischen Ressourcen macht.

Es gibt nur sehr wenige deutsche Tier- und Pflanzenarten, die nur bei uns vorkommen, sogenannte indigene Arten. Die Regierung plant deshalb nicht, den Zugang zu diesen genetischen Ressourcen in Deutschland zu reglementieren.

Als das Protokoll entstand, gab es viele Einwände. Die Pharmabranche, über die

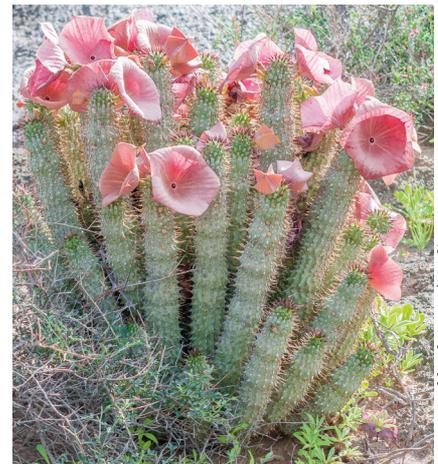


Foto: Grobler du Preez/Fotolia

Die sukkulente Pflanze Hoodia gordonii kommt vor allem im südlichen Afrika vor. Ihr wird eine hungerstillende Wirkung nachgesagt.

in diesem Zusammenhang viel gesprochen wird, unterstützt es heute grundsätzlich. „Besorgt sind wir, dass künftig vor der Weitergabe von Krankheitserreger-Proben erst Nutzungsbedingungen ausgehandelt werden sollen“, sagt Harald Zimmer vom Verbands der forschenden Pharma-Unternehmen. Das könne im Kampf gegen SARS, Ebola oder einem neuen Grippe-Stamm Zeit kosten. Zudem mahnt er an, dass Detailfragen zu klären sind, und dass viele Länder den rechtssicheren und geordneten Zugang zu ihren Ressourcen erst noch gewähren müssen. (dpa)

Prävention bei Pädophilie Therapie für mehr als 500 Männer

Berlin – Seit dem Start des Pädophilie-Präventionsprojekts „Kein Täter werden“ an der Berliner Charité vor elf Jahren haben rund 6400 Männer freiwillig Hilfe gesucht. Mehr als 1000 Betroffenen schlugen Ärzte nach einer genauen Diagnose Therapien vor, bilanzierte Klaus Beier, Sexualwissenschaftler an der Charité, am Donnerstag in Berlin.

Mehr als 500 Männer aus ganz Deutschland, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen, willigten bisher in die mehr als einjährige kostenlose Behandlung ein. Dabei lernen sie, ihre Neigung zu kontrollieren, ohne Kinder zu gefährden.

Das Netzwerk „Kein Täter werden“ hat inzwischen elf Standorte in Deutschland. Seit Ende 2014 gibt es das Präventionsangebot auch für Jugendliche. Innerhalb eines Jahres meldeten sich mehr als 50 Jungen zwischen 12 und 18 Jahren freiwillig, 25 von ihnen machten Ärzte ein Therapieangebot.

Nach Schätzungen von Sexualwissenschaftlern hat rund ein Prozent der männlichen Bevölkerung pädophile Neigungen. Ende April tagte in Berlin ein Fachkongress unter dem Titel „Wegsperrten und zwar für immer? – Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit mit sexuell auffälligen Menschen“. (dpa)

Ankündigung: Palliative Care-Fachtagung

Am 01.06.2016, 09.00-16.30 Uhr, findet im Ostalb-Klinikum Aalen (Bildungszentrum Gesundheit und Pflege) die „Fachtagung Palliativ Care 2016“ statt. Die Tagung bietet ein anspruchsvolles Programm mit sechs Vorträgen: Sterbebegleitung hochbetagter Menschen, Trauernde begleiten, Sterben dürfen aus Sicht der Medizin, die neue Palliativ-Gesetzgebung, Spiritualität am Lebensende. Das Spektrum richtet sich an Beschäftigte in Kliniken, stationären und ambulanten Einrichtungen, Ausbildungsstätten, begleitende Dienste und ehrenamtlich Tätige. Weitere Informationen: www.ostalbklinikum.de

Personalschlüssel in Pflegeheimen jetzt verhandeln Neuer „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ führt zu einem erhöhten Personalaufwand

Essen – Unterstützung für einen verbindlichen Personalschlüssel in Pflegeheimen kommt vom Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad). Bundesgeschäftsführerin Andrea Kapp: „Ich teile die Meinung des Pflegebevollmächtigten, dass die bisherigen Personalschlüssel in den Landesrahmenverträgen komplett veraltet sind.“

Karl-Josef Laumann, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, hat erneut darauf hingewiesen, dass der ab 2017 geltende „Pflegebedürftig-

keitsbegriff“ zwangsläufig mit einem erhöhten Personalaufwand einhergehe, der selbstverständlich in den Personalschlüsseln der Pflegeheime abgebildet werden müsse. Kapp fordert: „Es müssen jetzt dringend in den individuellen Pflegesatzverhandlungen und in den Verhandlungen der Landespflegesatzkommissionen angemessene Personalschlüssel vereinbart werden.“

Der Verband begrüßt, dass durch das Pflegestärkungsgesetz II entsprechende Gelder zur Verfügung gestellt werden. „Die in den letzten Jahren durch

die Kassen betriebene Sparpolitik um jeden Preis gehört damit endgültig der Vergangenheit an und muss durch eine an den Patienten orientierte Leistungsbewilligung ersetzt werden“, so Kapp. Anders könne man der Öffentlichkeit nicht erklären, warum der Beitragssatz um 0,2 Prozentpunkte erhöht wurde, wenn dieses Geld nicht auch den Pflegebedürftigen zugute käme.

Der bad vertritt die Interessen von bundesweit rund 1000 ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen. (pag)

Pflegedienste müssen sich stärker auf Migranten einstellen Studie zeigt Mängel bei kultursensibler Pflege

Berlin – Viele ambulante Pflegeanbieter sind nicht ausreichend auf die Herausforderung vorbereitet, Menschen kultursensibel zu pflegen. Das zeigt eine aktuelle Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) und der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Besonders in den Bereichen kultursensibel qualifiziertes Pflegepersonal, muttersprachliche Pflege sowie leicht zugängliche Informationsangebote für ältere pflegebedürftige Migranten bestehen laut ZQP bei vielen Diensten geringe Kompetenzen. So gaben die Leitungskräfte der Pflegedienste an, dass nur ein Viertel ihrer Mitarbeiter über ausreichende Sprachkenntnisse, Hintergrundwissen zu anderen Kulturen und zu Migrationsaspekten verfügt. Lediglich 15 Prozent der Arbeitgeber ermöglichen ihren Mitarbeitern entsprechende Fortbildungen. Auch bietet etwa die Hälfte der befragten Dienste keine Versorgung in einer anderen Sprache als Deutsch an. Nur ein vergleichsweise geringer Teil greift auf ein Kooperationsnetz mit muttersprachlichen Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich, wie Ärzten oder Therapeuten, zurück. Für die Studienautoren wiegen die Defizite umso schwerer, weil eine muttersprachliche pflegerische Versorgung von den meisten älteren Migranten als besonders wichtig angesehen wird, heißt es.

Die Autoren weisen auch darauf hin, dass der Wissensstand zum Thema Pflege bei älteren pflegebedürftigen Men-



Gerade am Lebensende werden die eigene Kultur und Religion häufig besonders wichtig. Mit steigender Zahl Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund wird die Kultursensibilität immer wichtiger.

schen mit Migrationshintergrund nach wie vor gering ist. Dies sei unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Informationen zu kultursensiblen Angeboten die unterschiedlichen Zuwanderungsgruppen oft nicht erreicht. Bisher betreibe lediglich ein Drittel der ambulanten Pflegeanbieter migrationspezifische Werbemaßnahmen, so die Autoren. Mehr als die Hälfte (53 Prozent) der befragten Dienste, die gezielt Werbung machten, böten keine mehrsprachigen Informationsmaterialien, zum Beispiel Webseiten, Broschüre oder Flyer an. Die Organisation von Informati-

onsveranstaltungen nutzten nur 21,3 Prozent, die direkte Ansprache über Gesundheits- und Pflegelotsen innerhalb der jeweiligen ethnischen Gruppen 41,3 Prozent.

Die Anzahl der über 65-Jährigen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland wächst. Von derzeit rund 1,6 Millionen wird sie laut ZQP in den kommenden Jahren deutlich ansteigen. In Berlin schätzen 60,1 Prozent aller in die Untersuchung einbezogenen Pflegedienste ihren Klientenanteil von Menschen mit Migrationshintergrund auf bis zu 25 Prozent. (pag)

Ethikrat: Patientenwohl im Krankenhaus gerät unter die Räder Durch die Ökonomisierung bleibt keine Zeit für die Kommunikation

Berlin – Im Krankenhaus ist das Patientenwohl nicht mehr das Maß aller Dinge, stellt der Deutsche Ethikrat in einer Stellungnahme fest. Ein Grund dafür sei der zunehmende ökonomische Druck in den Kliniken. Während sich die Krankenkassen vor allem auf eine Verringerung der Ausgaben fokussierten, hätten die Leistungserbringer ihre Ertragssteigerung zum Ziel.

„Wir besitzen in Deutschland eine Krankenhausversorgung auf hohem Niveau“, sagt die Vorsitzende des Ethikrates, Prof. Christiane Woopen. „Diese ist jedoch teilweise nicht ausbalanciert, weshalb durchaus Reformbedarf besteht.“ Die Entwicklungen der letzten Jahre würfen Fragen nach dem leitenden normativen Maßstab der Krankenhausversorgung auf. Die in der Klinik Tätigen stünden vor zunehmenden Schwierigkeiten, ihre berufsethischen Pflichten umzusetzen, ergänzt Ethikrat-Mitglied Prof. Thomas Heinemann. Das Geschehen in der Klinik müsse sich am Patientenwohl ausrichten, so das

Gremium. Dies sei durch drei Kriterien gekennzeichnet: die „selbstbestimmungsermöglichende“ Sorge für den Patienten, die gute Behandlungsqualität sowie Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit.

Aktuell sei die Versorgung jedoch gekennzeichnet durch schwindende Möglichkeiten einer angemessenen Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten, Pflegenden und Patienten und Therapeuten und Patienten. Einige der 29 Empfehlungen des Ethikrates beziehen sich darauf, die Verständigung zwischen den Beteiligten zu verbessern. Dazu gehört, die kommunikativen und interkulturellen Kompetenzen aller im Krankenhaus Tätigen zu fördern und dafür entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote zu entwickeln.

Zudem soll der zeitliche und organisatorische Aufwand bei den Vorgaben für die Vergütung innerhalb des DRG-Systems berücksichtigt werden. Dies betrifft sowohl die Kommunikation mit Patienten als auch die zwischen den Pro-

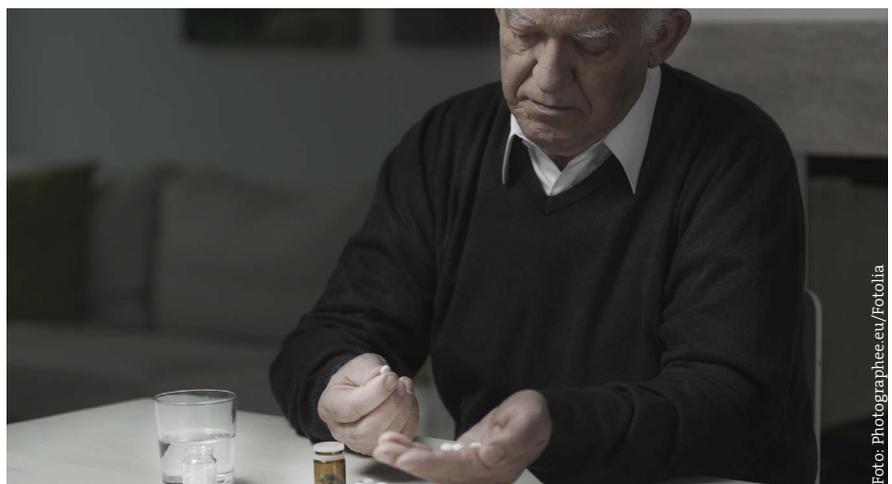
fessionen. Außerdem sollte Fehlanreizen im DRG-System, die das Patientenwohl beeinträchtigen, entgegengewirkt werden. Der Ethikrat schlägt unter anderem vor, die Abrechnung von zwei und mehr DRGs für einen Krankenhausaufenthalt bei multimorbiden Patienten einzuführen, um sogenannte Drehtüreffekte zu vermeiden.

Zudem mahnt das Gremium an, Patienten mit besonderen Bedarfen stärker zu berücksichtigen. Für Kinder und Jugendliche, Menschen in hohem Lebensalter, mit Demenz, mit Behinderung und mit Migrationshintergrund müsste sichergestellt werden, dass sie den gleichen Zugang zu Krankenhausleistungen erhalten. Die 26 Ratsmitglieder empfehlen unter anderem, kinderspezifische DRGs einzuführen oder die Kindermedizin vom DRG-Abrechnungssystem zu entkoppeln. Für Menschen mit Behinderung sollten die Krankenhäuser barrierefrei gestaltet und Bedingungen geschaffen werden, die ihren besonderen Belangen gerecht werden. (pag)

Sucht im Alter: neue Informationen für Pflegekräfte

Berlin – Die Fachstelle für Suchtprävention Berlin hat eine Broschüre „Suchtsensible Pflege“ entwickelt, die sich konkret an Fachkräfte in der Altenpflege wendet. Sie sollen dabei unterstützt werden, qualifiziert zum Thema „Sucht im Alter“ beraten und handeln zu können.

„Sucht schaut nicht nach dem Alter. Auch ältere Menschen können suchtfähig oder bereits suchtkrank sein“, sagt die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Marlene Mortler. Es sei wichtig, dass Pflegekräfte ausreichend qualifiziert sind. „Werden die älteren Menschen frühestmöglich angesprochen, ist die Chance groß, mit geeigneter Hilfe deren Lebensqualität wieder zu erhöhen oder zu erhalten“, so die CSU-Politikerin. Dabei solle die Broschüre helfen. Das kostenlose Heft vermittelt auf 23 Seiten Wissen zu substanzbezogenen Störungen im Alter. Informiert wird zudem, wie durch motivierende Gesprächsführung professionell interveniert werden kann.



Tablettenabhängigkeit ist unter den älteren Menschen keine Seltenheit. Auch gibt es immer wieder Fälle von Alkoholsucht. Hier gilt, wie bei allen Süchtigen: frühes Eingreifen hilft.

Das Thema „Sucht im Alter“ gewinnt aufgrund des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung. Rund 15 Prozent der von ambulanten oder stationären Pflegediensten betreuten Menschen haben bereits heute ein Alkohol- oder Medikamentenproblem.

Die Broschüre und weitere Informationen sind im Internet unter dem folgenden Link erhältlich:
http://www.berlin-suchtpraevention.de/public/shop/~csc/shop-a98.html?cat=c4_Broschueren.html

(pag)

> Probier's mal mit Gemütlichkeit

Wertschätzende Kommunikation im Pflegeteam

BRIGITTE HARTH

Ausgerechnet in Pflegeteams – mit Menschen, die laut Ausbildung und Selbstbild die personifizierte Freundlichkeit und Wertschätzung sein müssten – funktioniert das Miteinander der Kollegen oft nicht und ist teilweise sogar durch „horizontale Feindseligkeit“ geprägt. Brigitte Harth erklärt, wie man mit dem Bär-Balu-Prinzip auf Augenhöhe kommuniziert.

Das Pflegepersonal macht sich das Leben oft gegenseitig schwer und ist abwertend und unhöflich zueinander. Selbst wenn horizontale Feindseligkeit noch nicht um sich gegriffen hat, sind Pflegenden oft Einzelkämpfer. Um Hilfe zu bitten, das ist schon etwas Besonderes. Fehler zuzugeben, das geht oft gar nicht. Großzügigkeit und Gelassenheit gegenüber den Fehlern von Kolleginnen sind selten, stattdessen wird hinter dem Rücken der betroffenen Personen darüber hergezogen.

Erschwerend kommt hinzu, dass viele Pflegeeinrichtungen mittlerweile große Probleme haben, qualifiziertes Personal zu finden, und dass in diesen personell schlecht ausgestatteten Einrichtungen unter Zeitdruck gearbeitet wird und Schnelligkeit Trumpf ist. Das bekannte Bär-Balu-Motto, das Lied „Probier's mal mit Gemütlichkeit“ aus dem Walt-Disney-Film „Das Dschungelbuch“, muss vielen Kollegen in der Altenpflege als verträumt unrealistische Grundhaltung in einem hoch stressigen und krankmachenden Alltag erscheinen. Gemütlichkeit? Im Gegenteil: Hohes Tempo ist gefragt (es gibt sogar „Wett-Pflegen“ in Einrichtungen!) und wird als Wert in der Pflege auch gar nicht mehr hinterfragt. Stärken wie Einfühlungsvermögen, Geduld, innere Ruhe („Was soll das denn sein?“) und Kreativität zählen kaum mehr oder landen weit abgeschlagen unter „ferner liefen“.

Bär Balu oder Schlange Kaa?

Der Psychologe Kurt Wirsing (2007) hat die beiden Figuren aus der Dschun-

gelbuch-Verfilmung von Walt Disney benutzt, um zwei verschiedene Tendenzen des Umgangs mit Konflikten zu beschreiben:

- Die Schlange-Kaa-Sicht ist die problemorientierte Sichtweise, die sich primär damit beschäftigt, wie es zu dem Problem überhaupt kommen konnte, wer an welchen Punkten Schuld hat und wer die Verantwortung dafür übernehmen muss. Es gibt eine Fixierung auf das Problem und auf die Fehler der einzelnen Personen: ein „Schwarze-Peter-Spiel“ also, bei dem der Einzelne versuchen muss, einigermaßen ungeschoren davon zu kommen. Wem das nicht gelingt, der ist gezeichnet durch Fehler und Misserfolg und rutscht in der internen Hierarchie des Teams nach unten.
- Die Bär-Balu-Sicht ist die lösungsorientierte Sichtweise. Es geht nicht darum, den Schuldigen zu finden, sondern einen Ausweg aus der Bredouille. Dabei geht es nicht um die Verantwortung für die Fehler der Vergangenheit, sondern um die Verantwortung für die Verbesserungen der Situation in der Zukunft. Die Sicht ist immer ressourcenorientiert: Wer kann was beisteuern, und wie können wir diese Ressourcen bei der Suche nach Lösungen einsetzen? Die Fehler der Vergangenheit sind nun einmal passiert und werden mit Gelassenheit hingenommen. Sie regen dazu an, kreative Veränderungen vorzunehmen. Die Bär-Balu-Sichtweise gibt den handelnden Personen neue Chancen, selbst wenn sie Fehler gemacht haben.

Wirsing wendet diesen Ansatz auf das Problemlöseverhalten an; die eingängigen Bilder lassen sich aber auch gut auf die Kommunikation im Team insgesamt und auf den Umgang untereinander anwenden.

Es gibt bei den meisten Pflegenden eine erhebliche Sehnsucht nach Arbeiten in einem wertschätzenden Team mit Kollegen, die gelassen mit Stress umgehen und sich gegenseitig unterstützen. Dabei ist das Bild des Bären Balu vermutlich deshalb so attraktiv und entlastend, weil die Figur nicht für Anstrengung, Disziplin und Selbstkasteiung steht, sondern für Genießen und gute Laune. Reicht es also unter Umständen aus, positive Veränderungen im Team zu erreichen durch weniger Anstrengung und Druck, durch mehr gute Laune und mehr Gemeinsamkeit?

Im Folgenden werden wichtige Voraussetzungen für eine Umsetzung des Bär-Balu-Prinzips benannt.

1. Die Fähigkeit, aber auch die Gelegenheit zur Kommunikation

Die Basis für ein gutes Miteinander im Team ist eine gute Kommunikationsfähigkeit der einzelnen Teammitglieder:

- Die Person geht auf andere offen und wohlwollend, aber ohne Distanzlosigkeit zu.
- Sie ist schnell in der Lage, Kontakte zu knüpfen und auszubauen.
- Sie kann zuhören und geht auf Gesprächspartner ein.
- Sie kann dem Gesprächspartner gegenüber Wertschätzung offen zeigen.
- Sie legt in allen – auch in schwierigen und konfliktgeladenen – Situationen ein gutes, beherrschtes Auftreten an den Tag.

An dieser Aufzählung wird deutlich, dass die Kommunikationsfähigkeit nicht nur

je nach Person höchst unterschiedlich ist, sondern sich auch je nach Situation und Stimmung höchst unterschiedlich gestaltet. Gute Kommunikationsfähigkeit ist nicht einfach da, sondern muss im Team miteinander geübt und in unterschiedlichen Situationen ausprobiert werden.

Wichtig für einen guten Umgang miteinander ist deshalb nicht nur die Fähigkeit zur Kommunikation, sondern auch die Gelegenheit dazu. Regelmäßige Kommunikation im Team ist eine der wichtigsten Faktoren bei der Entwicklung von Zusammenhalt und Wir-Gefühl. Dabei geht es nicht um besonders lange und langwierige Besprechungen, sondern darum, gemeinsam Ziele zu erarbeiten und die Umsetzung zu prüfen. Grundsätzlich gilt dabei: Lieber kürzer und gut strukturiert!

Aber Kommunikation findet überall statt, nicht nur bei den offiziellen Gelegenheiten wie Teamsitzungen, Fallbesprechungen und Schulungen. Auch Raucherpausen und Flurgespräche sind wichtig. Oft haben Pflegende das Gefühl, sie tun etwas Überflüssiges, gar etwas „Verbotenes“, wenn sie auf dem Flur mit einer Kollegin sprechen. Dabei tanken sie oft einfach wieder auf, versichern sich der gegenseitigen Unterstützung und vergewissern sich, dass sie an einem Strang ziehen (Schützendorf 2010). Der Bär Balu könnte jedenfalls ohne seine gemütlichen Schwätzchen nicht so große Kräfte für seine Abenteuer mobilisieren.

2. Meckern verboten!

Gelegenheiten zum Gespräch bieten zwar die Basis für gute Kommunikation, wichtig dabei ist allerdings die „Klangfarbe“. Kontraproduktiv nicht nur für die Stimmung im Team, sondern auch für das Lösen von Problemen ist das Meckern, wenn es auf der Jammerebene stehen bleibt. Dann ist die Schlange Kaa am Werk und hypnotisiert mit ihren irrisierenden Augen ihre Opfer: Es wird gemurmelt aus Lust am Jammern, und in der Pflege findet man im Team fast immer Kollegen, die hier gerne solidarisch mitjammern. Allerdings folgt auf das Jammern eher selten der Antrieb, konkret etwas zu ändern, und zwar selbst bei Dingen, die relativ einfach zu ändern wären.

Mittlerweile gibt es in Deutschland Betriebe, die ein Jammer- und Mecker-

verbot vertraglich festlegen (obwohl dies arbeitsrechtlich als schwierig eingeschätzt wird): Das Beispiel der Leipziger IT-Firma Nutzwirk ist vor einiger Zeit durch die Presse gegangen (Schürmann 2009). Die Mitarbeiter erklärten, dass das Verhältnis untereinander erstaunlich persönlich geworden sei durch das Meckerverbot; seit es für Rauch- und Mittagspausen die üblichen Meckerthemen nicht mehr gebe, würde jede und jeder mehr über sich selbst erzählen. Dabei ist das Jammern auch bei der Leipziger Firma nur dann verboten, wenn die Schlange Kaa am Werke ist. Produktive Kritik und ernsthafte Lösungsansätze, die nicht beim Problem stehenbleiben, sondern sich wie Bär Balu auf die Lösung des Problems konzentrieren, sind gerne gesehen.

Dieses Meckerverbot lässt sich im Sinne wertschätzender Kommunikation auch gut auf die Kommunikation über und mit Personen ausweiten: weg von der Fixierung auf Fehler und Schwächen, hin zu einer produktiven Sicht auf Ressourcen und Möglichkeiten auch bei Kolleginnen und Kollegen!

3. Offener Umgang mit Fehlern fördert Veränderungen

Die meisten Menschen haben Angst, Fehler zu machen, und wenden erhebliche Energien auf, eigene Fehler oder gefühlte Unzulänglichkeiten vor den anderen zu verbergen. Zunächst mal ist das auch völlig in Ordnung: In einer Gruppe, in der die anderen Gruppenmitglieder schlecht eingeschätzt werden können, ist es zunächst einmal sinnvoller, die eigene Person zu schützen und nicht bedingungslos die ungeliebten Seiten offenzulegen. In einem Team jedoch, das dauerhaft und vertrauensvoll zusammenarbeitet, kann jeder Fehler oder jeder Beinahe-Fehler Anlass sein, über Verbesserungen in der Arbeit nachzudenken – je offener also über Fehler gesprochen werden kann, desto besser kann über notwendige Veränderungen nachgedacht werden.

Hier ist insbesondere die Leitung gefragt. Diejenigen Mitarbeiterinnen, die offen über eigene Fehler berichten, sollten gestützt werden. Die Reflektion eigener Fehler und Schwierigkeiten muss zum geschätzten und belohnten Verhalten werden. Ein Lernen aus Fehlern ist besser als Stillstand ohne Fehler. Dabei verändert sich die Bereitschaft, über

Fehler zu sprechen, oft schon dadurch, dass Führungskräfte oder langjährige Mitarbeiter eigene Fehler selbst offen im Team ansprechen. Jede dieser Gelegenheiten verändert die Feedbackkultur im Team zum Positiven.

4. Feedback-Kultur durch Lob und Anerkennung

Bei Feedback denken die meisten Menschen zunächst mal an negatives Feedback. Die einen reagieren bei dem Thema erschrocken, die anderen verkünden, dass sie wunderbar fähig seien, mit Kritik umzugehen – im Gegensatz zu den meisten Menschen. Die faktische Reaktion auf negatives Feedback ist übrigens bei beiden Gruppen ähnlich.

Negatives Feedback so zu geben, dass der Feedbacknehmer echte Chancen hat, daraus positiv zu lernen, ist sehr schwierig. Die beste Voraussetzung ist eine gute, tragfähige Beziehung.

Dagegen ist positives Feedback oft ganz einfach und dazu sehr hilfreich beim Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Lob und Anerkennung sind deutlich mehr als bloße Nettigkeiten, insbesondere wenn sie sich gezielt und spezifisch auf die Person beziehen. Sie stellen eigenständige Wirkfaktoren dar, deren Fehlen sich negativ bemerkbar macht. Gut belegt ist, dass fehlende Anerkennung im Zusammenhang mit einer hohen Verausgabungsbereitschaft der Mitarbeiter ein echtes Gesundheitsrisiko darstellen kann (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2010).

Wertschätzende Kommunikation fördert den wertschätzenden Blick auf den Kollegen oder die Kollegin: Du bist zwar nicht so schnell wie ich bei der Grundpflege, weil du nicht so organisiert bist. Aber deine Geduld und Freundlichkeit beim Umgang mit schwierigen Patienten ist allemal ein positives Feedback wert.

5. Angst und Druck rausnehmen!

Die Figur des Bären Balu aus dem Dschungelbuch ist nicht nur gemütlich und gelassen, sondern vor allem relativ angstfrei. Dabei gibt es Angst in jedem Team, genauso wie es Konkurrenz, Antipathie und Missgunst gibt. Für den Umgang (auch) mit solchen negativen Gefühlen gibt es in jeder Gruppe Regeln.



Literatur

Bartholomew K (2009). Feindseligkeit unter Pflegenden beenden. Wie sich das Pflegepersonal gegenseitig das Leben schwer macht und den Nachwuchs vergrault – Analysen und Lösungen. 1. Auflage Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2010). Gute Führung in der Pflege. Arbeitshilfe der Initiative Neue Qualität der Arbeit INQA.de (https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-hh2-fuehrung.pdf?__blob=publicationFile; Zugriff am 13.03.2016)

Schützendorf E (2010). Wer pflegt, muss sich pflegen. Belastungen in der Altenpflege meistern. 2. erweiterte Auflage Wien: Springer-Verlag.

Schürmann M (2009). Jammern verboten. In: WAZ-Info 15.05.2009. (<http://www.derwesten.de/waz-info/jammern-verboten-id455251.html>; Zugriff am 12.03.2016)

Schulz von Thun F (2001): Miteinander reden. Störungen und Klärungen. Sonderausgabe, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt TB Verlag.

Stahl E (2002): Dynamik in Gruppen. Handbuch der Gruppenleitung. 1. Auflage, Weinheim: Beltz Verlag.

Wirsing K (2007). Psychologie für die Altenpflege. Lernfeldorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch. 6. überarbeitete Auflage Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Das Team einigt sich darauf, was angemessenes Verhalten ist und wer welche Rolle füllt; es schließt unbewusst einen „Gruppenvertrag“ (Stahl 2002). Dies findet oft gar nicht im offenen Gespräch statt; tatsächlich erfolgt die Zustimmung, aber auch die Kritik und Sanktionierung innerhalb des Teams übrigens nonverbal. Die Kollegen signalisieren nonverbal – etwa durch ein Augenrollen oder ein Abwenden in der Körperhaltung oder durch ein Nicken – wie sie das Verhalten anderer Kollegen beurteilen.

Hier ist es hilfreich, wenn die Teamleitung dafür gesorgt, dass verbale und auch nonverbale Angriffe auf Kollegen entweder unterbleiben oder nach bestimmten Regeln ausgetragen werden. Je klarer die Regeln in einem Team sind und je deutlicher Abweichungen in einem Team sanktioniert werden, desto besser lassen sich Angst und Druck reduzieren.

Ein guter Gradmesser ist übrigens oft die Lebendigkeit von Teamsitzungen. Wenn der Angstpegel relativ niedrig ist, geht es meist offener, lauter und lebendiger zu, als wenn die Angst vor der Gruppe und der Leitung relativ hoch ist.

6. Dem Einzelnen Perspektive geben!

In der Praxis äußern Pflegekräfte auf die Frage nach den Ursachen für Probleme und Spannungen im Team in der Regel zunächst äußere Faktoren: zu wenig Personal, schlecht ausgebildete Mitarbeiter, zu viele Überstunden und zu wenig Freizeit usw. Insofern ist die Frage berechtigt, ob das Bär-Balu-Prinzip nicht wieder die Verantwortung für ein besseres Miteinander im Team (und damit für eine bessere Pflege) auf die und den einzelnen Pflegenden abwälzt. Das Bär-Balu-Prin-

zip propagiert Gelassenheit und gute Laune, wo die äußeren Rahmenbedingungen weder für das eine noch für das andere förderlich sind. Verlangen wir jetzt den Pflegenden auch noch ab, sich praktisch gegenläufig zu gesellschaftlichen Tendenzen und Anforderungen zu verhalten und Leistungs- und Konkurrenzdruck zu ignorieren? Nach dem Bär-Balu-Prinzip schafft sich das Team im Pflegeheim einen Freiraum, den es faktisch für die erwerbstätigen Pflegekräfte „draußen in der Welt“ nicht gibt. Müssten nicht zuerst die Rahmenbedingungen angepackt werden?

Auf der anderen Seite scheint es nicht angemessen, auf bessere Zeiten für die Pflege zu warten: Was jetzt verbessert werden kann, sollte verbessert werden. Und ein gut funktionierendes Pflegeteam bleibt mit seiner Außenwirkung nicht beim Einzelnen und seinen individuellen Möglichkeiten stehen. Zum einen ist mit der Teamebene bereits eine Ebene erreicht, in der nicht mehr die einzelne Pflegekraft allein und für sich selbst in der Pflicht steht, Arbeitsbereitschaft und Gesundheit zu erhalten. Die Gemeinschaft im Team dürfte erheblich zur Entlastung des Einzelnen beitragen. Zum anderen hat ein gutes Team, das wertschätzend miteinander kommuniziert, eine nicht zu unterschätzende Außenwirkung: Wenn es damit gelingt, die Mitarbeiter zu halten und zufriedener zu machen und „den Nachwuchs nicht zu vergraulen“ (Bartholomew 2009), ist auch pflegepolitisch schon einiges gewonnen. <<

Zusammenfassung

Die Kommunikation im Pflgeteam kann entweder problemorientiert sein oder lösungsorientiert. Das lösungsorientierte Miteinander nach dem Bär-Balu-Prinzip beinhaltet die produktive Veränderung von schwierigen Situationen unter Einsatz der vorhandenen Ressourcen. Das Bär-Balu-Prinzip vermeidet die Zuweisung von Schuld, das Nachweisen von Fehlern und die Ausgrenzung derer, die Fehler machen, und vermindert damit Angst und Druck im Team. Stattdessen setzt es auf Gespräche, Lob, Anerkennung und die Entwicklung einer Fehlerkultur.

Schlüsselwörter: *Teamentwicklung, wertschätzende Kommunikation, Lösungsorientierung, Fehlerkultur*

Autorenkontakt:

Brigitte Harth, Dipl. Psychologin, Dipl. Gerontologin.
Selbständige Dozentin, Schulungen und Team-Coachings im Bereich Altenpflege (www.brigitte-harth.de).
Seit langen Jahren aktiv in der Selbsthilfe Demenz, Vorsitzende der Alzheimer-Gesellschaft Hessen und des Demenz-ForumDarmstadt e.V.

> Wie Sprache das Denken und Handeln der Pflegenden prägt

Pflege bedarf des steten Sprachwandels

ANNEROSE BOHRER

Sprache befindet sich beständig im Wandel. Dies trifft für die Sprache von Pflegefachkräften ebenso zu wie für die Sprache vieler anderer Personen- und (Berufs-)Gruppen. Nicht immer ist den Sprechenden die Vielfalt und Reichweite der sich verändernden Sprache bewusst. Ein Beispiel: In der Pflegeübergabe ist eine schier unerschöpfliche Fülle neuer Begriffe in Form von Abkürzungen und Anglizismen zu vernehmen: Der Aufwachraum wird zur „PACU“ (post anaesthesia care unit), Menschen mit besonderem Pflegebedarf zu einem „PKMS“ und die Entscheidung über das Nichteinleiten von Reanimationsmaßnahmen wird mit „DNAR“ (do not attempt resuscitation) oder „AND“ (Allow natural death) bezeichnet.

Pro

Den we-
niger be-
wusst
Verände-

rungen der Sprache stehen diejenigen gegenüber, die Ergebnis eines bewussten und langen Ringens um den treffendsten Begriff waren: Die neue Berufsbezeichnung als Gesundheits- und Krankenpflegende bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende ist ein solches Beispiel. Keine Frage, der Begriff klang bei der Gesetzesnovellierung 2003 sperrig und umständlich. Dafür drückte er aus, dass sich Pflegefachkräfte aufgrund ihrer Expertise nicht lediglich Krankheiten zuwenden, sondern Bedingungen für Gesundheit in ihr beratendes, anleitendes, unterstützendes Pflegehandeln konsequent einbeziehen. Die Abkehr vom historisch gewachsenen Begriff der Schwester ist dabei ein wichtiger Schritt im Hinblick darauf, wie der Pflegeberuf in seiner Professionalität wahrzunehmen ist. Angesichts der aktuellen berufspolitischen Entwicklungen hin zu einem generalistischen Pflegeberuf wird nun erneut um eine veränderte Berufsbezeichnung zu ringen sein.

Sprache verändert sich unweigerlich und das beinhaltet Chancen! Sprache prägt das Denken und Handeln der Sprechenden – und umgekehrt prägt unser Denken das, was wir sagen und tun. In

der Sprache drückt sich eine dahinterliegende Grundeinstellung aus. Dies anerkennend ist es eine logische Aufgabe für die Pflege, um gute Begriffe zu ringen, auf der Ebene der Pflegefachkräfte ebenso wie auf der Ebene von Pflegewissenschaft, -bildung und -management. Es braucht gute Begriffe für das, worüber Pflegefachkräfte sprechen und worüber sie urteilen, was sie zu verstehen suchen und was ihnen nicht selten unverständlich bleibt.

Gerade weil Worte stark sind, weil sie die Macht besitzen, pflegebedürftigen Menschen ein Etikett zu verleihen – beispielsweise als vermeintlich aggressiv, bockig oder unkooperativ – ist Achtsamkeit bei der Wortwahl geboten. Die Informationsweitergabe über einen pflegebedürftigen Menschen – ob mündlich oder schriftlich – benötigt eine inhaltlich aussagekräftige Sprache, die Hilfestellungen anbietet für den Pflege- bzw. Behandlungsprozess. Um diesem Anspruch zu genügen, sind zu meist mehr Worte als nur eines vonnöten. Unter dem Begriff „aggressiv“ stellen sich viele verschiedene Pflegende viele verschiedene Dinge vor. Hat eine Bewohnerin eine Pflegemaßnahme mit Worten, vielleicht lautstark, abgelehnt? Hat sie sich am Arm der Pflegenden festgeklammert, geschrien oder nach den Pflegenden geschlagen? Und wichtiger noch: Wie kam es jeweils zu die-



Foto: Evangelische Hochschule Berlin

sem Verhalten? Welche Gründe gab es aus der Sicht der Beteiligten dafür, dass laut gesprochen, geschrien, geschimpft oder auch geschlagen wurde? Wie lässt sich die Situation verstehen und – im besten Fall – zukünftig vermeiden? Wie lässt sich eine Situation schaffen, die dem pflegebedürftigen Menschen und der Pflegeperson gut tut, anstelle zusätzliche Hilflosigkeit, Schmerz, Angst oder Druck zu provozieren?

Hätten Pflegefachkräfte in ihrer täglichen Arbeit mehr Raum, in dieser um Verstehen bemühten Haltung hinter das Verhalten der Menschen, die sie pflegen, zu sehen, dann würde diese Haltung nicht nur den Pflegebedürftigen, sondern ebenso auch den Pflegefachkräften zugutekommen. Allerdings ist es angesichts bestehender Rahmenbedingungen keine Selbstverständlichkeit, dass Pflegefachkräfte sich in dieser Form von Fürsorge und Professionalität den ge-

Autorenkontakt:

Dr. Annerose Bohrer, Professorin für Pflege- und Gesundheitswissenschaft an der Evangelischen Hochschule Berlin
Kontakt: bohrer@eh-berlin.de

pflegten Menschen zuwenden können. Im pflegerischen Alltag bestimmen enge Zeitkorridore, kurze Verweildauer, eine Verdichtung der Arbeit mit minimalen Möglichkeiten für Beziehungen das pflegerische Handeln.

Es ist unbequem, wenn unter diesen Bedingungen von Seiten der Pflegewissenschaft auf vermehrten Handlungsbedarf, z.B. im Umgang mit Menschen mit Demenz, aufmerksam gemacht wird. Der Begriff des „herausfordernden Verhaltens“ tut dies. Ohne Frage hat auch dieser Begriff seine Schwächen und kann die Bandbreite an passiven und aktiven Verhaltensweisen, die zu professionellem Handeln herausfordern, nicht hundertprozentig fassen. Er macht aber mit

aller Deutlichkeit darauf aufmerksam: Hier stimmt etwas nicht – und zwar mit der gesamten Situation, in der sich ein Mensch befindet. Es ist wichtig, auf das Bedürfnis zu schauen, das hinter einem beobachtbaren, herausfordernden Verhalten liegt. So kann das Laufen (sei es Hin-, Weg- oder Umherlaufen) ein inneres Bedürfnis ausdrücken, z.B. nach Geborgenheit, Wärme oder Liebe, wie sie daheim empfunden wurde – „nach Hause“ möchten viele Bewohnerinnen und Bewohner und meinen mehr noch als den räumlichen Aufenthaltsort die emotionale Seite des Zu-Hause-Seins. Begriffe wie das „herausfordernde Verhalten“ eröffnen neue Denkkategorien auf Menschen und wie wir diese verste-

hen wollen. Pflegearbeit ist Arbeit mit Menschen. Wie die Menschen in dieser Arbeit vorkommen – als Subjekte mit Gefühlen, Gedanken und Eigensinn oder als Objekte der Arbeit, über die in vorgefertigten Kategorien geurteilt wird – das wird vom Sprechen, von der Sprache mitbestimmt.

Selbstverständlich bleibt es weiterhin eine wichtige Aufgabe, um richtige Begriffe zu ringen. Mancher Begriff erweist sich über Jahre der Anwendung oder im Rahmen weiterer Pflegeforschung als zu unscharf und überkommen. Das bewusste Nachdenken über Sprache in der Pflege und notwendige Veränderungen derselben ist in jedem Fall ein sinnvolles Muss. <<

> Weshalb der Sprachwandel in der Pflege bedenklich ist

Die Pflege muss ihre eigene Sprache bewahren

AXEL FOERSTER

Der gegenwärtige Sprachwandel in der Gesellschaft ist auch bei den Pflegekräften zu erkennen. Dieser Wandel sollte aber kritisch hinterfragt und nicht alle Wörter übernommen werden: Denn Sprache beeinflusst das Verhalten gegenüber den Patienten. Durch bestimmte Wörter kann beispielsweise die Warnfunktion verloren gehen. Aus negativ empfundenen Wörtern wie „Bettgitter“ wird durch den neuen Euphemismus „Seitenausfallschutz“ etwas Erstrebenswertes.

Contra

In der Pflege ist ein sprachlicher Wandel zu beobachten. Bisher gängige Begriffe sind nicht mehr zeitgemäß und werden ersetzt. Doch unbedenklich sind solche Substitutionen nicht. Sie lassen sich in mehrere Gruppen systematisieren:

Manche Ersetzung folgt dem Zeitgeist, nach außen ein wenig mehr darstellen zu wollen. Man spricht vom „Pflegeassistenten“, der ehemals ein Helfer war. Die „Wundschwester“ gibt es nicht mehr, stattdessen kommt die „Wundmanagerin“. Alleine dadurch wird deren Arbeit natürlich nicht besser. Das könnte man hinnehmen, ginge nicht der hergebrach-

te Begriff der „Schwester“, auf den ganze Generationen stolz waren, verloren. Bedenklich wird es, wenn dem Laien nicht mehr klar ist, wer da eigentlich an seinem Bett steht. Wer weiß schon, was eine algesiologische Fachkraft drauf hat?

Umständlich wird es, wenn durch Wortersetzungen ein Wiedererkennungswert verloren geht. Wie will man in einem Pflegeverlaufsbericht die Ereignisse finden und analysieren, in denen der Bewohner aggressiv reagierte, wenn der eine Kollege von „sozial inadäquatem Verhalten“ schreibt, der nächste von „einer schwierigen Situation“, der Dritte ein „herausforderndes Verhalten“ sieht etc. Den Pflegeverlaufsbericht mal



Foto: Privat

eben diagonal zu lesen reicht jetzt nicht mehr. Würden alle Kollegen den Schlüsselbegriff „aggressiv“ nutzen, wäre das möglich. Die Notwendigkeit, irgendwelche farblichen Marker hochzuschreiben, entfiel. Bei einer EDV-gestützten Dokumentation ist dieser Effekt noch evidenter.

Eine dritte Gruppe sind Worts substitutionen, die Begrifflichkeiten verschwimmen lassen. Die Klarheit der Dokumen-

tation geht verloren. Was mit „bockigem Verhalten“ gemeint ist, kann sich jeder vorstellen – darf man aber nicht mehr schreiben. Jetzt heißt es „Noncompliance“, worunter man alles und nichts verstehen kann. So zeigt ein lethargischer Heimbewohner keine Mitarbeit in diesem Sinne. Bockig ist er aber noch lange nicht. Kann es sein, dass durch diesen Austausch der Worte nur ein prekäres Verhalten weigewaschen werden soll, um keine Angriffsfläche im Diskurs mit Angehörigen und Betreuern zu bieten? Wo bleibt die Pflegekraft, die zu ihrer Meinung steht und sie nicht scheut, diese zu vertreten? Nur wer eine klare Meinung hat, wird ernst genommen. Als vierte Gruppe sind solche Wortersetzungen zu kritisieren, die die Gefühlswelt der Pflegenden ignorieren. Wenn eine Pflegekraft einen Bewohner als ihr gegenüber „aggressiv“ beschreibt, dann ist dieses alleine deshalb richtig, weil die Pflegekraft es so empfindet. Stattdessen zu schreiben, der Bewohner zeige „herausforderndes Verhalten“, wird dem nicht gerecht. Selbstverständlich hat ein Pflegebedürftiger einen Anspruch, trotz seines „herausfordernden Verhaltens“ angenommen zu werden. Aber die Pflegekraft hat eben auch ein Recht darauf, dass die von ihr empfundene Aggressivität akzeptiert wird. Denn nur dann werden Leitungskräfte veranlasst, ihren arbeitsrechtlichen Schutzpflichten nachzukommen. Auch das Argument, Begriffe wie „aggressiv“ würden den Bewohner herabwürdigen, verfängt nicht. Die Pflegedokumentation ist zu allererst Handwerkszeug der Pflegenden, weswegen solche Verbalisierungen von eigener Betroffenheit ihre Berechtigung haben.

Es soll nicht in Abrede gestellt werden, dass mit Worten auch Verhalten beeinflusst werden kann. „Herausforderndes Verhalten“ als Begrifflichkeit zu fordern unterstellt aber, dass man jede Pflegekraft immer und immer wieder darauf hinweisen müsse, sich doch bitte der in aggressivem Verhalten liegenden Herausforderung zu stellen. Das aber ist gelinde gesagt unhöflich. Für gute Pflegekräfte ist es eine Selbstverständlichkeit.

Kann man die bisher genannten Effekte zur Not noch hinnehmen, wird es problematisch, wenn durch Wortänderungen der Bedeutungsgehalt schlicht falsch wird. Das kann man an dem Begriff „Hinlauftendenz“ sehen – „Weglauftendenz“ darf man ja nicht mehr sagen. Er unterstellt, dass ein laufender Bewohner weiß, wohin er will. Das ist aber nicht zwingend. Ein jeder Bewohner, der irgendwo hin will, will notwendigerweise von seinem jetzigen Aufenthaltsort weg. Umgekehrt gilt das nicht. Durch diesen sprachlichen Wandel wird folglich einigen Bewohner ein „Hin“ unterstellt, das sie gar nicht haben.

Ganz problematisch wird es, wenn damit eine Fokusverschiebung im Sinne einer Abgabe von Verantwortung verbunden ist. Wenn man nur noch von Hinlauftendenz redet, geht die Anfrage an die Pflege, warum der Bewohner von hier weg will, verloren. Der Begriff fordert nicht mehr auf, darüber nachzudenken, was man vor Ort ändern könne, damit der Bewohner keine Ambitionen mehr hat, wegzulaufen.

Und gefährlich wird es, wenn eine Warnfunktion von Begriffen verloren geht. Bettgitter sind Gitter, und kein Mensch mag solche gerne. Spricht man

aber vom „Seitenausfallschutz“, bekommen Bettgitter, die nie Therapie der ersten Wahl sein dürfen, einen positiven Touch. Schutz? Na dafür ist doch jeder! Die sprachlich richtigerweise aufgebaute Hemmschwelle zur Anwendung wird herabgesetzt. Nichts anderes gilt für den Begriff des „geschützten Wohnbereichs“. Für ihre Bewohner bleibt es eine geschlossene Station, die sie genau als solche empfinden.

Es soll nicht in Abrede gestellt werden, dass es auch einen sinnvollen Sprachwandel gibt. Heute spricht keine Pflegekraft mehr davon, dass ein alter Mensch „gefüttert“ wird. Erwachsene Menschen stellen bei der Nahrungsversorgung andere Herausforderungen als Kinder. Dann aber muss sich das auch sprachlich niederschlagen. Auch bei Krankheiten ist dieses richtig, wenn zum Beispiel nicht mehr vom „Mongolismus“ gesprochen wird.

Es soll folglich mitnichten für eine Betonierung der Pflegesprache geworben werden. Sprache ist und bleibt immer einem Wandel unterworfen. Doch möge man überlegen, aus welchem Kreis alle kritisierten Wortersetzungen stammen – aus der Pflege selber nicht. Gleichwohl werden sie von dieser unreflektiert übernommen. Die Pflege muss aufpassen, die Hoheit über ihre Sprache nicht zu verlieren. <<

Autorenkontakt:

Axel Foerster, Rechtsanwalt und Mediator, Kanzlei Koch Lemke Machacek, Lehrbeauftragter an der Evangelischen Hochschule Berlin
Kontakt: foerster@koch-lemke-machacek.de

– Anzeige –



Constanze Winter

Tausend Tode und ein Leben

Sexualisierte Gewalt gegen Kinder – Ursachen, Folgen und Therapie

„Voller Würde, Humor und Klugheit ist dieses Buch geschrieben.“ So charakterisiert Prof. Luise Reddemann das Werk, das sich in drei Teile untergliedert. Im ersten Teil werden Zahlen, Daten und Fakten zusammengestellt und sinnvolle Präventionsmöglichkeiten vorgestellt. Der zweite Teil erläutert, wie ein Trauma entsteht und welche langfristigen Folgen es haben kann. Der dritte Teil beschreibt die erfolgreiche Traumatherapie.

2015. 211 Seiten, 4 Abb.
 Kart. € 24,99
 ISBN 978-3-17-029076-1

auch als
EBOOK

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart · www.kohlhammer.de

150 Jahre **Kohlhammer**

› Die Bedeutung von Sprachkompetenz in der Pflegepraxis

Keine Zeit – Wenn Druck und Stress das Denken, Sprechen und Handeln Pflegender mehr und mehr dominieren

SANDRA MANTZ

Pflegealltag wird oft mit Stress und Zeitmangel assoziiert. Zu Recht, denn tatsächlich wirken sehr viele Stressoren auf Pflegekräfte ein. Ist es überhaupt möglich, positiven Einfluss auf die Stressorientierung im Umfeld zu nehmen? Ein Blick in den Praxisalltag zeigt, dass es sich häufig um einen unbewussten Prozess handelt, der unauffällig beginnt und dann das Denken, die Sprachgewohnheiten und auch das Handeln der Pflegekräfte in einen stressorientierten Bann zieht.

Alltag in der Pflege

In einer Pflegeeinrichtung oder auch in der Klinik sind bereits die ersten Aufgaben des Tages gemeistert. Patienten und/oder Senioren nehmen nach der morgendlichen Körperpflege ihr Frühstück ein. Das Geschirr wird abgeräumt, die ärztliche Visite wird erwartet, Dokumentationsaufgaben, Behandlungspflege und die Anleitung von Schülern stehen noch an. Die Aufnahme neuer Patienten will organisiert sein, der Ruf der Patientenklänge tönt dazwischen. Informationen fließen im Minutentakt über die mobilen Telefone. Vorbereitungen für Untersuchungen, Erfragen von fehlenden Informationen, Klären von widersprüchlichen Informationen, Fragen beantworten, Menschen beruhigen, motivieren, beraten, Orientierung geben, informieren, aufklären, anleiten und trösten. Eine Höchstleistung für den gesamten Organismus Pflegender. Die Sprachgewohnheiten werden auf das Nötigste reduziert, das Sprechtempo gewinnt an Geschwindigkeit, die Stimmlagen sind hoch und auch laut. Der Stress pocht und pulsiert nun nicht nur im Umfeld sondern auch IN den Pflegekräften selbst. Der konzentrierte Gang über den Flur, um sich gedanklich und emotional zu sortieren, schwindet. Stattdessen ein strammer Schritt ins nächste Zimmer, mit den Überlegungen bei der übernächsten Aufgabe und die Hände gerade beim Anziehen neuer Schutzhandschuhe für die unmittelbar bevorstehende Wundversorgung. Zwi-

schendurch noch ein kurzer Abzweig ins Schwesternzimmer um das Mobiltelefon auf den Schreibtisch zu legen und einer Kollegin zuzurufen „Ich wollte nur kurz das Telefon hier lassen und bin jetzt schnell weg.“ Was ist geschehen und welche Kreise wird „es“ ziehen?

Die Übernahme des Alltags Unmerklich durch Druck und Stress

In komplexen Anforderungen konzentriert und strukturiert zu bleiben, ist eine hohe Kompetenz. Je höher die Stressoren im Außen, umso wesentlicher ist eine innere Sammlung. Der Pflegealltag ist voller Verführungen, die eigenen Sinne, Gedanken, Emotionen und Sprechverhalten den Stressoren im Außen anzupassen. Zahlreiche Aufgaben in eng bemessenen Zeitkorridoren lässt wenig Spielraum für individuelle Bedürfnisse und Forderungen von Patienten/Senioren und Angehörigen. Es grenzt schon fast an Zauberei oder auch an Glück, wenn Pflegekräfte weiterhin empathisch hinhören, Menschlichkeit vermitteln und mit Worten und Gesten eine gesundheitsfördernde Atmosphäre schaffen können.

Pflegeempfänger und deren Angehörigen sind höchst empfänglich für die Qualität von sichtbarer, hörbarer und fühlbarer Kommunikation mit Pflegenden. Die aktivierten Stimmungsbilder beruhigen oder reizen Menschen, stärken oder schwächen, heilen oder kränken. Und ein jedes zieht seine Kreise und wirkt vielfach im Umfeld und in allen

beteiligten Menschen weiter. Druck und Stress im Außen aktivieren häufig negative Gesprächsmuster und Kommunikationsformen. Ein hohes Sprechtempo fördert „zu viel“ Sprechen. Zu viele Informationen verwirren eher als dass sie beruhigen oder Orientierung geben. Der Blickkontakt fehlt, Sätze brechen ab, Rufen auf oder über den Flur, Wortfetzen, floskelhafte Redewendungen und ein wenig differenzierter Wortschatz sind die Spiegelbilder des stressigen Umfeldes. Der oben benannte Satz trägt all den Druck und die Hektik in sich und steckt – ohne, dass die Pflegerin es will oder beabsichtigt – auch die Kollegin mit hoher Wahrscheinlichkeit an. Die Aussage der Pflegerin kann anders klingen: „Karin, ich lasse mein Telefon hier und wechsle bei Frau Kern den Verband“. Dieser Satz ordnet die Pflegerin gedanklich. Sie wirkt sicher und konzentriert. Namen tun gut! Wer bei sich ist, schützt sich. Typisch stressorientierte Sprachmuster sind eine Falle oder auch ein hilfreiches Alarmzeichen für Pflegende. Druckauslösende Schlüsselworte führen unmerklich in ein immer enger werdendes Gedankenkarussell:

„Ich muss noch schnell... Komme gleich... Kannst du mal kurz? ... Eigentlich nicht... das ist jetzt ungünstig... mach das später... kein Problem“ (Wenn es kein Problem ist, brauchen Sie es auch nicht sagen).

Sind Pflegekräfte wenig für eigene Kommunikationsmuster sensibilisiert, gehen Sie unbewusst mit den Stressoren im Außen in Resonanz und verstärken den Druck noch zusätzlich. Die Folgen sind fatal, denn die Stimmung färbt sich negativ, die Wahrnehmung richtet sich leichter auf Fehler und Probleme. Im eigenen Organismus sind Stressmuster aktiv, der Blutdruck steigt, die Wahrnehmung wird eng, der Stress hat uns im Griff. Stopp! Blickkontakte fehlen, Bewegungen werden kantiger, Muskeln spannen sich an, Gesichtsmuskeln

KRAFTVOLL

*Frau Kilian, ich bringe Ihnen eine **kräftige** Suppe
Mit den Medikamenten kommen Sie bald wieder zu **Kräften**, Herr Paulsen.
Das Laufen **kräftigt** Ihre Beine, Frau Munz.
Schritt für Schritt kommt die **Kraft** zurück.*

erstarren. Achtung! Atmen, sammeln, wenig sprechen. Wer viel redet, verliert Kraft. Wer viel redet und zusätzlich Verwirrung fördert, erntet noch mehr Arbeit und schlechte Laune.

Die Rückeroberung des Arbeitsalltags – Tipps der Früherkennung und der Spätrettung

Die Lösungsimpulse, die Schutzmechanismen und die Kraftquellen sind nicht im Außen zu finden, sondern im Inneren der Pflegenden. Sensibel sein für eigene Kommunikationsmuster, einen wachen Geist und der Kontakt mit sich selbst haben, sind starke Schlüssel

für Stabilität und Souveränität. Wer „außer sich ist“, ist nicht bei sich. Wer nicht bei sich ist, kann nicht selbstbestimmt sein. Aktion statt Reaktion, Bewusstheit statt impulsives Handeln unterscheiden den Profi vom Laien im Strudel der Anforderungen. Pulsierende Emotionen differenziert wahrnehmen, bewusst sprechen, für die Situation/den Menschen angemessen die Worte wählen, Blickkontakt aufnehmen und genau hinhören gelingt Pflegenden, wenn sie eine Grundkompetenz in Sprachsensibilität und humaner Gesprächsführung erworben haben. Mit netten Menschen freundlich sein,

schafft jeder Laie. Mit schwierigen, hoch emotionalen Gesprächspartnern freundlich, klar und empathisch zu sein, gelingt dem Gesprächsprofi. Ihm ist es durch qualifizierte Trainings und fachliche Anleitung möglich, auch in hohen Stressanforderungen ein kompetenter Ansprechpartner im Pflegealltag zu bleiben. Dies schützt ihn selbst, er bleibt gesund und dem Berufsbild zugewandt – und er schützt, stärkt und beruhigt die Menschen im Umfeld. Die Umsetzung ist einfacher, als so mancher denkt und manchmal beginnt all das mit einem inneren Ja und einem gut gewählten Wort.

vertrauen

***Trau** dich, Olivia. Du schaffst das!
Das **traue** ich Ihnen auf jeden Fall **zu**, Frau Klein. Nur Mut.
Ahh, ein **vertrautes** Gesicht. Guten Morgen, Herr Schneider.
Ihr Dialekt ist mir ganz **vertraut**. Von wo kommen Sie?*

Kompetenzgewinn durch Erkenntnisschritte

✓ Druck erzeugt Gegendruck

Wenn Sie im Gespräch Druck von außen bekommen und Sie reagieren mit Gegendruck, verstärken Sie die stressorientierte Situation. Die Dialogpartner aktivieren nun kräftezehrende Stimmungsbilder: Kampf und Verteidigung. **Besser:** Ändere den Reiz und Du änderst die Reaktion. Reagieren Sie auf Druck nicht impulsiv, sondern bedacht. Durchatmen, selbstbestimmt und zugewandt bleiben (Standkraft). Gelassenheit und sachliches Interesse anbieten (Mantz 2015, S. 57).

✓ Resonanz als Spiegelbild

Ein häufig unbewusstes Reaktionsmuster: „Wie du mir, so ich dir“. Jemand grüßt freundlich und Sie grüßen freundlich zurück. Jemand grüßt Sie nicht und Sie grüßen auch nicht. Jemand spricht Sie unfreundlich von der Seite an und Sie reagieren gereizt und ebenso unfreundlich. Jemand beschwert sich in Ihrem Umfeld und Sie beschwerten sich in den nächsten Minuten bei einer Kollegin über irgendetwas und merken es nicht. Unsere Neigung zur Resonanz, das heißt ein äußeres Verhalten zu spiegeln, bildet sich auch in unserm Gehirn ab. Sogenannte Spiegelneuronen spielen dabei eine Rolle. Im Gespräch führt es uns jedoch oft in unprofessionelles Verhalten.

Besser: Entscheiden Sie selbst, ob Sie darauf anspringen oder nicht. Wieder durchatmen, mit Blickkontakt zuwenden, sich klar und einfach äußern. Sie sind und bleiben Ansprechpartner, insbesondere wenn es schwierig wird (Mantz 2015, S. 57).

✓ Weniger ist mehr

Je größer die belastenden Emotionen im Gespräch sind, umso wesentlicher ist Ihre innere Konzentration und Sammlung. Wenn Ihr Dialogpartner viel redet, sich wiederholt und viel mit dem „Körper spricht“, heißt es für Sie: wenig sprechen. Kurze Sätze bilden. Mit Blickkontakt zugewandt bleiben. Im Sitzen oder Stehen sprechen, möglichst nicht dabei gehen. Die Worte „wir“ und „man“ meiden (Mantz 2015, S. 57).

✓ Der Mensch ist nicht sein Verhalten

Ganz gleich, wo, warum und wie lange Sie mit einem Menschen im beruflichen Kontext in Austausch sind: Schützen Sie den Menschen und sprechen Sie sein Verhalten oder die Sache kritisch an. Diese Differenzierung schützt beide Gesprächspartner und eröffnet eine sachliche Orientierung (Mantz 2015, S. 58).

Der (Wort-)Schatz im Satz

Sie können mit einem einzigen Wort tatsächlich Welten bewegen. Verhalten, Launen und Stimmungsbilder der Gesprächspartner spiegeln unmittelbar die Wirkung der gewählten Worte wider. Es ist erstaunlich, wie viel Kraft ein einziges Wort haben kann. Es lohnt sich, wieder einmal tief in die Wortschatzkiste der deutschen Muttersprache zu greifen. Sprachkompetenz zeichnet sich unter anderem dadurch aus, einen reichen Wortschatz zu pflegen und stimmige Worte im Dialog spontan auswählen zu können. Sind Sie in Kontakt mit einem Patienten oder Senior, der eher geschwächt wird, geben Sie ihm Impulskraft für den Geist:

Fazit

Um Stressoren im Pflegeberuf kompetent zu begegnen, bedarf es dem Bewusstsein, diese gezielt zu entschärfen und in der Pflegepraxis positive Akzente einfließen zu lassen. Für beruflich engagierte Menschen in der Pflege ist es hilfreich, ihnen Werkzeuge und Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, die fachlich, sozial und emotional eingesetzt werden können. Dies ist dann möglich, wenn Pflegende das Wissen und die Gewissheit um diese Option haben. Dazu ist die innere positive Einstellung zum Berufsbild bedeutend. Positive Worte sind der hörbare und spürbare Ausdruck für innere Sicherheit und Klarheit. Die Erkenntnis, das Wissen und das Vermögen, dass Pflegende auf Stressoren von außen auch positiv und stärkend einwirken können, fordert zu Bildung, Training und Kompetenzgewinn auf. Sie werden dadurch enorm gestärkt und vorbereitet, um schwierige und komplexe Anforderungen im Umfeld meistern zu können. Dies ist jedoch nicht von heute auf morgen zu erzielen. Es bedarf eines fachlich angeleiteten Sprach- und Dialogtrainings, einer ansteigenden Sprachsensibilisierung und der Erkenntnis, dass Worte heilen können, ein menschlicher Dialog Balsam für Seelen sein kann und ein warmer, mitfühlender Blick so manche emotionale Wunde lindern kann. <<



Literatur:

Mantz, Sandra (2015) Arbeitsbuch Kommunizieren in der Pflege. Mit heilsamen Worten pflegen, Kohlhammer, Stuttgart.

Zusammenfassung

Dieser Ansatz stellt einen Zukunftsweg dar, der das Image des Pflegeberufs nicht nur zu bessern vermag und den Menschen in der Pflege wieder die Freude an ihrem Beruf zurückgeben kann. Vielmehr ist es ein Wandel mit entwickelten Werten, der in dem wachsenden Markt der sozialen Dienstleistungen zu der Anerkennung und Energie verhelfen kann, die diese Branche mehr denn je benötigt, um sich den Herausforderungen der Zukunft positiv zu stellen und sie mit Bravour zu meistern.

Schlüsselwörter: *Sprachkompetenz, Wortschatz, Kommunikationsmuster, Gesprächspartner*

Autorenkontakt:

Sandra Mantz, Inhaberin der SprachGUT® Akademie
Kontakt: www.sprachgut-akademie.de
contact@sprachgut-akademie.de

> Achtsam kommunizieren

„Aber wir wollen doch nur Ihr Bestes!“ - Subtile Formen des Zwangs in der Pflege

CHRISTIANE LUDERER

Zeitdruck und ein hohes Arbeitsaufkommen können die Achtsamkeit Pflegender reduzieren und wirken sich auch auf deren Wortwahl und Sprachmelodie aus. Im Rahmen eines Forschungsprojekts wurde untersucht, wie Pflegende oftmals unbemerkt in ein sprachliches Muster verfallen, durch welches subtil Zwang auf den Gepflegten ausgeübt wird. Durch das Wissen um diese Muster können Pflegende sprachlich feinfühler auf die Bedürfnisse der Gepflegten eingehen.

Theoretischer Hintergrund

Mit der Umstrukturierung des deutschen Gesundheitssystems ergeben sich besondere Herausforderungen an alle Akteure (Birg 2009; Sawicki 2005; Schmidt et al. 2007). Kurze Liegezeiten in den Kliniken, komplexe pflegerische und therapeutische Anforderungen, eine hohe Betreuungsdichte und ein Agieren mit personell und materiell begrenzten Ressourcen sind Rahmenbedingungen (Dathe et al. 2012), die von vielen Pflegenden als stresserzeugend wahrgenommen werden (Nienhaus et al. 2012). Stress jedoch – dies ist aus der Stressforschung bekannt – führt zu einer nachlassenden Aufmerksamkeit. Dadurch reduziert sich die Achtsamkeit gegenüber den Bedürfnissen der eigenen Person und gegenüber anderen Personen, z.B. Kollegen oder Patienten (Weißbecker-Klaus 2014). Dies begünstigt pflegerisches Verhalten, das mit dem Ethikkodex der Pflege nicht zu vereinen ist (ICN 2012). Solche Verhaltensweisen zeigen sich einerseits deutlich als Gewalt in der Pflege und andererseits in subtiler Form von Zwang durch Pflegende; verdeckt und teilweise den Pflegenden nicht einmal bewusst (Schreiner 2001). Während eklatante Überschreitungen der Persönlichkeitsrechte der Patienten in der Pflege offen angesprochen werden und eine Diskussion um beobachtbare Formen des Freiheitsentzugs, der Gewalt und des Missbrauchs in der Pflege zu beobachten ist (Schreiner 2001; Mahler 2015), richtet die pflegewissenschaftliche Literatur

nur wenig Augenmerk auf jene subtilen Formen des Zwangs (PubMed-Recherche November 2015).

Zwang wird als Einschränkung der Handlungs- und Entscheidungsfreiheit definiert (Kellerwessel 2015), wobei subtiler Zwang sich dadurch kennzeichnet, dass er nicht offensichtlich ist und

oftmals nicht primär als gewalthaftes Verhalten identifiziert wird, z.B. indem Anreize gegeben werden oder eine Überzeugung versucht wird (Ketteler et al. 2015). Das Victorian Government Department of Human Services veröffentlichte im Jahr 2009 eine Denkschrift „With respect to age“, in der Ebenen aufgezeigt werden, auf welchen sich Gewalt und Zwänge durch Pflegende/pflegerische Institutionen gegenüber Älteren zeigen können. In Tabelle 1 sind einige Merkmale, die einen solchen psychischen oder emotionalen Missbrauch kennzeichnen, aufgeführt (Victorian Government Department of Human Services 2009). Die Grenzen offensichtlicher und subtiler Zwänge in

Verhaltensweisen, die psychischen Stress verursachen	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungen und Bedrohungen, die Angst vor Gewalt, Isolation, Entbehrungen und Gefühle von Scham und Ohnmacht auslösen
Verhaltensweisen, die psychologisch oder emotional entwertend sind	<ul style="list-style-type: none"> • Erniedrigungen, Entwürdigungen oder die Behandlung der Person wie ein Kind • Beschimpfungen in privaten und öffentlichen Räumen • Einschränkung/Unterbindung/Sanktionierung der verbalen und paraverbalen Äußerungen
Verhaltensweisen, die ein Abhängigkeitsverhältnis betonen	<ul style="list-style-type: none"> • Beschwerden über die Belastung als Pflegekraft, die durch die Versorgung des Patienten/Bewohners hervorgerufen wird • Äußerungen über Überforderung bei bestimmten pflegerischen Verrichtungen in Bezug auf den Patienten/Bewohner • Wiederkehrende Betonung der körperlichen oder kognitiven Einschränkungen (z.B. Demenz) des Patienten/Bewohners in dessen Gegenwart
Verhaltensweisen, die das Verhalten des Patienten/Bewohners manipulieren	<ul style="list-style-type: none"> • Drohungen, dass die Zuneigung von Angehörigen beeinträchtigt wird (wenn kein gewünschtes Verhalten gezeigt wird) • Drohungen, dass der Zugang zu Angehörigen beschränkt wird (wenn kein gewünschtes Verhalten gezeigt wird) • Erpressung (Zusage von Zuwendung oder einer Intervention unter der Bedingung, dass ein gewünschtes Verhalten gezeigt wird) • harte Befehle, die keinen Widerspruch dulden

Tabelle 1: Signale psychologischen und emotionalen Missbrauchs von Älteren (Victorian Government Department of Human Services 2009, zusammenfassende Übersetzung)

einigen dieser Verhaltensweisen sind fließend.

Manipulative Verhaltensweisen werden in der Pflege häufiger auf einem subtilen Niveau, z.B. unter Angabe, den anderen schützen zu wollen (Ketteler et al. 2015), beobachtet. Da eine Bindung zwischen Pflegekraft und Patient aufgebaut wird und oft über eine längere Zeit besteht, kämen zu offensichtliche und gewalthaft wahrgenommene Manipulationen einem Beziehungsabbruch gleich.

Die Perspektivenübernahme Pflegender gilt als Schlüssel zur Empathie. Empathie ist eine wichtige Voraussetzung für das prosoziale Verhalten der Pflegenden. Es mag paradox erscheinen, doch auch um subtile Zwänge in der Pflege auszuüben, bedarf es eines höheren Maßes an pflegerischer Empathie. Denn Empathie als Basis sozialer Kompetenzen und sozialen Verhaltens (Davis 1980, 1996; Davis, Luce & Kraus 1994; Hoffman 2000) stellt einerseits eine wichtige Säule gesundheitsberuflicher Professionalität dar, da nur mit ihr die Bezugssysteme der Patienten erfasst werden können (Zwick 2004). Andererseits sind es genau diese empathischen Kompetenzen, deren bewusster oder unbewusster Einbezug ein subtil zwangsausübendes Verhalten erst ermöglicht (Kohut & Teicholz 2001).

Projekthintergrund

In einer Arbeitsgruppe des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg werden seit 2009 pflegerische Verhaltensweisen in der klinischen und ambulanten Versorgung untersucht. Es wurden Videoaufzeichnungen bei Pflegeinteraktionen angefertigt und mittels Videointeraktionsanalyse (Bohnsack 2009; Dinkelaker & Herrle 2009) ausgewertet. Die Datenanalyse ist noch nicht abgeschlossen, so dass die Ergebnisse als vorläufig zu betrachten sind. Die Ausrichtung der Hauptfragestellungen und der Ergebnisse des Projekts – das soll an dieser Stelle betont werden – liegt in der **Identifikation und Stärkung feinfühligler Pflege**. Doch neben den interessierenden Hauptergebnissen wurden auch einige Verhaltensweisen beobachtet, die von der Projektgruppe als zwangsausübend identifiziert wurden. Für das Projekt wurde eine Arbeitsdefinition von Feinfühligkeit in der Pflege

formuliert, da die vielen verschiedenen Definitionen von Empathie (Batson 2009) für das Projekt nicht zielführend waren und nicht auf das beobachtbare Verhalten abzielten.

In den Untersuchungen konnten vier Dimensionen feinfühligler Arbeitens in

Arbeitsdefinition

Feinfühligkeit in der Pflege

ist das beobachtbare Verhalten einer Pflegeperson, mit dem sie in einer Situation mit einer pflegebedürftigen Person deren Bedürfnisse erkennt und prompt und angemessen darauf reagiert.

der Pflege (siehe Abbildung 1) aufgezeigt werden, die direkt an beobachtbare pflegerische Verhaltensweisen gekoppelt sind (Luderer 2014).

Die Dimensionen feinfühligler Pflege betreffen die Sprache, den körperlichen Ausdruck und die unterbreiteten Angebote an den jeweiligen Interaktionspartner, wobei die Zeit als Querschnittsdimension wirkt. Die Dimensionen zeigen sich in verschiedenen Verhaltensweisen, die beobachtbar sind und damit für Außenstehende nachvollziehbar und für die beobachteten Personen reflektierbar. Sie sind miteinander verflochten und stehen in direkter Beziehung zueinander.

Um einen Einblick in die Facetten der beobachtbaren subtil zwangsausübenden Verhaltensweisen zu ermöglichen, werden diese im Folgenden anhand der erarbeiteten Dimension Sprache (siehe Abbildung 1) mit einigen Beispielen vorgestellt. Die Daten des Projektes wurden

sowohl in der stationären klinischen Versorgung als auch in der stationären und ambulanten Langzeitpflege erhoben. Aus diesem Grund beziehen sich einige Beispiele auf Patienten und andere auf Bewohner.

Ausprägungen subtiler Zwänge in der Dimension Sprache

In der Pflege wird oft übersehen, dass Patienten mit Sorgen und Schmerzen kognitiv gebunden sind (d.h. das bestehende „Kopfkino“ reduziert das Konzentrationsvermögen und die intellektuelle Leistungsfähigkeit). Sie sind auf eine gut verständliche Ausdrucksweise angewiesen. Werden Patienten mit einem **unangemessenen Vokabular** oder einem **unangemessenen Tempo** angesprochen, sind sie dem u.U. kognitiv nicht gewachsen. Während einige Patienten dies zum Ausdruck bringen und um Wiederholung des Gesagten bitten, verschleiern andere ihr Unverständnis und reagieren entsprechend der Erwartungen des Gegenübers. Dies kann dazu führen, dass Patienten in Handlungen einwilligen, die sie nicht wirklich wollen, weil sie vermeiden möchten, dass ihre kognitiven Defizite entlarvt werden.

Pflegende nutzen sprachliche Strategien, um beispielsweise eine intakte Beziehung zu simulieren. Hierunter zählen eine **entwaffnende Sprachmelodie** oder ein **süßlicher Umgangston**; oft gekoppelt an den Ausdruck einer positiven Erwartung gegenüber der Rolle und dem Verhalten der anderen Person. Da dies oft mit Inkongruenz zum eigenen körperlichen Ausdruck geschieht und in



Abbildung 1: Die Dimensionen feinfühligler Pflege

ritualisierte Abläufe integriert wird, ist davon auszugehen, dass Patienten diese „falsche Freundlichkeit“ durchschauen und in das Ritual einsteigen. Ein Grund für das rituelle Spiel der wechselseitigen Täuschung, ein Begriff den Glaser und Strauß prägten (Glaser & Strauss 1995), ist die Angst vor der Offenlegung der wahrgenommen Situation. Demzufolge ist es auch hier möglich, dass Patienten sich gedrängt fühlen, auf Angebote einzugehen, weil sie nicht preisgeben wollen, was sie wirklich denken und fühlen.

Weniger subtil ist die **kommandierende Sprachmelodie**, die mit leicht zynischen oder spöttischen Untertönen versehen sein kann und mit einer straffen Körperhaltung verbunden ist. Beispielsweise wird ein Patient, der in starkem Maße pflegebedürftig ist, mit hoher Wahrscheinlichkeit den Mund öffnen, wenn eine Pflegekraft während des Anreichens des Essens mit der Gabel vor dem Gesicht kreist und befehlsartig sagt: „Hier, noch ein Stück!“.

Die **erpresserische Formulierung**, die eine **Scheinkausalität** aufbaut, ist oft erst auf den zweiten Blick erkennbar. Der Patient bekommt eine Logik ver-

mittelt, die in schnell ablaufenden Gesprächssequenzen nur schwer zu hinterfragen ist. Durch die direkte Abfolge der Formulierungen, wie bspw.: „Hat der Kuchen geschmeckt [süßlich fragend]? Na dann können Sie auch noch einen Schluck Kaffee trinken [auffordernd feststellend]!“ ist eine Einwilligung sehr wahrscheinlich, vor allem wenn dies mit entsprechender Mimik und Gestik (Lächeln, Nicken) unterstützt wird. Es kann in Einzelfällen dazu kommen, dass der „Überrumpelungseffekt“ im Nachhinein wahrgenommen wird. In den meisten Fällen ist es jedoch so, dass die Patienten solche Situationen mit einem unangenehmen Gefühl erleben, das sie nicht näher spezifizieren können. Dennoch wird dieses Empfinden in folgende Gesprächssituationen übertragen. Eine exemplarische Übersicht sprachlicher Muster, die subtil zwangauslösend wirken können, ist in Abbildung 2 zusammengestellt.

Diese sprachlichen Muster sind vor dem Hintergrund der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg (2012) nicht als gewaltfrei einzustufen und kennzeichnen eine z.T. deutlich ausbaufähige

Bedürfnisorientierung und Verantwortungsübernahme der Pflegenden.

In den Dimensionen der körperlichen Zuwendung und der pflegerischen Angebote (siehe Abbildung 1) zeigen sich weitere subtil zwangausübende Verhaltensmuster, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden soll. Die Dimension Zeit verknüpft all diese Ebenen und ist auch für sprachliche Angebote bedeutend. Denn gerade in der Betreuung von Menschen in besonders schwierigen gesundheitlichen oder sozialen Situationen oder im hohen Alter ist die benötigte Entschleunigung in der sprachlichen und körperlichen Zuwendung oder auch im Erbringen von Angeboten nicht immer gegeben. All diese Personengruppen benötigen Zeit zum Nachdenken und nach der Zeit zum Nachdenken weitere Zeit zum Reagieren. Eine Beschränkung der Zeit zum Nachdenken oder zum Reagieren, z.B. wenn Ankündigungen von Interventionen zeitgleich mit der Intervention selbst erfolgen, übt Druck auf die Patienten aus und erhöht deren Belastung. Wenn eine Pflegekraft zu einem Schmerzpatienten zeitgleich, indem sie die Medikamente auf den Tisch stellt, sagt „So, hier ist Ihre Medizin“ und nur

Auslösen von Schuldgefühlen

- „Aber Ihre Kinder geben sich doch so eine Mühe mit Ihnen.“
- „Das ist mit ganz viel Liebe gekocht, das können Sie doch nicht wegwerfen!“
- „Ich habe mir jetzt extra Zeit genommen und Sie machen nicht mit. Wir wollen doch nur Ihr Bestes!“

Auslösen von Schuldgefühlen – Verantwortung für die eigenen Gefühle abgeben

- „Ich bin enttäuscht, wenn Sie nichts essen.“
- „Das macht mich traurig, das Sie ihre Medikamente nicht nehmen.“
- „Da werd´ich sauer, wenn Sie nicht rechtzeitig auf´s Klo gehen.“

Die (erpresserische) Scheinlogik

- „Wenn Ihnen das so gut geschmeckt hat, dann können Sie jetzt auch ihre Tabletten nehmen.“
- „Wer schön aufgegessen hat, bekommt bestimmt bald Besuch“
- „Jetzt haben Sie so toll mitgemacht, da können Sie auch noch zur Ergotherapie!“

Die unumstößliche Regel

- „Das war schon immer so, wir machen das so.“
- „Wenn das hier steht, wird das so gemacht, wie das ihre Kinder aufgetragen haben.“
- „Das darf ich nicht erlauben!“

Abbildung 2: Häufige sprachliche Muster subtiler Zwangausübung

zwei Sekunden verstreichen lässt, um anzuschließen „Sie wollen Ihre Medizin wohl nicht nehmen...?“, gibt sie ihren eigenen Rhythmus vor und hat nicht verinnerlicht, dass Angst, Schmerz und Alter zu einer kognitiven Gebundenheit führen. Die Patienten benötigen mehr Zeit und eine noch stärker adressatengerechte Ansprache, um auf sprachliche Angebote einzugehen.

Diskussion

Die Autorin dieses Aufsatzes ist selbst Pflegekraft und hat sowohl in der stationären klinischen Pflege als auch in der stationären Langzeitpflege gearbeitet. Die oben aufgeführten Verhaltensweisen sind ihr, wie auch vielen anderen Pflegenden, zum Teil selbst passiert. Es ist unbestritten: Die Pflegenden aller Qualifikationsstufen leisten eine enorm anspruchsvolle professionelle Versorgung auf hohem Niveau und mit einem hohen Maß an Patientenorientierung. Zu einer professionellen Pflege gehört es auch, über Fehler zu sprechen. Die subtilen Zwänge in der Pflege lassen sich oftmals nur durch Reflexion und durch eine gute Fehlerkultur in Pflegeeinrichtungen und Kliniken identifizieren. Und nur durch diese Identifikation können Pflegendе dazu beitragen, subtile Zwänge abzubauen.

Wichtig ist das Bewusstsein, dass empathische Kompetenz vorhanden ist, wenn subtile Zwänge ausgeübt werden. Dies ist, auch wenn es paradox klingen mag, eine wichtige pflegerische Ressource. Es wird jedoch oft unachtsam auf diese Empathie zurückgegriffen. Der Einbezug von empathischer Kompetenz und Achtsamkeit ermöglicht die Reflexion des Verhaltens und dessen Modifikation.

Es gibt kleine Indikatoren, die aufmerksam machen können und ein Gegenlenken ermöglichen: Für die Pflegenden ist z.B. gut, wenn sie wissen, dass eine angespannte Sprachmelodie in Zeiten des hohen Arbeitsanfalls oft die Folge eines angespannten Körpers ist. Dieser Ausdruck von „Gestresst-Sein“ wird von den Patienten wahrgenommen und kann sich auf sie übertragen. Durch das Bemühen um eine entspannte Sprachmelodie – einfach mal kurz innehalten, durchatmen und die Stimmlage senken – können Rückkopplungseffekte auf den eigenen Körper und auf Patienten positiv genutzt werden.

Eine professionelle Pflege reagiert feinfühlig auf die Bedürfnisse der Patienten, der Bewohner sowie deren Angehörigen. Feinfühlig pflegen heißt, die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu erkennen und die richtigen Angebote zur passenden Zeit zu ermöglichen. Pflegendе interagieren dabei feinfühlig, wenn sie sich mit adressatengerechter, verständlicher Sprache sowie Geborgenheit vermittelndem bzw. Sicherheit stiftendem körperlichem Verhalten ausdrücken (siehe Abbildung 1).

Feinfühlig pflegen heißt aber auch, nicht alles „perfekt“ machen zu wollen. Denn Perfektionsdruck erzeugt Stress. Und Stress erzeugt Fehler und begünstigt manipulative Verhaltensstrategien. Besser ist es, wenn es „mal nicht so läuft“, dies im Sinne einer guten Fehlerkultur zu erkennen und zu bekennen. Denn professionelle und feinfühligе Pflege heißt auch, als Pflegekraft vergangene misslungene Situationen reflektieren zu können und zukünftige daran ausgerichtet zu gestalten. In diesem Sinne soll dieser Aufsatz dazu beitragen, Pflegendе für subtile Zwänge zu sensibilisieren und sie zu unterstützen, ihre eigenen Verhaltensweisen zu reflektieren.

Die Autorin bedankt sich bei allen Pflegenden, die sich für eine Beobachtung ihrer Arbeit bereit erklärt haben, für die Unterstützung des Projektes. <<



Literatur:

- Batson, C.D. (2009) These things called empathy. In *The social neuroscience of empathy* (Decety, J. and Ickes, W. eds.) The MIT Press.
- Birg, H. (2009) [Political impact of demographic change in Germany. A summary view of the causes and consequences of demographic change in Germany and Europe]. *Onkologie*, 32 Suppl 3, 3-7.
- Bohnsack, R. (2009) *Qualitative Bild- und Videointerpretation: die dokumentarische Methode*, Barbara Budrich, Opladen, Farmington Hills.
- Dathe, D., Paul, F. & Stuth, S. (2012) *Soziale Dienstleistungen: Steigende Arbeitslast trotz Personalzuwachs*. WZBrief Arbeit.
- Dinkelaker, J. & Herrle, M. (2009) *Erziehungswissenschaftliche Videographie: eine Einführung*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1995) *Betreuung von Sterbenden: eine Orientierung für Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger und Angehörige*, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, Zürich.
- ICN (2012) *Ethikkodex für Pflegendе, International Council of Nurses ICN Genf*.
- Kellerwessel, W. (2015) *Philosophische Betrachtungen zum Thema „Zwang“ – sprachphilosophische, moralphilosophische und medizinethische Perspektiven*. In *Medizin-Zwang-Gesellschaft* (Ernst, J.-P., Kehl, M., Thal, M. and Groß, D. eds.) MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, pp. 3.
- Ketteler, D., Theodoridou, A. & Jäger, M. (2015) „Bitte nehmen Sie doch diese Tabletten, sonst müssen wir noch spritzen...“ Zwang in der Psychiatrie aus linguistischer Sicht. In *Medizin-Zwang-Gesellschaft* (Ernst, J.-P., Kehl, M., Thal, M. and Groß, D. eds.) MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, pp. 37.
- Kohut, H. & Teicholz, J.G. (2001) *Empathie*, Brandes und Apsel.

Zusammenfassung

Der Beitrag sensibilisiert für ethisch bedenkliche pflegerische Verhaltensweisen, die als subtile Zwänge bezeichnet werden und von den Pflegenden oft nicht als solche wahrgenommen werden. Er zeigt Formen des subtilen Zwangs im kommunikativen Verhalten Pflegenden auf und erläutert damit verbundene beobachtbare Verhaltensweisen sowie die Wahrnehmungen durch die Patienten und die Auswirkungen auf deren Beziehung zu den Pflegenden. Die Darstellungen basieren auf Erkenntnissen aus einem Forschungsprojekt, das sich mit den Dimensionen feinfühligер Pflege auseinandersetzt; sie sind als vorläufig und unvollständig zu betrachten.

Schlüsselwörter: *Kommunikation, Patientenorientierung, Zwang, Feinfühligkeit & Achtsamkeit*



Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Dr. rer. medic. Christiane Luderer
Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin
Kontakt: christiane.luderer@medizin.uni-halle.de

> Man kann nicht nicht kommunizieren

Jugendsprache in der Pflege

SASCHA BUCHINGER

Pflege ist Teamarbeit und die Sprache bzw. Schrift ist das unumgängliche Medium, um all die anfallenden Prozesse und Verantwortlichkeiten zu steuern und zu koordinieren. Die zunehmende Heterogenität (auch sprachlich) in den Pflegeteams sowie die Entwicklung und weitreichende Verbreitung der aktuellen Jugendsprache könnten die Kooperation, die Kollegialität und die Produktivität in der Pflege allerdings beeinträchtigen.

Die Sprache der Jugend heute

Unsere Sprache ist nicht statisch, sie verändert sich unter anderem dadurch, dass permanent neue Wörter und Redewendungen Einzug halten oder andere Begrifflichkeiten zunehmend aussterben. Dass sich junge Menschen in einem anderen Sprachjargon unterhalten, ist auch keine wesentliche Neuerung, schon immer wurden durch diese Generation Neuschöpfungen, Umdeutungen oder Abkürzungen (Akronyme) vorgenommen.

Neu ist jedoch die weitreichende Verbreitung der Jugendsprache, deren vielfältige Verwendung und rapide Veränderung. Dies wird beispielsweise deutlich, wenn der Verlag Langenscheidt mittlerweile jährlich eine Übersicht mit Erklärungen zum aktuellen „Jugend-sprech“ zusammenstellt und druckt. Einen elementaren Zusammenhang gibt es dabei zwischen Jugendsprache und der digitalen Welt. Heutzutage sind die Jugendlichen grenzenlos und permanent in der Lage, sich über das Internet oder per Handy bzw. Smartphone auszutauschen und Sprache zu gestalten. In diesem Kontext sind auch die Emoticons, sprich die bildhafte Darstellung von Gefühlen und Stimmungslagen (z.B. über Smileys), zu sehen, deren Verwendung ganz rational betrachtet viele Worte und Umschreibungen – sprich Sprache – einsparen soll. Dazu ergänzen in der global vernetzten Welt mehr und mehr fremdsprachliche Ausdrücke die Sprachwelt der jungen Menschen.

Die Sprache der Jugend zielt heute häufig auf eine schnelle und zeitsparende Kommunikation ab, meist über Kurznachrichten und als prompte Reaktionen auf kleinen Tasten – allerdings gibt es hier Auto-Korrektur-Hilfen und Schreibprogramme. Daneben ist es natürlich auch beabsichtigt, sich von den Älteren bzw. der Umwelt abzugrenzen, um zu einer altersgemäßen (Peer-)Gruppe zugehörig zu sein, kreative und möglichst bleibende Bedeutungen zu kreieren, deren Verwendung in einem Kreis von Gleichaltrigen als wertschätzend empfunden wird, um sich somit eine eigene Identität zu schaffen.

Hinzu kommt ein zum Teil regionaler Trend, in den neuen Medien mit seinem Dialekt zu kommunizieren. Dies bedeutet beispielsweise, dass im Bayerischen Wald die Jugendlichen und Heranwachsenden mehr und mehr ihre Mails und SMS in Mundart formulieren und alles so schreiben, wie es auch ausgesprochen wird. Dass dies im Zuge des bürokratischen Dokumentationsaufwandes in der Pflege eher kontraproduktiv zu werten ist, erscheint nachvollziehbar. Denn andere sind auf nachvollziehbare und einfach entschlüsselbare Informationen angewiesen, ohne dafür einen Duden benutzen zu müssen.

Eine Randnotiz ist hierbei, dass im Jahre 2005 nahezu flächendeckend die so genannte Rechtschreibreform in Kraft getreten ist, in der Folge sich bis heute viele Menschen, aber auch Verlage, schwer tun, die Regeln und Neuerungen – also vor allem die Schreibwei-

sen – korrekt umzusetzen. Vielfach ist es einem einfach nicht mehr klar und geläufig, wie ein Wort heutzutage korrekt geschrieben wird.

Nachwuchs in der Pflege

Was haben diese Entwicklungen nun mit der Pflege in Kliniken, Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten zu tun? Zum einen ist Pflege Teamarbeit und der Austausch und die Weitergabe von Informationen unerlässlich. Dazu wird eine gemeinsame Sprache benötigt. Zum anderen erhält die Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren einen enormen Zulauf an Beschäftigten und vielerorts wird dazu der Ausbildungsprozess ungenügend intensiviert. So hat vor allem die Altenhilfe in den letzten Jahren einen gesteigerten Andrang an jungen, ausbildungswilligen Menschen erfahren, die sich für den Beruf der Altenpflegefachkraft entschieden haben (BIBB 2014). Angesichts einer Abbrecherquote von zehn bis 25 Prozent (Uhly 2012; BMG/BMFSFJ 2013) zeigt sich, wie viele Nachwuchskräfte in den Pflegesektor während der Ausbildung, aber auch nach einem erfolgreichen Examen und einer Festanstellung in die Teams aufgenommen werden. Diese jungen Kollegen treffen dann auf Pflegeteams, die entsprechend der demografischen Entwicklung gleichermaßen einen erhöhten Altersdurchschnitt aufweisen (BAuA 2014).

Unabhängig davon gibt es wohl auch den Trend, das Smartphone und Handy auch am Arbeitsplatz permanent mit sich zu führen, was oftmals wiederum Regelungen und Handlungsanweisungen nach sich ziehen kann, wenn das Hin-und-Her-Springen zwischen den privaten und beruflichen Sprachwelten zu sehr verschwimmt – und auch noch Zeit und Aufmerksamkeit kostet.

(Jugend-)Sprache in der Pflege

Zusammenfassend lässt also angesichts dieser Entwicklungen in der Sprache vermuten, dass der Austausch und die Kommunikation in den Pflgeteams wohl nicht unbedingt einfacher wird. Denn die Heterogenität innerhalb der Kollegien bezieht sich nicht nur auf den Faktor Alt und Jung, sondern zusätzlich auch auf die steigende Internationalität und Multiprofessionalität.

So ist bekannt, dass die zunehmende Anzahl von Pflegekräften mit Zuwanderungsgeschichte ein Risiko für Kommunikationsprobleme innerhalb eines Teams darstellen kann (Buchinger 2013). Bei den Fachkräften ist allerdings in der Regel ein Sprachniveau auf B2-Niveau (nach GER) erforderlich, was den Austausch erleichtern sollte. Jedoch gilt es zu bedenken, dass vor allem aktuell zugewanderte Akteure vorwiegend das Hoch- und Schriftdeutsche aus dem schulischen Kontext beherrschen dürften. Sowohl dialektgefärbte als auch jugendsprachliche Elemente dürften ihnen nicht geläufig sein.

In der Theorie zeigt sich eine gestörte und beeinträchtigte Kommunikation aufgrund der Verwendung einer Jugendsprache an dem Modell in Abbildung 1.

Wie irritierend einige Ausdrücke der Jugend im Kontext von Pflege sein kann, ist an den Beispielen im Kasten zu sehen: es handelt sich zwar um deutsche Begriffe und Umschreibungen, jedoch trifft deren ursprüngliche Bedeutung mittlerweile nicht mehr den jetzigen Kern. Erschwerend hinzu kommt, dass diese Jugendsprache sehr schnelllebig bzw. in ständigem Wandel und oftmals regional sehr unterschiedlich ausgeprägt ist.

Irritierende Jugendsprache im Gesundheitskontext

„**Alzheimerbulimie**“ meint der Wortschöpfung nach, dass erst entsprechend dem Krankheitsbild der Bulimie viel und wahllos in sich hineingestopft wird. Allerdings sorgt die Demenz dafür, dass sich hinterher eben nicht erbrochen wird. Das Wort wird folglich als Verspottung von sehr dicken Frauen verwendet, die eben alles in sich hinein fressen, jedoch ver-gessen zu erbrechen und demnach so adipös sind.

„**Behindert**“ sind Dinge, die man dumm findet und folglich nicht gerne macht. Von Menschen ist nicht die Rede.

„**Ein Brecherle machen**“ bedeutet sich übergeben.

„**Brot anstarren**“ heißt nicht, dass der Patient nichts essen will, sondern beruht auf der TV-Serie „Die Simpsons“ und ist ein Synonym für eine völlig unsinnige Beschäftigung.

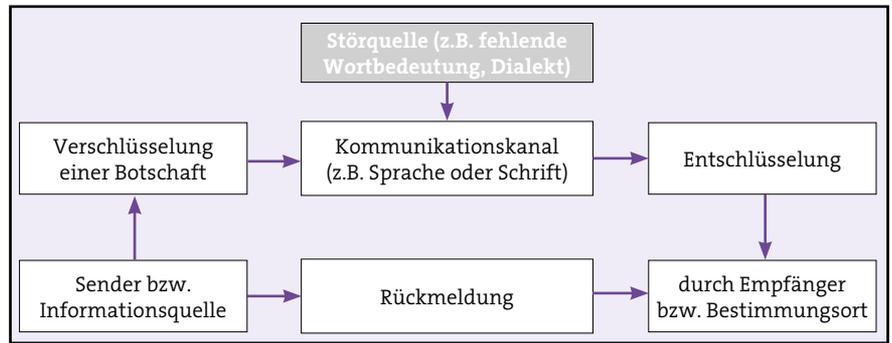


Abbildung 1: Kommunikationsmodell nach Thomas (1991)

Lösungen

Oftmals unterhalten sich die jungen mit den älteren Kollegen und hinterher entsteht der Eindruck, dass zwar Deutsch gesprochen wurde, sich einem der Inhalt der Sätze in der Jugendsprache jedoch nicht wirklich erschlossen hat.

So gilt es in einem ersten Schritt überhaupt ein Bewusstsein zu schaffen, dass es Mitarbeiter gibt, die den Äußerungen der jungen Kollegen einfach nicht folgen können. Somit sollte bei den Jüngeren die Bereitschaft geschaffen werden, auf diese Umgangssprache zu verzichten oder aber einzelne Worte und deren Bedeutung zu erklären. Schließlich steht im beruflichen Kontext die Arbeitsebene im Vordergrund, die eben keine Abgrenzung, Coolness oder sprachliche Parallelwelt benötigt.

Generell ist es im Einzelfall hilfreich, eine Art Arbeitssprache für ein Team zu vereinbaren, sodass alle Mitarbeiter angehalten sind, Hochdeutsch zu sprechen, Übergaben dergestalt zu halten oder eben Pausengespräche zu führen. Dafür spricht zuvorderst der Faktor Professionalität. Neben den Teamkollegen gilt es sich auch mit Ärzten, Angehörigen oder anderen Arbeitspartnern auszutauschen und da ist es wenig hilfreich, unverständlich zu kommunizieren. Ver-

ständlichkeit beinhaltet unter anderem kurze Sätze (aber eben keinen SMS-Telegrammstil), eine prägnante Informationsvermittlung (keine Weitschweifigkeit), keine Mehrdeutigkeiten (z.B. das Wort „Bank“) und eine Einfachheit, die gerade keine Unterschiede zwischen Sender und Empfänger herstellt. Wesentlich ist dabei weiter ein spezieller Wortschatz mit Fachbegriffen aus Medizin, Pflege, Therapie usw., der von allen geteilt bzw. verstanden wird – also ein gemeinsamer Wissenshintergrund. Und natürlich ein allgemeiner Sprachjargon, von dem der Sprecher ausgehen kann, dass diesen das Gegenüber versteht. So gehört das Wort „chillen“ mittlerweile seit 2004 gemäß Duden zum deutschen Sprachverständnis, andere Begrifflichkeiten sind jedoch ganz sicher nicht so geläufig.

Ähnlich verhält sich dies auch im Gespräch mit den Patienten oder Pflegebedürftigen, denn Pflege ist bekanntlich ja ein Beziehungsberuf. Allerdings zeigt sich manchmal, dass es bei Einheimischen, älteren Bewohnerinnen oder demenziell veränderten Menschen ziel-führend sein kann, sich im Dialekt zu unterhalten, um einen besseren bzw. vertrauteren Zugang zu erhalten.

Und Emoticons sind eben auch nur ein Mittel, um im privaten Bereich eine persönliche Mitteilung zu machen. Es gibt zwar einen Smiley, der für „sich übergeben“ steht (:=&), aber im pflegerischen Alltag ist dies ganz sicher kein probates Mittel, um Informationen abzukürzen oder Ausdrücke bildlich weiter zu geben.

Entscheidend ist wohl somit ein Gespür und eine Kommunikationskompetenz zu entwickeln, die genau differenzieren kann, in welcher Situation und mit welchen Adressaten eine Pflegeperson sprachlich agiert. Dazu gehört auch die Erwartung eines Hörers, dass sich der

Zusammenfassung

Somit gehört es zur Rolle einer Pflegekraft, auf jugendtypische Unterhaltungen und Ausdrücke zu verzichten. Zwar ist dieses Phänomen in der Regel nur zeitlich begrenzt, aber vielleicht kann die Differenzierung der Sprachwelten ein weiterer Schritt sein, das private Leben vom beruflichen Alltag zu trennen.

Allerdings wäre es zu einfach und unausgewogen, allein den jungen Pflegekräften die Aufgabe einer reibungsarmen Kommunikation aufzubürden. Umgekehrt könnten sich die der Jugendsprache Unkundigen auch in beschränktem Umfang bemühen, Begriffe und Bedeutungen zu erfragen und sich für das eigene Dasein zu merken (gemäß dem Motto des lebenslangen Lernens). Vielleicht erschließt sich so, von was die eigenen Kinder zuhause beim Abendessen eigentlich so reden ... ;-)

Schlüsselwörter: *Kommunikation, Jugendsprache, Voneinander lernen, Sprachentwicklung*

Sprecher verständlich und nachvollziehbar ausdrückt.

Denn gemäß dem Axiom „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick 2011) drückt die vorsätzliche Verwendung der Jugendsprache bei Kollegen ohne Entschlüsselungskompetenz auch etwas aus: Die Botschaft könnte sein, man möchte bewusst nicht verstanden werden oder Irritationen auslösen oder den Zuhörer ausschließen. Und das wiederum kann Konsequenzen für Zusammenarbeit innerhalb eines Teams haben,

denn das Risiko für Missverständnisse, Doppelarbeiten, Fehlinterpretationen, zeitraubende Nachfragen etc. steigt.

Letztendlich konterkariert es auch Bestrebungen innerhalb eines Teams, alle Kollegen über ein gemeinsames Sprachverständnis zu integrieren und ggf. ein Wir-Gefühl – trotz aller Verschiedenheit – herbei zu führen. <<



Literatur

Uhly, Alexandra (2012): Weiterhin hohe Quote vorzeitig gelöster Ausbildungsverträge. In: BIBB Berufsbildungspersonal, Nr. 2/2012, S.4-5

BMG/BMFSFJ (2013): Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufgesetzes, Berlin, S. 12

BIBB (2014): „Zahl der Auszubildenden in der Altenpflege steigt kräftig“, Pressemitteilung 31/2014, http://www.bibb.de/de/pressemitteilung_14432.php#, Zugriff am 07.04.2016

Buchinger, Sascha (2013): Zum Integrationsverhalten von multiethnischen Pflegeteams in der stationären Altenhilfe, Norderstedt, BOD

Watzlawick, Paul (2011): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien, 8. Auflage, München, Huber

BAuA (2012): Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche, Factsheet 10, Dortmund; <http://www.baua.de/de/Publikationen/Faktenblaetter/BIBB-BAuA-10.html> Zugriff am 07.04.2016

Thomas, Alexander (1991): Grundriss der Sozialpsychologie, Band 1, Göttingen, Hogrefe

Autorenkontakt:

Dr. Sascha Buchinger ist ausgebildeter Krankenpfleger und Diplom-Sozialpädagoge (FH).
Kontakt: buchinger@posteo.de

– Anzeige –



Matthias Hoben/Marion Bär/Hans-Werner Wahl (Hrsg.)
Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie

Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch

2015. 409 Seiten, 21 Abb., 14 Tab. Kart. € 39,99
ISBN 978-3-17-022612-8

auch als
EBOOK

Evidenzbasierte Neuerungen in pflegerischen und gerontologischen Praxissettings einzuführen ist eine komplexe Herausforderung. Insbesondere im deutschen Sprachraum ist dieses Thema bisher wissenschaftlich noch wenig bearbeitet worden. Das Buch gibt erstmals in deutscher Sprache einen Gesamteinblick in Konzepte, Theorien und empirische Befunde der internationalen Implementierungsforschung. Die Befunde werden vor dem Hintergrund der Pflege und Gerontologie diskutiert und mit zahlreichen Implementierungsbeispielen aus den beiden Disziplinen flankiert.

Dr. Matthias Hoben, MSc Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Dipl.-Pfleger (FH), Krankenpfleger, Alberta (Kanada). **Dr. Marion Bär**, Dipl.-Gerontologin, Dipl.-Musiktherapeutin (FH), Heidelberg. **Prof. Dr. Hans-Werner Wahl**, Psychologische Altersforschung, Universität Heidelberg.

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

150 Jahre
Kohlhammer

> „Ich möchte sterben!“ – „Also geht es Ihnen nicht gut?“

Psychologische Gesprächsführung in der (psychiatrischen) Pflege

TIM SCHUSTER

Welche Möglichkeiten gibt es für Pflegekräfte, um auch Gespräche mit schwierigen Patienten souverän führen zu können? Vor allem in der psychiatrischen Pflege stehen viele Pflegekräfte immer wieder vor außergewöhnlichen kommunikativen Herausforderungen. Deshalb ist es besonders wichtig Pflegekräften psychologische Gesprächstechniken an die Hand zu geben, mit denen Sie sowohl in gewohnten als auch unbekanntem Situationen professionell interagieren können.



Foto: Thomas Schuster

Es gibt wohl wenige Wörter, die im Pflegekontext vergleichbar oft erwähnt werden wie das Wort Empathie. Geprägt durch bekannte Psychologen wie z. B. Carl Rogers, beschreibt das so vielfältig eingesetzte Wort zunächst nur eine kognitive Fähigkeit: „*Emotionale Reaktion auf einen Interaktionspartner entsprechend der Wahrnehmung, des Verstehens und der Einfühlung in seinen Gefühlszustand*“ (Psychrembel 2012, S. 254). Doch wie gehe ich in der Praxis mit einer emphatischen Wahr-

nehmung um? Im Patientenkontakt ist die Reaktion auf diesen wahrgenommenen Gefühlszustand dementsprechend genauso bedeutend (Langewitz 2012). Es ist wichtig eine Brücke zwischen der Wahrnehmung und der affektiven Komponente, der Reaktion, zu bauen – mit Hilfe von Kommunikation.

Eine junge, unerfahrene und überforderte Altenpflegerin zerrt eine offensichtlich gebrechliche Frau mit den Worten „*Jetzt helfen Sie doch auch mal*

mit!“ aus dem Bett und versucht, die völlig verängstigte Dame in einen Rollstuhl zu setzen. Wenige Augenblicke zuvor hat sie wortlos das Zimmer der dementen Bewohnerin eines Pflegeheims in München betreten.

Spätestens seit einer investigativen Reportage von Günther Wallraff aus dem Jahr 2014 bekam die breite Öffentlichkeit ein Bild von den Zuständen in manchen deutschen Pflegeeinrichtungen. Doch neben dem Personalmangel und den großen finanziellen Problemen

in Pflegeeinrichtungen konnte das ganze Land beispielhaft sehen, was es heißt, falsch zu kommunizieren. Ein herzliches „Guten Morgen Fr. XY, haben Sie gut geschlafen? Ich weiß, dass es sehr anstrengend für Sie ist, aber ich werde Ihnen beim Aufstehen aus dem Bett helfen, um Sie vor dem Frühstück noch zu versorgen“ hätte der Bewohnerin wohlmöglich mehr Orientierung gegeben und ihr somit die gewiss unangenehme Situation der Abhängigkeit etwas erträglicher gemacht.

Der bloße verbale Ausdruck einer subjektiven (empathischen) Wahrnehmung wird einem Patienten in einer für ihn schwierigen Situation kaum weiterhelfen. Der Titel des vorliegenden Artikels soll in überspitzter Form verdeutlichen, dass Empathie zunächst nur der erste Schritt für eine, beide Seiten zufriedenstellende, Interaktion ist. Genau hier setzen Kommunikationstechniken der psychologischen Gesprächsführung an.

Wie kann ich einen aggressiven Patienten souverän beruhigen? Wie kommuniziere ich mit einem suizidalen Patienten? Wie interagiere ich mit einem wahnhaften Patienten?

Diese in der psychiatrischen Pflege fast alltäglichen Hürden finden in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger (bezugnehmend auf die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen) allerdings eher wenig Berücksichtigung (Löffert et al. 2012). Ferner gab eine Mehrzahl von psychiatrischen Pflegekräften in einer Untersuchung an, dass sie Kommunikation als einen elementaren Arbeitsbestandteil ansehen, sich aber durch ihre Ausbildung nicht ausreichend vorbereitet fühlen (Knelange 2000). Doch v. a. in der Interaktion mit psychisch erkrankten Menschen gibt es viel zu beachten.

Wie verarbeiten psychisch kranke Menschen Reize aus ihrer Umwelt? Wie bedeutsam ist der Kontakt zur Pflege? Wie motiviere ich psychiatrische Patienten auch in schweren Situationen? Wie unterscheidet sich die Selbst- und Fremdwahrnehmung bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern? Antworten zu diesen elementaren Fragen der täglichen Praxis finden Pflegekräfte in ihrer Ausbildung nicht in ausreichendem Maße.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben per Definition eine Veränderung in ihren psychischen Abläufen erlitten. Dies kann mit einer pathologischen Beeinträchtigung verschiedener Bereiche, bspw. der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens, Verhaltens oder der sozialen Beziehungen einhergehen. Zusätzlich sind bei den meisten Krankheitsbildern die Emotionen und/oder Kognitionen (Denken, Aufmerksamkeit und Gedächtnis) beeinträchtigt (Pschyrembel 2012). Im Verlauf der Erkrankung sind psychisch kranke Menschen überdies häufig noch intensiv mit ihren eigenen Gedanken beschäftigt. Somit passiert es schnell, dass ausgesandte Botschaften der Pflegekraft, über Mimik, Körpersprache oder das gesprochene Wort, vom Patienten anders als beabsichtigt verstanden werden. Infolgedessen kann es schnell dazu kommen, dass die Pflegekraft die Situation nicht mehr kontrollieren und beeinflussen kann.

Es ist sehr wichtig, dass Pflegekräfte gerade stressigen und heiklen Situationen gekonnt begegnen. Somit vermeiden sie Eskalationen und können einer persönlichen Überforderung vorbeugen.

Eine empirische Studie aus dem Jahr 2000 ergab, dass Pflegekräfte mit einer

psychiatrischen Fachweiterbildung ihre Qualifikation zur Gesprächsführung größtenteils durch die vermittelten Inhalte der Weiterbildung erlernt haben. Dort hat die Kommunikation einen hohen Stellenwert (Knelange 2000). Allerdings liegt der Personalbestand von examinierten Pflegekräften mit einer psychiatrischen Fachweiterbildung in deutschen Psychiatrien bei gerade einmal 17–23%. Insgesamt 15% der Pflegekräfte in deutschen Psychiatrien sind nicht examiniert (Bölt et al. 2009). Zu fragen ist, wie Pflegekräfte ohne besondere Schulung im Bereich der Patientenkommunikation vorgehen.

Gesundheits- und Krankenpfleger ohne die psychiatrische Fachweiterbildung gaben in der Studie zumeist an, dass ihre kommunikativen Kompetenzen auf ihrer Berufs- und Lebenserfahrung basieren. Einige wenige Pflegekräfte sahen diese Kompetenzen als angeboren an. Oft wurde auch versucht, einmal gemachte Erfahrungen unverändert auf anderen Situationen zu übertragen. Vor dem Hintergrund einer individuellen Patientenbehandlung ist dies allerdings nicht ratsam (Knelange 2000). Daran ist zunächst zu erkennen, dass kommunikative Kompetenzen in der psychiatrischen Pflege grundsätzlich erlernbar sind. Bezugnehmend auf die geringe Anzahl an psychiatrischen Fachpflegern in deutschen Psychiatrien, ist der Bedarf an einer Verbesserung der sozialen Kompetenzen, durch bspw. Kommunikations-, Deeskalations- oder auch Beratungstrainings, v. a. für Pflegekräfte ohne eine Psychiatrie Fachweiterbildung, als sehr hoch einzuschätzen.

Insbesondere die mangelnden sozialen Kompetenzen sind, neben mangelnden pflegerischen Kompetenzen, die häufigste Ursache für psychophysische Überlastungen. Diese Überforderungen bei der täglichen Arbeit führen nicht selten zu einer emotionalen Erschöpfung, einer Abneigung gegenüber dem Patienten und/oder zu reduziertem beruflichen Engagement (Zimber und Weyerer 1998). Rückschließend haben kommunikative Fertigkeiten nicht nur einen Einfluss auf die Genesung oder das Befinden des Patienten, sondern auch auf die Pflegekraft und somit das Unternehmen selbst.

Eine Studie zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit und Motivation von Pflegekräften von Simsa (2004) zeigte, dass

Zusammenfassung

Bei der Befragung von Psychiatrie-Pflegekräften wird deutlich, dass die Kommunikation in der täglichen Arbeit einen sehr hohen Stellenwert einnimmt. Im Gegensatz zu somatischen Krankenhäusern ist der Anteil an pflegerischer Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen deutlich geringer. Die Pflegekräfte fühlen sich durch ihre Ausbildung allein jedoch nicht in ausreichender Form auf die kommunikativen Anforderungen vorbereitet. Der vorliegende Artikel beschreibt, unter Berücksichtigung der aktuellen Personalsituation in deutschen Psychiatrien, die Dringlichkeit für Fort- und Weiterbildungen im Bereich der sozialen Fertigkeiten, vor allem der Kommunikation.

Schlüsselwörter: *Kommunikation, Psychiatrie, Arbeitszufriedenheit, Gespräche*

sich die Befragten sehr stark von dem Umgang mit schwierigen Patienten, Angehörigen und sonstigen Partnern belastet fühlen. Nur der erlebte Zeitdruck und die seelische Belastung der Arbeit beanspruchen die Pflegekräfte mehr. Bezugsnehmend auf die Arbeitszufriedenheit fällt auf, dass die meisten Befragten mit ihren Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten unzufrieden waren. Alles in allem stellt sich erfreulicherweise heraus, dass sich 76,3% der Pflegekräfte stark oder eher stark motiviert fühlen, wenn sie an ihre Arbeit denken. Dieses Potenzial gilt es zu nutzen.

Anknüpfend an die hohe Motivation könnte eine kontinuierliche theoretische Aus-/Weiterbildung im Bereich der sozialen Interaktion, eingebettet in ein effektives und effizientes Personalentwicklungskonzept, vielen Pflegekräften nicht nur mehr rhetorisches Geschick vermitteln, sondern durch mehr Selbstbewusstsein in der alltäglichen Arbeit auch die eigene Zufriedenheit steigern. Eine repräsentative Studie aus dem Jahr 2007 ergab, dass nach ausführlicher Analyse des Fortbildungsbedarfs der Mitarbeiter in der zu untersuchenden Psychiatrie ein Förderungsbedarf in den Bereichen regelgeleitetes, situativ-beurteilendes und reflektierendes Handeln bestand. Als inhaltliche Schwerpunkte der Fortbildungen wurden das Leiten von Gruppen, Gesprächsführung, Aggressionsmanagement und Prozesssteuerung herausgearbeitet (Schindler 2007).

Im pflegerischen Kontext ermöglicht eine geschulte Kommunikation zwar keinen konfliktfreien, aber einen verständnisvolleren Zugang zu den Bedürfnissen des Patienten (Brandenburg 2004). <<



Literatur

Bölt U., & Graf T. (2009). Stationäre Gesundheitsversorgung in Deutschland: Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2008. Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik 12/2009, S. 1227–1242.

Brandenburg H., Huneke M., Schewior-Popp S., Schmerfeld J., Thiele G., & Werner B. (2004). Kooperation und Kommunikation in der Pflege. Ein praktischer Ratgeber für Pflegeberufe. 1. Aufl. Schlütersche, Hannover.

Brunner E. J., & Schönig W. (1990). Theorie und Praxis von Beratung. Pädagogische und psychologische Konzepte. 1. Aufl. Lambertus-Verlag, Freiburg.

Knelange C., & Schieron M. (2000). Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt. *Pflege*, Jg. 5, S.1–11.

Langewitz W. (2012). Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsblatt* 55, S. 1176–1182.

Löffert S., Blum K., & Steffen P. (2012). Grundständige Ausbildungen in der Intensiv- und Psychiatriepflege. *Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Düsseldorf*, S. 1–135.

Pschyrembel, W. (2012). *Klinisches Wörterbuch*. 2. Aufl. Walter de Gruyter, Berlin.

Schindler C. (2007). *Kompetenz-zwischen Qualifikation und Verantwortung*. 1. Aufl. Ibicura, Unterostendorf.

Zimber A., & Weyerer S. (1998). *Stress in der stationären Altenpflege: Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen; Ergebnisse einer Verlaufsstudie*. 1. Aufl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.

Autorenkontakt:

Tim Schuster, Wirtschaftspsychologe (B.Sc.), langjähriger Psychiatriemitarbeiter, Referent für Personal- und Organisationsberatung bei der BAD GmbH, Trainer und Dozent für psychologische Gesprächsführung und Personalentwicklung, Inhaber von miteinander reden.
Kontakt: schuster@miteinander-reden.net; www.miteinander-reden.net



Wulf Rössler/Holm Keller/
 Jörn Moock (Hrsg.)
Betriebliches Gesundheitsmanagement
 Herausforderung und Chance

2. Auflage 2016
 128 Seiten, 10 Abb., 3 Tab. Kart. € 32,-
 ISBN 978-3-17-031326-2
 auch als EBOOK
 Gesundheit im Fokus

Der Arbeitsmarkt steht vor großen Herausforderungen: Die Anforderungen an die Mitarbeiter steigen stetig, die Zahl der Fachkräfte nimmt ab, während es immer mehr ältere Arbeitnehmer gibt. Wie kann es Unternehmen und Institutionen gelingen, ihre Arbeitnehmer zu stärken und als Arbeitgeber attraktiv zu bleiben?

Der Band geht in seiner zweiten Auflage unter anderem den Fragen nach, wer für die Folgekosten von psychischen Erkrankungen verantwortlich ist und inwieweit Betriebliches Gesundheitsmanagement maßgeblich zur Steigerung der betrieblichen Produktivität und Arbeitgeber-Attraktivität beiträgt.

Prof. Dr. Wulf Rössler (Dipl.-Psych.), langjähriger Klinikdirektor und Vorsteher an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK), lehrt an der Leuphana Universität Lüneburg und an der Universität Sao Paulo.
Holm Keller M.A. MPA war hauptberuflicher Vizepräsident für Innovations-Inkubator und Universitätsentwicklung an der Leuphana Universität Lüneburg.
Dr. Jörn Moock (Dipl.-Soz.) verantwortete dort die Koordination und operative Leitung des Kompetenzteams „Vernetzte Versorgung“.

W. Kohlhammer GmbH
 www.kohlhammer.de



> Unterschiedliche Sprachnachweise im Vergleich

Ausländische Pflegekräfte: Qualitätssicherung durch zuverlässige Sprachprüfungen

WASSILIOS KLEIN

Was tun, wenn sich keine in Deutschland ausgebildeten Pflegekräfte finden lassen? Es werden Pflegekräfte aus dem Ausland eingestellt. Bei EU-Ausländern ist das Anerkennungsverfahren kurz. Aber wie erkennt der Arbeitgeber, ob der Sprachnachweis hält, was er verspricht? Und wie gehe ich als Pflegekraft vor, um mich sprachlich auf die Berufstätigkeit in Deutschland vorzubereiten?

Die Anerkennungssituation

Für Entscheider in Pflegeeinrichtungen, für Berufsberater und für auswanderungswillige Pflegekräfte ist die Anerkennungslandschaft vielfältig und damit unübersichtlich. Man muss sich Bundesland für Bundesland die nötigen Informationen suchen, um herauszufinden, welche Behörde die Anerkennung vornimmt (Gesundheitsministerium, Regierungspräsidium oder untere Gesundheitsbehörde, also Gesundheitsamt). Auch hinsichtlich des zu fordernden Sprachniveaus sind sich die Behörden nicht einig. Zumeist wird das Kompetenzniveau B2 verlangt, aber da Nachweise dazu keinen einheitlichen Qualitätskriterien unterliegen, verfügen die anerkannten Pflegekräfte über höchst unterschiedliche sprachliche Fähigkeiten. Eine solche Situation hat nicht nur negative Auswirkungen auf die Qualität der Pflege, sondern auch auf die Personalplanung. Eine Pflegekraft, die z.B. nicht in der Lage ist, einen präzisen Notruf abzusetzen, kann nicht alleine zum Dienst eingeteilt werden.

Skalen für die Sprachkenntnisse

Wenn also das Sprachniveau B2 oder auch schon mal das darunter liegende B1 (im Falle einer fachsprachlichen Prüfung akzeptabel) das Ziel sein soll, ist erst einmal dessen möglichst genaue Definition erforderlich. Dafür steht ein Instrument

zur Verfügung, das vom Europarat im Jahr 2001 publiziert wurde und seither aufgrund seines überzeugenden Ansatzes einen Siegeszug durch die gesamte Sprachlehrszene angetreten hat. Die globalen Beschreibungen der Kompetenzstufen sind in Tabelle 1 erläutert.

Grob kann man sagen, dass die Stufen A1 und A2 für das ausreichen, was man im Urlaub und auf Reisen benötigt, A2 auch schon für ein wenig mehr. Das Kompetenzniveau B1 geht deutlich darüber hinaus. Hier ist bereits ein gewisser Grundwortschatz vorhanden, mit dem aus Texten zu vertrauten Themen die Hauptinformationen entnommen werden können. Beim Sprechen kann



Pflegekräfte aus dem Ausland sollen den Fachkräftemangel beheben

auf einfache Weise etwas erzählt oder die eigene Meinung geäußert werden. Dabei sind Fehler und Stocken noch die Regel. Der Sprung auf das Kompetenzniveau B2 ist beträchtlich und fordert noch einmal viele Unterrichtseinheiten und große Anstrengungen der Lernenden. Dann aber ist der Wortschatz schon so umfangreich, dass auch etwas komplexere Texte verstanden werden, wenn auch nicht in allen Details. Das Sprechen funktioniert nun schon recht flüssig.

Was dies für die Kommunikationsfähigkeit in den Pflegeberufen bedeutet, verdeutlichen die Beispiele in Tabelle 2. Beim direkten Vergleich der beiden Niveaus kann man schon diesen wenigen Beispielen entnehmen, dass Pflegekräfte mit Sprachkenntnissen auf B1-Niveau noch nicht uneingeschränkt einsetzbar sind, insbesondere dann, wenn sie keinerlei fachsprachlichen Unterricht hatten. Sie benötigen auch über die übliche Einarbeitungszeit hinaus immer wieder Unterstützung. Ist dies bei Pflegekräften, die einen B2-Kurs besucht haben, zuverlässig anders?

Der GER suggeriert dies, wenn dort gesagt wird, dass auf Stufe B2 im eigenen Fachgebiet Fachdiskussionen verstanden werden. Heißt das, ausländische Pflegekräfte können kurzerhand in eine fachsprachliche Prüfung B2 geschickt werden? Natürlich nicht. Das wäre nur möglich, wenn zuvor bereits Fachsprache vermittelt wurde. Und damit kommen wir zu den Kursangeboten.

Der Unterricht in „Deutsch als Fremdsprache“

Ein Blick in die Programme von Volkshochschulen und privaten Sprachenschulen zeigt schnell, dass es eine Dreiteilung der Kurse im Fremdsprachenunterricht gibt. Man unterscheidet allgemeinsprachlichen, berufsorientier-

Die Kompetenzstufen des Gemeinsamen europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER)

Kompetente Sprachverwendung	C2	Kann praktisch alles, was er/sie liest oder hört, mühelos verstehen. Kann sich spontan, sehr flüssig und genau ausdrücken und auch bei komplexeren Sachverhalten feinere Bedeutungsnuancen deutlich machen.
	C1	Kann ein breites Spektrum anspruchsvoller, längerer Texte verstehen und auch implizite Bedeutungen erfassen. Kann sich spontan und fließend ausdrücken, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen
Selbstständige Sprachverwendung	B2	Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Fachgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist.
	B1	Kann die Hauptpunkte verstehen, wenn klare Standardsprache verwendet wird und wenn es um vertraute Dinge (...) geht. Kann sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen (...) äußern. Beispiele: (...) über Erfahrungen berichten oder Ziele beschreiben
Elementare Sprachverwendung	A2	Kann sich in einfachen, routinemäßigen Situationen verständigen, in denen es um vertraute und geläufige Dinge geht. Beispiele: Informationen zur Person und zur Familie geben, alltägliche Einkäufe erledigen
	A1	Kann vertraute, alltägliche Ausdrücke und ganz einfache Sätze verstehen und verwenden, die auf die Befriedigung konkreter Bedürfnisse zielen. Beispiele: sich vorstellen, Adresse sagen, nach Preis oder nach Weg fragen

Tabelle 1: Unterschiedliche Sprachniveaus gemäß der Definition des Europarats (2001).

ten sowie fach- und berufsspezifischen Fremd- bzw. Zweitsprachenunterricht. Was sind die Vor- und Nachteile, vor allem in Bezug auf den Einsatz ausländischer Pflegekräfte?

Allgemeinsprachlicher Unterricht muss auf alle Lebenslagen vorbereiten. Die Lehrwerke sind meist so angelegt, dass Reisen und Freizeit einen hohen Stellenwert einnehmen. Ziel ist die Verständigung über möglichst alle Bereiche des täglichen Lebens, ohne konkrete Spezialisierung.

Ein zweiter Weg sind allgemein berufsorientierte Sprachkurse (Funk 2010) und eine entsprechende Prüfung. In solchen Kursen sind Teilnehmende versammelt, die Deutsch für berufliche Zwecke benötigen, ohne dass bereits die Fachsprache zu einem bestimmten Beruf vermittelt würde (z.B. Small Talk, Urlaubsplanung). Damit ist man sicher schon ganz gut für die Berufstätigkeit in Deutschland vorbereitet. Pflegespezifische Fachsprache kommt aber auch hier nicht vor.

Für ausländische Pflegekräfte ist ein berufsqualifizierender Fremdsprachenunterricht in „Deutsch für die Pflege“ zielführender. Der Ballast von – aus rein beruflicher Perspektive – unnötigem Wortschatz auf dem Niveau B2 entfällt, wohingegen ab etwa B1 systematischer Wortschatz und Redemittel für den Pflegeberuf aufgebaut werden, eingebettet in typische Kommunikationssituationen von Pflegekräften. Deshalb wird in einigen Bundesländern bei einer fachsprachlichen Sprachprüfung auch

Kommunikative Situation	GER-Niveau B1	GER-Niveau B2
Anweisungen verstehen	Kann am Arbeitsplatz konkrete Anweisungen eines Arztes oder Vorgesetzten verstehen.	Kann auch komplexere Anweisungen von Ärzten oder Vorgesetzten verstehen.
Berichte verstehen	Kann in einem Vortrag über die Zukunft des eigenen Arbeitsbereichs die Hauptinformationen verstehen.	Kann in einer Teambesprechung die komplexe Beschreibung einer neuen Pflegedokumentationssoftware verstehen.
Informationen zusammenfassen	Kann in einem kurzen Übergabegespräch die erledigten Arbeitsschritte darstellen und hervorheben, was noch zu tun ist.	Kann in einem Übergabegespräch auch umfangreichere Informationen strukturiert weitergeben, die wichtigsten Aspekte hervorheben und auch detailliert beschreiben, was noch zu tun ist.
Berichten und erzählen	Kann für die Versicherung einen einfachen Unfallbericht verfassen	Kann einen detaillierten Biografiebericht verfassen.
Formulare ausfüllen	Kann ein Sturzprotokoll ausfüllen	Kann auf Basis von Angaben des Patienten einen Anamnesebogen vollständig ausfüllen und auch zusätzliche Angaben frei formulieren.

Tabelle 2: Vergleich der sprachlichen Kompetenzen auf den Niveaus B1 und B2 (telc 2015, S. 67–73, gekürzt):



©telc gGmbH

Fachsprachlicher Unterricht

das Kompetenzniveau B1 akzeptiert. Diese Kurse sind jedoch eher selten und werden vor allem auf Nachfrage von Arbeitgebern angeboten, denn Sprachkurse sind umso effizienter, je genauer sie auf den Kommunikationsbedarf von Lernenden zugeschnitten sind (frei nach Tellmann et al. 2012). Unterrichtsmaterial steht inzwischen sowohl seitens der einschlägigen Verlage als auch seitens eines Testanbieters hinreichend zur Verfügung, ebenso ein Rahmencurriculum für solche Kurse (telc 2015). Auch eine fachsprachliche Deutschprüfung für Kranken- und Altenpflegekräfte ist verfügbar, so dass die fachsprachlichen Kurse sinnvoll abgeschlossen werden können.

Egal ob Fachsprache oder Allgemeinsprache, um das GER-Niveau B2 zu erreichen, muss man 700–1.200 Unterrichtsstunden besucht haben, je nach persönlicher Begabung, zeitfressenden Problemen des Einlebens oder Beanspruchung durch die kursbegleitende Berufstätigkeit. Häufig wird ein Einstieg in den Beruf trotz sprachlicher Lücken empfohlen, mit der Aussicht auf Verbesserungen der sprachlichen Fähigkeiten in der Praxis, also learning by doing. Einmal abgesehen davon, dass lückenhafte Sprachkenntnisse keine sichere Pflege gewährleisten, ist der erwartete Effekt eher selten zu beobachten. Tatsächlich nehmen die Grammatikkenntnisse im Laufe der Zeit sogar wieder ab. Lediglich beim Wortschatz sind gewisse Fortschritte wahrscheinlich.

Die Qualitätskriterien von Sprachnachweisen

Welchen Weg man auch geht, am Ende muss eine aussagekräftige Zertifizierung der Sprachkenntnisse stehen. Wenn man einen Test beurteilen will, muss man die Gütekriterien für Tests kennen. In der Fachliteratur für Language Testing werden klassischerweise drei Kriterien genannt: Objektivität, Reliabilität und Validität (Rost 2004, S. 33–40).

Objektivität bedeutet, dass das Testergebnis unabhängig von subjektiven Einflüssen sein soll. So soll es nicht dadurch verfälscht werden, dass Teilnehmende von ihrer eigenen Lehrkraft geprüft werden oder eine bestimmte Herkunftssprache haben. Um subjektive Einflüsse seitens der Prüfer und Bewerter der Prüfungsteile Sprechen und Schreiben zu reduzieren, werden bei einer qualitativ hochwertigen Sprachprüfung nur z.B. anhand von Prüfungsvideos geschulte, lizenzierte Personen eingesetzt.

Valid ist ein Test dann, wenn er misst, was er messen soll. Wenn also ein Anbieter behauptet, seine Sprachprüfung garantiere das Niveau B2 des GER, so muss er nachweisen können, dass dies tatsächlich der Fall ist. Dazu sind im Prozess der Testentwicklung umfassende Erprobungen, Begutachtungen, Expertenrunden und anderes mehr erforderlich.

Reliabel ist ein Test dann, wenn er bei jedem Einsatz zu gleichen oder doch sehr ähnlichen Resultaten kommt. Es geht um die Zuverlässigkeit, um die Präzision, mit der ein Test etwas misst, in unserem Fall kommunikative Sprachkompetenz. Dabei kommt es darauf an, dass jede Aufgabe in den gewünschten Schwierigkeitskorridor passt, dass sie schwache Teilnehmende von starken unterscheiden kann und dass die Testversionen insgesamt gleich schwer sind. Dazu muss ein Test nach mehreren Kriterien statistisch untersucht werden (Lienert & Raatz 1998).

Wie kann der Verbraucher die Qualität von Sprachnachweisen beurteilen?

Die Qualitätskriterien sind für den Verbraucher schwer zu beurteilen. Als Laie kann man lediglich erahnen, dass ein guter Test nicht nebenher zu entwickeln ist, sondern spezielle Qualifikationen erfordert. Die Sprachenschule um die Ecke kann jedenfalls kaum in der Lage sein, einen zuverlässigen und aussagekräftigen Test zu entwickeln. Wer aber kann es?

Wenn man sich nicht leicht selbst ein Urteil bilden kann, könnte man sich auf die Aussagen von Organisationen stützen, die Testanbieter und ihre Tests zertifizieren. Wenig aussagekräftig sind Zertifikate z.B. zur Qualitätsmanage-

Zusammenfassung

Für die Anerkennung der Berufsausbildung von ausländischen Pflegekräften ist ein Sprachnachweis erforderlich. Meist wird das Niveau B2 nach dem Gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) gefordert. Der Nachweis darüber erfolgt häufig über unzureichende, nicht aussagekräftige Bescheinigungen. Sicherheit über das Sprachniveau erhalten Arbeitgeber und Arbeitnehmer durch Zertifikate von Sprachtestanbietern, die die internationalen Qualitätsanforderungen erfüllen. Ideal ist die Kombination eines fachsprachlichen Kurses „Deutsch in der Pflege“ mit einer fachsprachlichen Deutschprüfung speziell für Pflegekräfte.

Schlüsselwörter: *Berufsanerkennung, Sprachnachweis, ausländische Pflegekräfte, Fachkräftemangel*

mentnorm ISO 9001, denn das Produkt selbst wird nicht geprüft. Eine Marktübersicht zu Englischprüfungen, die die Stiftung Warentest publiziert hat, bietet immerhin schon Anhaltspunkte wie Bekanntheit bei Arbeitgebern (test.de 2012). Wirklich in die Inhalte geht solch eine Marktübersicht aber auch nicht.

Um hier Abhilfe zu schaffen, haben sich 1990 die namhaften Sprachtestanbieter in Europa zusammengeschlossen und die ALTE (Association of Language Testers in Europe) gegründet. Zunächst wurden 17 Standards formuliert, die jeder Sprachtestanbieter einhalten sollte. Sie betreffen keineswegs nur die Prüfungsentwicklung selbst, sondern auch die Durchführung und Logistik (Sicherheitsaspekte, Kundenunterstützung), Bewertung und Benotung (z.B. Ausbildung von Prüfern und Bewertern), Analyse der Ergebnisse und Kommunikation mit den Beteiligten. In Auditverfahren wird die Einhaltung der Standards überprüft. Auch ein Handbuch zur Entwicklung und Durchführung von Sprachtests ist erschienen (deutsche Fassung: telc 2012). Wer also eine aussagekräftige Sprachprüfung sucht, die nach aktuellen Qualitätskriterien erstellt und durchgeführt wird, liegt bei den Mitgliedern der ALTE richtig. Für Deutschprüfungen sind dies das Goethe-Institut, das Österreichische Sprachdiplom, die telc gGmbH und das Test-DaF-Institut. Diese vier Institutionen offerieren mit unterschiedlichen



Ausrichtungen und Schwerpunkten Prüfungen auf dem GER-Niveau B2, darunter allgemeinsprachliche und berufsorientierte Prüfungen. Eine fachsprachliche Prüfung für Pflegekräfte bietet bisher nur die telc gGmbH an.

Dass die ALTE-Vollmitgliedschaft ein entscheidendes Kriterium für die Anerkennung eines Sprachzertifikates ist, beweist die Tatsache, dass die deutschen Behörden in Fragen der Visaerteilung oder im Bereich des Staatsangehörigkeitsrechts immer mehr dazu übergegangen sind, nur noch die Zertifikate von Sprachtestanbietern zu akzeptieren, die Mitglieder der ALTE sind.

Literatur



Europarat, Rat für kulturelle Zusammenarbeit (Hrsg.) (2001) Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: Lernen, lehren, beurteilen. Langenscheidt, Berlin 2001, S. 35.

Funk H. (2010) Berufsorientierter Fremdsprachenunterricht. In: Barkowski H., Krumm H.-J. (Hrsg.): Fachlexikon Deutsch als Fremd- und Zweitsprache, A. Francke Verlag, Tübingen, S. 26 f.

Lienert G., Raatz U. (1998) Testaufbau und Testanalyse, 6. Auflage, Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Rost J. (2004) Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion, 2. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.

telc gGmbH (2012) Handbuch zur Entwicklung und Durchführung von Sprachtests, Zur Verwendung mit dem GER, Erstellt von ALTE im Auftrag des Europarats/Abteilung für Sprachenpolitik, Frankfurt am Main 2012.

telc gGmbH (2015) Rahmencurriculum und Handbuch Deutsch Pflege, B1-B2, Frankfurt.

Tellmann U., Müller-Trapet J., Jung M. (2012) Berufs- und fachbezogenes Deutsch, Grundlagen und Materialerstellung nach dem Konzept von IDIAL4P, Handreichungen für Didaktiker, Universitätsverlag, Göttingen.

test.de (2012) Ein Zertifikat für gutes Englisch. <https://www.test.de/Englischzertifikate-fuer-Fortgeschrittene-Ein-Zertifikat-fuer-gutes-Englisch-4327568-0/>, Zugriff am 08.04.2016.

Autorenkontakt:

Dr. phil. Wassilios Klein, Redaktionsleiter Testentwicklung, telc gGmbH
 Kontakt:wassilios.klein@t-online.de

Anzeige



Friedhilde Bartels/Claudia Eckardt
 Saskia Wittekindt/Anke Wittrich

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Band 1: Grundlagen und Formulierungshilfen

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (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. Für einen effizienten und effektiven Therapieerfolg des Patienten sind gemeinsam vereinbarte Ziele die Voraussetzung für eine wertschätzende Umgangskultur im Sinne der Beziehungsarbeit der ATP-G. Band 1 beinhaltet die Grundlagen der ATP-G sowie Formulierungshilfen für die Dokumentation.

2015. 78 Seiten mit 15 Abb.
 Kart. € 25,-
 ISBN 978-3-17-029735-7



W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart · www.kohlhammer.de

150 Jahre **Kohlhammer**

> Das PSG II bringt einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren

Abkehr von der Minutenpflege

PETER KOSTORZ

Bereits seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung steht der gesetzlich definierte Pflegebedürftigkeitsbegriff als zu defizitorientiert und verrichtungsbezogen in der Kritik. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz soll dieser Geburtsfehler der sozialen Pflegeversicherung behoben werden. Kernelement der Reform ist eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eine Neugestaltung des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit.

Einleitung

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird als Grundvoraussetzung für eine Leistungsgewährung der sozialen Pflegeversicherung in § 14 SGB XI umschrieben; Art und Höhe der bei Pflegebedürftigkeit zu gewährenden Leistungen sind wiederum abhängig von deren qualitativer Ausprägung, die nach § 15 SGB XI mit Hilfe einer Ordinalskala erfasst wird. Sowohl der (noch) geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff als auch das (noch) bestehende Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Schwere bzw. des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit sind seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung heftig diskutiert und teils vehement kritisiert worden (Kernebeck/Kostorz 2015, 712): Der Begriff der Pflegebedürftigkeit sei zu defizitorientiert und verrichtungsbezogen, berücksichtige kaum die den Betroffenen noch zur Verfügung stehenden Ressourcen und sei zudem zu sehr an somatischen Erkrankungen ausgerichtet, so dass psychische Einschränkungen, etwa in Folge von demenziellen Veränderungen, zu wenig berücksichtigt würden (Rosenbrock/Gerlinger 2014, 347 f.). Auch das Einstufungsverfahren wird als defizitär erachtet, da es sich momentan vor allem an dem Zeitaufwand orientiert, den eine sogenannte Laienpflegekraft für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Pflegebedürftigen benötigt – ein Verfahren, das schnell nach Einführung der Pflegeversicherung mit dem Begriff der „Minutenpflege“ belegt wurde.

Schon seit längerer Zeit existieren daher verschiedene Konzepte zur Neuformulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und zur Änderung des Begutachtungsverfahrens (Wingenfeld et al. 2007). Zuletzt legte im Jahre 2013 der sogenannte *Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs* einen Bericht vor, in dem neue mögliche Kriterien sowie ein verändertes Begutachtungsassessment für die Feststellung und Skalierung von Pflegebedürftigkeit vorgestellt wurden (BMG 2013 sowie Hoffer 2013). Kernelemente sind dabei eine Neudefinition des pflegeversicherungsrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Klassifizierung von Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegrade (statt wie bisher in drei Pflegestufen), welche sich zudem nicht mehr länger am reinen Zeitbedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen orientieren, sondern die spezifischen Hilfebedarfe von Menschen mit nicht nur körperlichen Defiziten, sondern auch kognitiven und psychischen Einschränkungen berücksichtigen sollen (Kostorz/Kernebeck 2015, 40).

Mit dem *Zweiten Pflegestärkungsgesetz* (PSG II) wird dieses Konzept nun

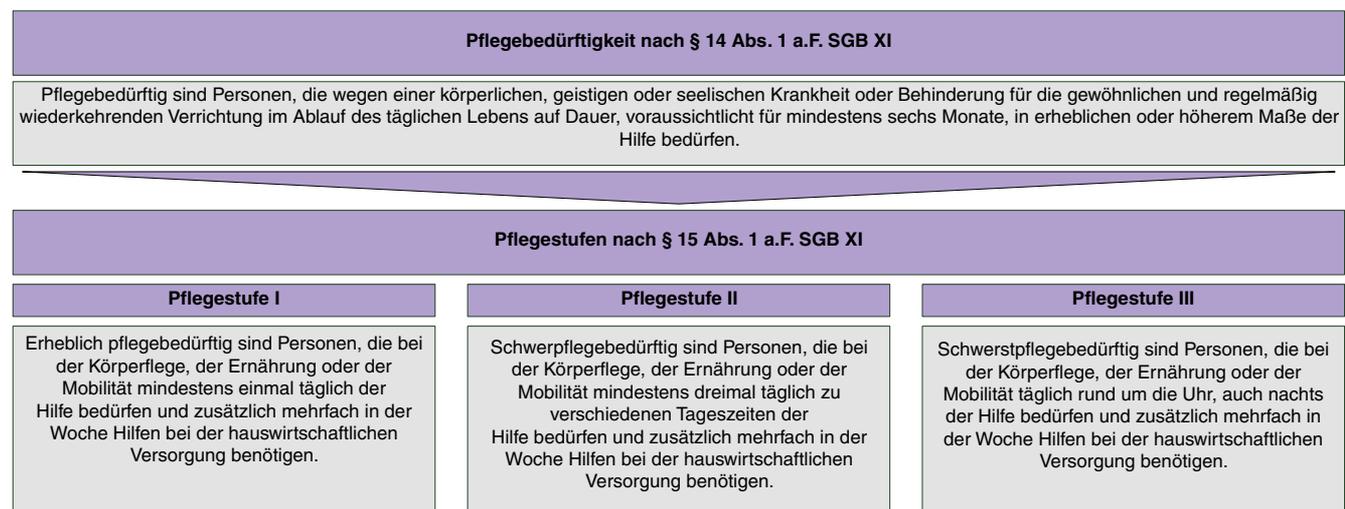


Abbildung 1: Begriff und Stufen der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 a.F. SGB XI

umgesetzt. Im Zusammenhang mit der Verabschiedung des Gesetzes führte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe aus: „20 Jahre nach ihrer Einführung stellen wir die Soziale Pflegeversicherung jetzt auf eine neue Grundlage. Damit erhalten erstmals alle Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu Pflegeleistungen – unabhängig davon, ob sie an körperlichen Beschwerden oder an einer Demenz erkrankt sind.“ Der vorliegende Beitrag zeichnet die ab dem Jahr 2017 geltenden Neuerungen nach (hierzu auch Kostorz 2015).

Bestehende Rechtslage

Begriff der Pflegebedürftigkeit

Nach dem noch bis Ende 2016 geltenden § 14 Abs. 1 a.F. SGB XI sind Personen pflegebedürftig, die im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer (das heißt für voraussichtlich mindestens sechs Monate) in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (Abb. 1), wobei der Hilfebedarf bei regelmäßig wiederkehrenden Alltagsverrichtungen in den folgenden, in § 14 Abs. 4 a.F. SGB XI abschließend aufgezählten Bereichen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen muss (Griep/Renn 2013, 68):

1. Körperpflege

(Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung)

2. Ernährung

(mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung)

3. Mobilität

(selbständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung)

4. hauswirtschaftliche Versorgung

(Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und der Kleidung oder das Beheizen der Wohnräume)

Leistungsbegründend sind allerdings nur bestimmte Ursachen des Hilfebedarfs: Dieser muss kausal auf eine Krankheit oder Behinderung i.S.d. § 14 Abs. 2 a.F. SGB XI zurückzuführen sein (Weiß 2010, 101), worunter nur Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat bzw. der inneren Organe oder der Sinnesorgane sowie Störungen des Zentralnervensystems, endogene

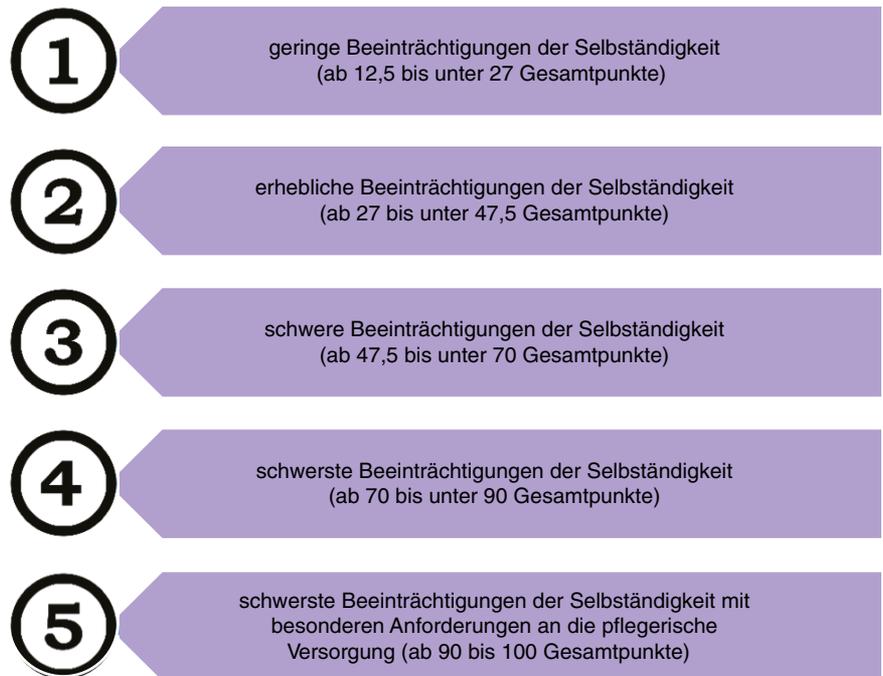


Abbildung 2: Pflegegrade und deren Bedeutung

Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen fallen. Andere Ursachen der Pflegebedürftigkeit schließen eine Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung dem Grunde nach aus, so dass die Leistungsgewährung dieses Sozialversicherungszweiges stark kausalorientiert ist.

Pflegestufen und Begutachtungsverfahren

Zur Konkretisierung der zu gewährenden Pflegeleistungen sind die i.S.d. § 14 a.F. SGB XI pflegebedürftigen Versicherten einer von drei Pflegestufen nach § 15 Abs. 1 a.F. SGB XI zuzuordnen (Weiß 2010, 101), die nach dem Ausmaß des Hilfebedarf in den in § 14 Abs. 4 a.F. SGB XI beschriebenen Bereichen der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens skaliert sind (Abb. 1). Maßgeblich für die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist der Zeitaufwand, den eine sogenannte Laienpflegekraft (Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson) für die erforderlichen Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Dieser Aufwand beträgt im wöchentlichen Tagesdurchschnitt § 15 Abs. 3 SGB XI)

•• in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten (davon Grundpflege von mehr als 45 Minuten),

•• in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden (davon Grundpflege von mindestens zwei Stunden),
 •• in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden (davon Grundpflege von mindestens vier Stunden)

Der Berechnung des Zeitaufwands liegen die sog. *Begutachtungs-Richtlinien* des GKV-Spitzenverbandes zugrunde. Sie enthalten Zeitorientierungswerte (eine Ganzkörperwäsche hat beispielsweise einen Zeitorientierungswert von 20-25 Minuten, das Entkleiden des Oberkörpers hat einen Zeitkorridor von 2-3 Minuten), die bei der Zuordnung Pflegebedürftiger zu einer der drei Pflegestufen zu berücksichtigen sind: Die Summe der erhobenen Messwerte wird mit den geforderten Mindestzeiten für die Pflegestufen abgeglichen, woraus sich dann die Pflegeeinstufung des Betroffenen ergibt (Wiese 2014, 307 f.). Dieses Verfahren führte in der Vergangenheit nicht nur zu der bereits beschriebenen Kritik, die Leistungssystematik der sozialen Pflegeversicherung würde der „Minutenpflege“ Vorschub leisten, sondern auch zu zum Teil unwürdigen Minutenfeilschereien zwischen den Gutachtern des MDK und den pflegebedürftigen Antragstellern bzw. deren Angehörigen (o.V. 2014).

Im Jahre 2008 wurde als Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs darüber hinaus eine sogenannte Pflegestufe 0

Kriterien	
Bereich/Modul 1 Mobilität	Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen
Bereich/Modul 2 kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch
Bereich/Modul 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen
Bereich/Modul 4 Selbstversorgung	Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Besonderheiten bei Sondenernährung, Besonderheiten bei parenteraler Ernährung, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen
Bereich/Modul 5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel b) in Bezug auf Verbandswchsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften
Bereich/Modul 6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds
Bereich/Modul 7 außerhäusliche Aktivitäten	Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen
Bereich/Modul 8 Haushaltsführung	Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen und Behördenangelegenheiten

Tabelle 1: Bereiche des Hilfebedarfs und Module des neuen Begutachtungsassessments

für Pflegebedürftige eingeführt, die zwar keinen Hilfebedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung haben, der mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt, dafür aber aufgrund ihrer Krankheit oder Behinderung eine derart eingeschränkte Alltagskompetenz haben, dass sie in erheblichem Maße der allge-

meinen Beaufsichtigung und Betreuung bedürfen (§§ 45a und 123 SGB XI) (Wiese 2014, 299 und 304). § 45a Abs. 2 SGB XI enthält einen Katalog mit insgesamt 13 Kriterien, die bei der Beurteilung, ob eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegt, maßgebend sind (Kostorz et al. 2010, 180 f.).

Neue Rechtslage

Begriff der Pflegebedürftigkeit

Künftig werden Personen pflegebedürftig im Sinne des Rechts der sozialen Pflegeversicherung sein, wenn sie auf Dauer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen, sie die

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Tabelle 2: Messung der Selbständigkeit im Begutachtungsmodul Mobilität (Quelle: Anlage 1 zu § 15 n.F. SGB XI)

bestehenden körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen also nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können (§ 14 Abs. 1 n.F. SGB XI). Es zeigt sich dabei zum einen, dass neben den körperlich Betroffenen nun auch Pflegebedürftige mit kognitiven Erkrankungen und psychischen Störungen gleichberechtigt in den Schutz der sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden (Wilderotter 2015, 33), und zum anderen, dass künftig nicht mehr auf die Defizite der Pflegebedürftigen, sondern auf den Grad der verbliebenen Selbständigkeit abgestellt wird (Frank 2015, 354). Dadurch wird mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zugleich von der derzeit noch vorherrschenden kausalorientierten Leistungsgewährung abgerückt: Grundsätzlich leistungsbegründend

wirkt nicht mehr das Vorliegen einer bestimmten, gesetzlich klar umrissenen Erkrankung oder Behinderung, sondern allein der bestehende, gesundheitlich bedingte Hilfebedarf, der unabhängig von seiner Ursache nach dem Prinzip der Finalität im Rahmen der zur Verfügung gestellten Leistungen gedeckt werden soll.

Ausschlaggebend für den beschriebenen Hilfebedarf sind die in § 14 Abs. 2 n.F. SGB XI abschließend aufgeführten pflegefachlich begründeten Kriterien, die insgesamt sechs Bereichen des möglichen Hilfebedarfs zugeordnet sind (Tab. 1). Auch in diesem Katalog zeigt sich deutlich die Abkehr von der Berücksichtigung rein somatischer Defizite hin zu einer Orientierung an der verbliebenen Selbständigkeit und den noch bestehenden Alltagsfähigkeiten bei der Beurteilung einer bestehenden

Pflegebedürftigkeit (Kimmel 2015a, 359).

Pflegegrade und Begutachtungsverfahren

Maßgeblich für die Einstufung in einen bestimmten Pflegegrad ist die Schwere der Beeinträchtigung der Selbständigkeit bzw. Fähigkeit in den in § 14 Abs. 2 n.F. SGB XI aufgeführten Lebensbereichen (Nakielski 2015, 349), auf die auch im Rahmen des neuen Begutachtungsverfahrens Bezug genommen wird. Dessen wesentliche, für den Leistungszugang relevanten Elemente sind in § 15 n.F. SGB XI und den dazugehörigen beiden Anlagen geregelt (Schroth 2015, 61). Das Procedere der Begutachtung und Einstufung verläuft in den folgenden drei Schritten (§ 15 Abs. 2 und 3 n.F. SGB XI; hierzu insgesamt Kimmel 2015a, 360 ff).

Leistungen der SPV				Leistungen der SPV			
Pflegegeld (§ 37 SGB IX)	Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	Pflegestufe	Pflegegrad	Pflegegeld (§ 37 SGB IX)	Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
–	–	–	0	1	–	125 €*	125 €*
123 €	231 €	–	mit eA*	2	316 €	689 €	770 €
244 €	468 €	1.064 €	1				
316 €	689 €	–	ohne eA*	3	545 €	1.298 €	1.262 €
458 €	1.144 €	1.330 €	2				
545 €	1.298 €	–	mit eA*	4	728 €	1.612 €	1.775 €
728 €	1.612 €	1.612 €	3				
–	–	–	ohne eA*	5	901 €	1.995 €	2.005 €
–	–	–	mit eA*				

*eA = eingeschränkte Alltagskompetenz i.S.d. § 45a a.F. SGB XI

*sog. Entlastungsbetrag nach § 45b n.F. SGB XI

Abbildung 3: Überleitung der Bestandsfälle von Pflegestufen nach Pflegegraden

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Modul	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Punkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte

Tabelle 3: Gewichtung der Messung der Selbständigkeit im Begutachtungsmodul Mobilität (Quelle: Anlage 2 zu § 15 n.F. SGB XI)

Schritt 1: Erfassung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten

Grundlage des Begutachtungsinstruments sind insgesamt sechs Module, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 n.F. SGB XI entsprechen und die der Anlage 1 zu § 15 n.F. SGB XI zu entnehmen sind. Im Begutachtungsverfahren sind zunächst als Modul-Einzelkriterien diejenigen Aspekte einzuschätzen, die auch in § 14 Abs. 2 n.F. SGB XI den jeweiligen Lebensbereichen zugeordnet sind (Tab. 1). Die Beurteilung erfolgt mit Hilfe einer vierstufigen Skala, wobei die vier Kategorien die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten darstellen (Tab. 2). Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte von 0 bis (je nach Modul) maximal 5 zugeordnet. Die Summe der Einzelpunkte spiegelt dann den Grad der Selbständigkeit und Alltagsfähigkeit des Pflegebedürftigen im jeweiligen Bereich bzw. Modul wider; er nimmt dabei mit steigender Gesamtpunktzahl immer mehr ab.

Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Lebensbereichen der außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltsführung festzustellen (Tab. 1). Mit diesen Informationen sollen vor allem das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a SGB XI, das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V sowie eine individuelle Pflegeplanung und eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden (§ 18 Abs. 5a n.F. SGB XI); relevant für die Ermittlung des Pflegegrades sind sie hingegen nicht.

Schritt 2: Gewichtung der erfassten Messergebnisse

Ist für jedes Modul ein Summenwert aus den gutachterlichen Einschätzungen der einzelnen Kriterien ermittelt worden, sind diese Summen zu gewichten, „da die sechs Module nicht mit der gleichen Gewichtung in die Berechnung einer 100-Punkte-Skala eingehen“ (Kimmel 2015a, 362). Dabei gelten folgende Quantitäten:

- 10 % Mobilität
- 15 % kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- 40 % Selbstversorgung
- 20 % Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- 15 % Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Hierzu werden die in einem Modul erreichten Punkte einem von insgesamt fünf ordinalskalierten Punktbereichen von 0 (keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten) bis 4 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten) zugeordnet. In Anlage 2 zu § 15 n.F. SGB XI können dann die jeweils gewichteten Punktzahlen für die einzelnen Punktbereiche abgelesen werden (Tab. 3). „Zu unterscheiden sind daher die Punkte, die sich in Addition für das einzelne Modul ergeben und die Punkte, die letztlich für den Pflegegrad berücksichtigt werden (gewichteter Punktwert)“ (Kimmel 2015a, 362).

Zusammenfassung

Mit dem *Zweiten Pflegestärkungsgesetz* wird es bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit künftig nicht mehr nur um den verrichtungsbezogenen pflegerischen Hilfebedarf eines Menschen gehen, der derzeit noch in Minuten abgebildet wird, sondern um die Frage, wie selbständig eine Person bei der Bewältigung ihres Alltags (noch) ist – ob ihre Einschränkungen somatisch oder mental bedingt und auf welche krankheits- bzw. behinderungsbedingten Ursachen sie zurückzuführen sind, spielt dann keine Rolle mehr (Kimmel 2015b, 36). Der Weg von der vielfach kritisierten „Minutenpflege“ hin zu einem Begutachtungsverfahren, das die Fähigkeiten eines Menschen fokussiert und ihn so als Ganzes in den Blick nimmt, stellt damit einen echten Paradigmenwechsel dar (Kimmel 2015a, 364 sowie Frank 2015, 357) – entsprechendes gilt für die Abkehr der Leistungsgewährung vom Kausalprinzip zugunsten einer stärkeren sozial- und gesundheitspolitischen Umsetzung des Finalitätsprinzips, das weniger auf die Ursache eines Versicherungsfalls abstellt, sondern eher auf dessen adäquaten und bedarfsorientierten Ausgleich. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird insgesamt zu einer Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises führen – das indes ist gesundheitspolitisch gut und gewollt. Die damit verbundenen Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung, die zudem durch die Anpassung der Leistungen ansteigen dürften, werden durch eine Erhöhung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte zum 1. Januar 2017 ausgeglichen.

Schlüsselwörter: *Pflegebedürftigkeitsbegriff, Zweites Pflegestärkungsgesetz, Begutachtungsverfahren, Neues Begutachtungsassessment, Pflegegrade*

Schritt 3: Ermittlung des Pflegegrades

Im letzten Schritt werden die gewichteten Punkte aller sechs Module addiert, wobei die Gesamtpunktzahl maximal 100 betragen kann. Auf der Basis der erreichten (gewichteten) Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen dann in einen der fünf neuen Pflegegrade einzuordnen; bis zu einer Gesamtpunktzahl von 12 besteht keine sozialrechtlich relevante Pflegebedürftigkeit (Abb. 2).

Überleitung bestehender Pflegefälle und Anpassung der Leistungen

Nach einer Erprobungsphase wird das neue Begutachtungsassessment für Neuanträge auf Pflegeleistungen ab dem 1. Januar 2017 flächendeckend umgesetzt. Pflegebedürftige, bei denen bereits nach altem Recht eine Pflegestufe gutachterlich festgestellt worden ist, werden nach § 140 n.F. SGB XI zum 1. Januar 2017 automatisch in einen der fünf neuen Pflegegrade überführt (Abb. 3). Zu unterscheiden sind dabei zwei Formen sogenannter Stufensprünge (Nakielski 2015, 350): Personen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen werden von ihrer Pflegestufe automatisch in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet (sogenannter einfacher Stufensprung); pflegebedürftige mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz i.S.d. § 45a a.F. SGB XI kommen automatisch in den übernächsten Pflegegrad (sogenannter doppelter Stufensprung). Eine Überleitung in den neuen Pflegegrad 1 wird es danach also nicht geben (Schroth 2015, 62).

Im Zuge der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade werden auch die von der sozialen Pflegeversicherung

gewährten Leistungen angepasst (Abb. 3). Dies geht für die Bestandsfälle in der Regel mit (zum Teil deutlichen) Leistungsverbesserungen einher; eine Ausnahme bilden die Leistungen zur vollstationären Pflege – hier sind im Bereich der unteren Pflegegrade teils massive Absenkungen zu verzeichnen (Schroth 2015, 62), womit der Gesetzgeber wohl in stärkerem Maße dem Grundsatz ambulant vor stationär folgen wollte (§ 3 SGB XI). In diesen Fällen gewähren Überleitungsvorschriften jedoch insofern Bestandsschutz (§ 141 n.F. SGB XI), als Pflegebedürftige, die nach neuem Recht nur geringere Leistungen beanspruchen können, „durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter als bisher gestellt werden“ (Schroth 2015, 64). <<



Literatur

Blatt, Oliver: Zweites Pflegestärkungsgesetz. Änderungen im Überblick, in: ersatzkasse magazin 2015, Heft 7/8, 10-12.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin 2013.

Frank, Marco: Endlich – der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kommt, in: Soziale Sicherheit 2015, 354-357.

Griep, Heinrich und Renn, Heribert: Pflegesozialrecht, Baden-Baden 2013.

Hoffer, Heike: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: die Empfehlungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung seiner Einführung revisited, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 2013, Heft 4, 14-20.

Kernebeck, Sven und Kostorz, Peter: Die Reformagenda der sozialen Pflegeversicherung – Herausforderungen für Politik und Gesellschaft, in: Pflegezeitschrift 2015, 710-714.

Kimmel, Andrea: Das neue Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, in: Soziale Sicherheit 2015a, 357-364.

Kimmel, Andrea: Umfassende Abbildung der Pflegebedürftigkeit. Praktikabilitätsstudie zum NBA, in: ersatzkasse magazin 2015b, Heft 5/6, 36 f.

Kostorz, Peter et al.: Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz und seine praktische Umsetzung, in: Wege zur Sozialversicherung 2010, 179-188.

Kostorz, Peter und Kernebeck, Sven: 20 Jahre soziale Pflegeversicherung – Bilanz und Ausblick, in: Wege zur Sozialversicherung 2015, 35-41.

Kostorz, Peter: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kommt – die Änderungen im Überblick, in: Unterricht Pflege 2015, Heft 5, 2-5.

Nakielski, Hans: Die große Pflegereform kommt, in: Soziale Sicherheit 2015, 349-353

o.V.: MDK erwartet Ende der „Minuten-Feilscherei“, in: Ärzte Zeitung online vom 8. Oktober 2014 (www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/870551/pflege-mdk-erwartet-ende-minuten-feilscherei.html).

Rosenbrock, Rolf und Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 3. Aufl. 2014.

Schroth, Corinna: Vorbereitung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – das neue Pflegestärkungsgesetz II, in: Pflege- und Krankenhausrecht 2015, 60-65.

Weiß, Thomas: Recht in der Pflege. Lernen, Verstehen, Anwenden, München 2010.

Wiese, Eva Ursula: Pflegerecht. Grundlagen, Fälle, Praxis, München 2014.

Wilderotter, Stefan: Auf dem Weg zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Pflegeversicherung 2.0, in: ersatzkasse magazin 2015, Heft 5/6, 31-33.

Wingenfeld, Klaus et al.: Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände

Autorenkontakt:

Prof. Dr. Peter Kostorz ist Professor für Rechts- und Sozialwissenschaften am Fachbereich Gesundheit der Fachhochschule Münster
Kontakt: kostorz@fh-muenster.de

– Anzeige –



Wagner/Kosuch/Iwers-Stelljes

Introvision

Problemen gelassen ins Auge schauen – Eine Einführung

Wie entsteht Gelassenheit? Und wie ist es möglich, Gelassenheit zu fördern oder wiederzugewinnen? Introvision ist eine neue Methode der mentalen Selbstregulation, bei der es darum geht, den Dingen konstatierend aufmerksam wahrnehmend ins Auge zu schauen, um sie zu verändern und Gelassenheit zurückzugewinnen. Diese leicht verständliche, praxisnahe Einführung richtet sich an eine breite Zielgruppe und ist auch in der Weiterbildung in Introvisionstraining und -coaching einsetzbar.

2016. 184 Seiten, 12 Abb.,
 8 Tab. Kart. € 24,-
 ISBN 978-3-17-026927-9



W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart · www.kohlhammer.de



> Zum Verhältnis von Kultur und Pflege

Transkulturelle Pflege: Wie unterschiedliche Kulturbegriffe ihre Praxis beeinflussen

ABDULILLAH POLAT

Im Bereich der Pflege hat die Kultur des jeweiligen Gegenübers in den letzten Jahren einen immer höheren Stellenwert eingenommen. Dies hat zur Folge, dass transkulturelle Kommunikation und transkulturelles Handeln von den Pflegenden gefordert werden.



Foto: Yuri Arcurs/Bigstock.com

Entscheidend für die Bearbeitung transkultureller Aspekte in der Pflege ist die Klärung und Verständigung darüber, welcher Kulturbegriff angemessen und den weitergehenden Überlegungen zugrunde gelegt werden soll. Hierzu hat sich auch im Hinblick auf die Pflegeforschung/Pflegewissenschaft eine Vielzahl von Diskussionsansätzen mit unterschiedlichen Konsequenzen für die Praxis herausgebildet. Aufgrund der Unschärfe der verschiedenen Definitionen und der unterschiedlichsten Ausgangslagen spricht Charlotte Uzarewicz bei der Annäherung an das Thema von zunächst eintretender „Begriffsverwirrung“ (Uzarewicz 2002, S. 4). Was ist Kultur? Die Frage wird, je nach historischer Sicht oder politischer Auffassung und fachwissenschaftlichem Blickwinkel, sehr unterschiedlich beantwortet. Unter Kultur wird allgemein

die Herausbildung der Gesamtheit der typischen Lebensformen größerer Menschengruppen einschließlich ihrer geistigen Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der Werteeinstellungen verstanden (Polat 2014). Kultur gilt im weitesten Sinn als Inbegriff für all das, was der Mensch, im Unterschied zu dem von der Natur Gegebenen, geschaffen hat. Der Kulturbegriff wird außerdem für die Gesamtheit aller Bereiche der menschlichen Bildung im Umkreis von Erkenntnis und Wissensvermittlung sowie der ethischen und ästhetischen Bedürfnisse verwendet (vgl. Becerius 2006, S. 360). Danach lassen sich verschiedene Typen eines Kulturverständnisses unterscheiden: Kultur als menschliche Tätigkeit überhaupt, Kultur als Prozess oder Zustand sittlicher Reflexion, also auch als System von Normen, die die Mitglieder einer Gesellschaft ihren Zie-

len und Handlungen zugrunde legen, Kultur als Stufe oder Ziel im Verlauf einer Höherentwicklung der Menschheit, Kultur als die verschiedenen Bereiche menschlicher Lebensvollzüge und Verhaltensweisen, die von Einzelnen oder Kollektiven als besonders „wertvoll“ eingestuft werden (vgl. Mayers 1992, S. 232).

Kultur und Pflege stehen in einem engen Zusammenhang und sind miteinander verbunden. Für den Gesundheitsbereich spielen innerhalb des gesellschaftlichen Rahmens kulturelle Einflussfaktoren und insbesondere ökonomische Bedingungen eine wichtige Rolle. Allgemeine soziale Bedingungen, soziale Sicherheit, Armut, Bildung, Migrationsbewegungen und kulturelle Veränderungen sind maßgebende Faktoren im Bereich Gesundheit.

Eine Abgrenzung zwischen Kultur und Pflege ist schwierig und beide Begriffe haben viele Überschneidungen. Die gesellschaftlichen Normen, Werte, Lebensstile und sozialen Entwicklungen etc. schlagen sich quasi automatisch in pflegerischen Feldern nieder. Andrea Zielke Nadkarni verdeutlicht dies am Begriff „Krankheit“, der lange Zeit in der westlichen Medizin und im Pflegebereich als Gegenbegriff zu „Gesundheit“ betrachtet wurde. „Der Terminus ist Teil des biomedizinischen Modells, das dessen Vertreter lange Zeit als kulturübergreifend verstanden“ (Nadkarni 1997, S.104).

Der Kulturbegriff wurde in Bezug auf die Pflege zunächst in den USA, Großbritannien und in der Schweiz in der pflegerischen Ausbildung eingeführt. Seit den 1980er Jahren hat die Diskussion um ein „interkulturelles Pflegeverständnis“ auch in der Bundesrepublik Deutschland Verbreitung gefunden (vgl. Steinbach 2011, MASGFF 2008). Zu nennen sind hier die bekanntesten Pflegemodelle nach Karin Witnebens „Ganzheitlichkeit der Patientenorientierung“

(1998) und nach Liliane Juchlis „Umfassende Pflege“ aus dem Jahr 1994.

Madeleine Leininger gehört mit der von ihr entwickelten Theorie der kulturellen Fürsorgevielfalt und -gemeinsamkeiten zu den Pionierinnen der Entwicklung einer Konzeption der kultursensiblen Pflege. Ihre ersten Arbeiten entstanden Mitte der fünfziger Jahre in den USA. Leininger war Krankenschwester, Pflegeprofessorin und Anthropologin und machte bei der psychiatrischen Betreuung von Kindern in Kinderheimen die Beobachtung, dass Kinder mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund auch in Bezug auf Essen, Schlafen, Spielen, Kommunikation, Verhaltensweisen und Handeln etc. unterschiedliche Vorstellungen haben und eine Gleichbehandlung aller Kinder ihren Bedürfnissen nicht gerecht wird. Sie war der Auffassung, dass den Kindern kulturbedingt unterschiedliche Bedürfnisse zustehen (Bose 2012, Kuratorium Deutsche Altershilfe, KDA 2003, S.10, Kuhn 2000, S.202).

Leininger war davon überzeugt, dass insbesondere die Schwerpunktsetzung auf biologische, physikalische, psychologische Inhalte im Unterricht der pflegerischen Ausbildung eine Schwierigkeit darstellen, da es nicht angemessen ist, dass sich die Pflegenden nur an medizinischen und naturwissenschaftlichen Kenntnissen orientieren. Auf dieser Basis würden die kulturspezifischen Vorstellungen von Pflege und Fürsorge nicht deutlich. Durch die Verallgemeinerung von eigentlich kulturspezifischen Vorstellungen und Haltungen im Modus der Naturwissenschaft und Medizin entstehen Störungen in der Pflegepraxis (vgl. Bose 2012). Diese Art implizit kulturbedingter Fürsorge führe in der Interaktion zwischen Patienten, Angehörigen und Pflegepersonen zu einem dauerhaft schlechten Resultat. Aus diesen Gründen kommt Leininger zu dem Schluss, dass die Pflegepersonen in ihre pflegerischen Handlungen kulturelle Prozesse und Vorstellungen explizit in den Vordergrund setzen sollen. (vgl. Messer 2010, Werner 2010, Habermann 1997).

Leininger hat sich weder durch spezifische philosophische Denkschulen noch bestimmte Ideologien direkt beeinflussen lassen. Sondern: „Ich entwickelte die Theorie, indem ich durch ‚kreatives Denken‘ und durch Philosophieren über meine Erfahrungen aus der

beruflichen Vergangenheit in der Pflege sowie durch anthropologische Einblicke an den möglichen Wechselbeziehungen zwischen Kultur und Fürsorge arbeitete“ (Reynolds, Cheryl L. 2000 S.277, darin Zitat n. Leininger 1991). Die Kulturzugehörigkeit spielt in Leiningers Theorie deshalb eine wichtige Rolle, weil sie mit „human care“ (fürsorgliche Pflege) ein universales Phänomen meint, dessen Ausgangspunkt und konkrete Inhalte kulturspezifisch verstanden werden (vgl. Domenig, Alterhof 2001).

Das Ziel von Leininger Theorie ist – ausgehend von der Hypothese dieses universellen Phänomens der fürsorglichen Pflege –, in den zugehörigen Kulturen das Kulturspezifische zu erfassen. Trotz der kritischen Auseinandersetzung von Pflegewissenschaftlern mit der Theorie von Leininger ist es wichtig anzumerken, dass transkulturelle Pflege im Kontext der USA verschiedene Studien motiviert und insbesondere afroamerikanischen wie Latino-Familien adäquatere Versorgung in der Pflege ermöglicht hat. Wie Kuhn anmerkt, löst die Auseinandersetzung mit der Theorie von Leininger in der Pflegepraxis bei pflegenden Personen am Anfang immer viele Fragen bezüglich ihrer Handlungen gegenüber Pflegebedürftigen aus. Sie sind verunsichert, welche Art der Praxis sie nun gegenüber Patienten im Sinne einer kulturkongruenten Fürsorge ausüben müssten. Diese Verunsicherung zeige, dass Blockierungen gelöst werden: kulturelle Blindheit, Kulturschock, Aufdringlichkeit und Ethnozentrismus „führt zu einem unreflektierten, unangepassten Überstulpen von Pflegepraktikern“ (Kuhn 2000, S.202). Damit muss aus diesem Grund in der Vermittlung der neuen Pflegeinhalte umgegangen werden.

Kritische Auseinandersetzung mit dem Modell von Leininger

Leiningers Pflegetheorie wurde von verschiedenen Seiten kritisiert, weil sie die kulturelle Fürsorge ins Zentrum stellt und nicht die Umsetzung der individuellen pflegerischen Handlungen. Eine Kritik ist die Sichtweise der Schweizer Pflegewissenschaftlerin Dagmar Domenig, die feststellt, dass die Theorie von Leininger mit ihrer zentralen Stellung der Familie und der Gruppen in der Realität der pflegerischen Handlungen

schwer umzusetzen ist. Der Ansatz vermittele die Bedürfnisse von Klienten wie Kochrezepte: „Die Resultate dieser Forschungen sind in schematischen Tabellen dargestellt, welche einerseits die wichtigsten ‚Eigenschaften‘ beispielsweise der ‚afroamerikanischen‘ oder der ‚mexikoamerikanischen Kultur‘, andererseits deren kulturpflegerische Handlungen und Wertvorstellungen auflistet“ (Domenig 2001, S.142). Die Auflistung von kulturellen, sozialen, politischen, religiösen, bildungsbedingten, technologischen etc. Zugehörigkeiten ist in der konkreten Pflegepraxis unvorstellbar. Außerdem bezieht sich, so die weitergehende Kritik, Leiningers Theorie nicht auf die individuellen Eigenheiten der Patienten, sondern auf Ethnizitäten. Damit werden aber grundlegende Dimensionen sozialer Ungleichheit wie Klassen, soziale Schichten, Reichtum und Armut, Rassismus, Geschlechterrollen und -bilder nicht berücksichtigt (vgl. Dornheim 1997, Kuhn 2000, Domenig 2001, Uzarewicz 2002).

Kritisiert wird von verschiedenen Autorinnen auch Leiningers Verständnis der zentral gesetzten „fürsorglichen Pflege“, das aufgrund seiner Begrifflichkeit „kulturelle Differenzen“ zwischen Menschen bildet. Monika Habermann schreibt, dass durch diese Differenz ein Ordnungsanliegen entsteht, in dem sich ein gesellschaftliches „Innen“ und ein „Außen“ ergibt, mit anderem Worten ein „Wir“ und „die Anderen“. „Wird diesem Anliegen heute mit dem Begriff der ‚kulturellen Differenz‘ begegnet, waren es früher religiöse Begrifflichkeiten, die die Wahrnehmung strukturierten. ‚Wir‘ war die Gemeinschaft der Christen. Die Fremden waren die Juden und die Muslime“ (Habermann 1997, S.56). Nadkarni geht in eine ähnliche Richtung, wenn sie darauf hinweist, dass kulturbedingte transkulturelle Pflege gesellschaftliche Strukturen reproduzieren und „das Phänomen der Diskriminierung und schließlich gesellschaftliche Marginalisierungsprozesse“ (Nadkarni 2003, S. 13) befördern kann.

Wissenschaftliche Weiterentwicklung des Diskurses um die transkulturelle Pflege

Wissenschaftlich blieb das Konzept der transkulturellen Pflege relevant, hat sich aber beträchtlich weiterentwickelt

in Richtung der Professionalisierung von transkultureller Pflege sowie der Weiterentwicklung des Konzeptes transkultureller Kompetenz. In der Pflegeforschung finden hier derzeit zahlreiche Entwicklungen statt. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die folgende Zusammenfassung der Eckpunkte eines transkulturellen Pflegeverständnisses einen Zwischenstand der aktuellen Entwicklung darstellt:

- Transkulturelle Pflege sollte alltagsrelevant in der Pflege stattfinden, also die aktuelle praktizierte Pflege beeinflussen oder ermöglichen.
- Transkulturelle Pflege sollte nicht nur als kulturelles Wissen über „Andere“ verstanden werden, sondern als Interaktion, die zwischen Patienten und Pflegenden stattfindet und innerhalb derer sich transkulturelle Kompetenz gegenüber Stereotypisierungen bewähren muss (vgl. Domenig 2001, S.145. nach Andrews und Boyle).
- Das transkulturelle Pflegeverständnis bezieht sich auf die pflegerischen Handlungen, in denen das pflegerische Interesse an der Biografie und der Geschichte der Klienten gezeigt wird.
- Nach diesem Modell sollten Pflegendе vorhandene Vorurteile und kulturelle Differenzen gegenüber Klienten reflektieren und möglichst abbauen, da Transkulturalität weder fixe Vorstellungen noch eindeutige Lebensmuster bzw. Lebensentwürfen (auch im Sinne von Rollen und Stereotypen) hat, die einer Region, einer Kultur, einer Religion zugeschrieben werden. Im Mittelpunkt steht vielmehr die Annahme, dass jeder eine Gestaltungsfreiheit für sein Leben hat und dies auch die Befreiung von regionalen, kulturellen oder religiösen Traditionen beinhaltet kann (vgl. Uzarewicz 2002).
- In Bezug auf die pflegerischen Handlungen mit Patienten sollte daher nicht ein „Kochrezept“ angenommen werden, das allen Bedürfnissen gerecht wird, sondern persönliche Antworten und die Suche nach Möglichkeiten der interkulturellen Überschneidungen beleuchtet werden.
- Intersubjektivität hat demnach eine zentrale Bedeutung für die transkulturelle Pflege. Entscheidend ist die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten. Dieses Verständnis könnte im Feld der Normenethik ein wichtiger Punkt sein, in dem die Pflegekraft mit ihrem sittlichen, moralischen

Charakter im Vordergrund steht. Ob in komplexen pflegerischen Situationen in der Interaktion mit dem „fremden Klienten“ (Habermann) eine solche Normenethik konkretisiert und in den entsprechenden Tätigkeiten wiederfindet oder nicht, kann damit thematisiert werden (vgl. Klosse 2008, S. 14).

- Margaret Andrews, Marylin und Joyceen Boyle gehen weitergehend davon aus, dass eine Gestaltung der Pflege im Sinne einer transkulturellen Begegnung nur dann sinnvoll ist und gelingen kann, wenn die pflegende Person in der Interaktion mit den Patienten und der Reflexion nicht (nur) mit den kulturellen Unterschieden und Hindernissen beschäftigt ist, sondern zentral „mit eigenen soziokulturellen Werthaltungen und Hintergründen bzw. Bewusstmachung der eigenen Subjektivität“ (zit. nach Domenig 2001, S. 145).
- Eine richtige Darstellung von Konfliktsituationen, die unbedingt für das Modell der transkulturellen Pflege notwendig sind, könnte nach Dornheim ohne die Bearbeitung dieser Konfliktsituationen nicht empirisch nachgewiesen werden (Dornheim 1997, S. 28).
- Transkulturelle Pflege geht ganz grundsätzlich aus den Situationen hervor, in denen Pflegendе mit ihrer jeweiligen soziokulturellen Sichtweise und die verschiedenen Blickpunkte von Patienten aufeinander treffen. Es handelt sich also im Kern um subjektive Interaktionen.

- Ein transkulturelles Verständnis bildet sich demnach in konkreten Situationen heraus. Es soll ein gemeinsames Verständnis entwickelt werden um sich mit diversen Problemen der Klienten auseinandersetzen zu können. Dieser Aspekt kann als ethisches Dilemma verstanden werden. Jans Kulmey betont, dass ein Gespür für die konkreten Bedingungen des Gesundwerdens von Patienten einer anderen Kultur entwickelt werden muss. Er ist der Auffassung, dass der Wille bestehen muss, „Krankheit zu verstehen, ihre Ursachen zu suchen und notwendige Hilfe zu organisieren“ (Kulmey 2005, S.38). <<



Literatur

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2002: Für eine kultursensible Altenpflege. Köln. In: Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege (Hrsg.) Friebe J. 2006. Bonn

Becerius, Gerd u. a. 2006: Kulturelle Umbruch Wertwandel in der Westlichen Welt. Die Zeit. Das Lexikon in 20 Bänden. Zeit. Frankfurt am Main.

Bose, Alexandra von/Terpstra, Jeanette (2012): Muslimische Patienten pflegen. Praxisbuch Betreuung und Kommunikation, Heidelberg

Domenig, D. (Hrsg.) (2007). Transkulturelle Kompetenz. Bern: Huber.

Dornheim, J. (1997). Unterschiedliche Kulturbegriffe und ihre Bedeutung für Theorien der transkulturellen Pflege – Ein Beitrag zu den Grundlagen der Pflegewissenschaft. In C. Uzarewicz & G. Piechotta (Hrsg.), Transkulturelle Pflege (S. 11–32). Braunschweig: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Zusammenfassung

Seitdem Deutschland offiziell als Einwanderungsland anerkannt ist, wird die Diskussion von Versorgung von und Umgangsweise mit Personen anderer Herkunft im Gesundheitsbereich sowie in Bildungseinrichtungen quasi automatisch geführt. Es gibt zahlreiche Modelle und Projekte, die sich mit dem Thema der interkulturellen Pflege, der kultursensiblen Altenpflege, der interkulturellen Kommunikation sowie der interkulturellen Aus-, Fort- und Weiterbildung in Deutschland beschäftigen, es fehlt aber an allgemeinen Standards. Es ist wichtig, transkulturelle Kommunikation bzw. transkulturelles Handeln sowohl zwischen Mitarbeitern als auch zwischen Kollegen zu erlernen.

Selbstreflexion, Empathie und Hintergrundwissen spielen daher eine wichtige Rolle für die pflegerischen Kompetenzen. Es ist folglich ein gesellschaftlich verantwortungsvoller Weg mit dem Ziel, die von Fremdbildern, Vorurteilen, Diskriminierungen und Rassismus geprägten sozialen Beziehungen in der Zukunft abzuschaffen.

Schlüsselwörter: *Kulturzugehörigkeit, Interkulturalität, Transkulturalität, Diskriminierung, Empathie*

Habermann, Monika 1997: Vom Umgang mit dem Fremden- der Beitrag der Ethnologie zur Pflege. In: Transkulturelle Pflege. (Hrsg.) Uzarewicz u.a. Curare. Sonderband. Berlin: Wissenschaft und Bildung

Klosse, Martin 2008: Angewählte Themen der Pflegeethik. Semesterapparat für Gesundheit und Pflege 5. Semester. Katholische Fachhochschule Mainz

Kuhn, Barbara 2000: Zeitschrift für Medizinische Ethik – Ein Beitrag „Unterschiede im Krankheitsverständnis und transkulturelle Pflege“. Ellwangen: Schwabenverlag

Kulmey, Jans 2005: Pflegemagazin (Zeitschrift) 6. Jahrgang, Heft 5. Berlin

MASGFF 2008: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Familien kultursensibel pflegen. Ein interkulturelles Begleitheft zum Familienpflegeratgeber. <http://msagd.rlp.de>, Zugriff am 07.04.2016

Meyers großes Taschenlexikon. Band 24, 1992: 4.Auflage. Meyers Lexikonverlag. Mannheim.

Messer, Melanie, 2010: Kultursensibel pflegen, in: Pflegezeitschrift, Jg. 63, Heft 12, S. 758-759.

Messer, Melanie, 2009: Kulturelle und religiöse Bedürfnisse von Patienten berücksichtigen, in: Pflegezeitschrift, Jg. 62, Heft 12, S. 754-755.

Online-Ressourcen zur kultursensiblen Pflege Berufsausbildungszentrum Selbelang e. V.:

<http://www.kultursensibelpflege.de>, Zugriff am 07.04.2016

Polat Abdullah, A. 2014: Trauma und Sozialisation. Zu den Auswirkungen von Flüchtlings-erfahrungen auf die nachfolgende Generation. Springer, Wiesbaden

Reynolds, Cheryl L./Alban, Susanna/Leiniger, M. 2000: Multikulturelle Pflege. München: Urban und Fischer

Steinbach, Iris: Interkulturelle Pflege 2011: Behr's Verlag

Werner, Sylke, 2010: Kultursensible Pflege in Pflegeeinrichtungen: „Heimat ist dort, wo das Herz und die Seele sich wohlfühlen“, in: Pflegezeitschrift, Jg. 63, Heft 12, S. 727-729.

Uzarewicz, Charlotte. 2002: Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege. http://www.die-bonn.de/espid/dokumente/doc-2002/uzarewicz02_01.pdf, Zugriff am

Zielke-Nadkarni, A. (1997). Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege. In C. Uzarewicz & G. Piechotta (Eds.), Transkulturelle Pflege (pp. 99-114). Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Zielke, N, A. 2003: Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Bern: Hans Huber-Verlag

Autorenkontakt:

Dr. Abdullah Polat, Pädagogischer Mitarbeiter, Lehrbeauftragter
Kontakt: abdullah@hotmail.de

ABRECHNUNG von Pflegeleistungen

Individueller Service und ein Höchstmaß an Abrechnungskompetenz sichern Ihre Liquidität.

- + Abrechnung
- + Korrespondenz mit Patienten und Kostenträgern
- + Mahnverfahren
- + Vorfinanzierung

Wir machen das!

Forderu Sie Ihr Angebot au. Jetzt!

Remscheider Str. 16
 45481 Mülheim an der Ruhr

Tel. 0208 4847-739
info-pria@ihre-pvs.de

www.pvs-pria.de



EIN UNTERNEHMEN
 DER PVS HOLDING

> Gespräch auf Augenhöhe

Die Pflegeanamnese in Theorie und Praxis

ANDRÉ POSENAU

Aller Anfang ist schwer! Besonders in Institutionen mit so ungünstigen Rahmenbedingungen wie z.B. in Pflegeheimen oder in Krankenhäusern, in denen besonders starke Asymmetrien zwischen den Beteiligten herrschen.

Der Erstkontakt ist nicht nur aufgrund der Beziehung zwischen Pflegekraft und Klient ein entscheidendes Moment im Pflegeprozess, sondern auch aufgrund der Informationen, die beim ersten Zusammentreffen ausgetauscht werden und die maßgeblich die Qualität der Pflege beeinflussen. Somit ist der Erstkontakt multifunktional, in dem er pflegeleitend und beziehungskonstituierend ist. Dies gilt in noch höherem Maße, je pflegebedürftiger der Klient ist. Aber wie lässt sich der Erstkontakt theoretisch fassen und welche Vorgehensweisen scheinen geeignet?

Beziehung zwischen Pflegekraft und Klient

Dieses Erstgespräch findet jedoch grundsätzlich unter „unfairen“ Bedingungen statt, denn die Beteiligungsrollen sind mit unterschiedlich starken Handlungsoptionen ausgestattet, wodurch ein möglichst sensibles Vorgehen auf Seiten der Pflegekraft dringend erforderlich ist. Abhängigkeit als Grundvoraussetzung einer Beziehung, wie es in der Pflege-Klientenkonstellation mit unterschiedlichen Graduierungen der Fall ist, ist in wenigen Fällen eine hilfreiche Komponente für eine vertrauensvolle, gleichberechtigte und belastbare Beziehung. Umso mehr ist es notwendig, dass zunächst der Klient vom Anamnesegespräch profitiert, in dem er sich und seine Einstellung zur Krankheit darstellen kann und anschließend hinsichtlich des Pflegeprozesses orientiert wird.

Wie dies in der Praxis realisiert wird, hängt stark von der Philosophie des Hauses ab. In manchen Fällen werden die Anamnese und die Einschätzung

des Klienten auch nur durch eine kurze Begrüßung realisiert, ohne explizit zu erwähnen, dass der Erstkontakt eine pflegerische Intervention ist, die der Genesung des Klienten dienen soll. Andere Institutionen wiederum bilden ihre Mitarbeiter genau für dieses Gespräch aus und räumen in der Praxis viel Zeit für das Kennenlernen ein. In vielen Einrichtungen werden auch standardisierte Bögen verwendet, die zur Erfassung des Klienten genutzt werden. Diese starre Orientierung an einem vorgegebenen Muster widerstrebt jedoch genau dem Sinn und Zweck des Anamnesegesprächs, das der Schilderung des Klientenempfindens und der Vorgeschichte dient (Elzer & Sciborski 2007). Es ist unabdingbar, die Ergebnisse im Nachhinein zu dokumentieren. Jedoch ist eine starre Orientierung an einem Bogen, wenn es um Beziehungsaufbau geht, eher kontraproduktiv. Denn es verstärkt die Asymmetrien, und Menschen verhalten sich, wie wir mittlerweile wissen, in asymmetrischen Situationen komplementär – wohingegen ja vielmehr eine partnerschaftliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe angestrebt wird (Watzlawick et al. 2008). Wie kann dies nun in den unterschiedlichen Formen in der Praxis realisiert werden?

Zunächst muss an dieser Stelle gesagt werden, dass es bislang keine empirischen Studien zur Pflegeanamnese im deutschsprachigen Raum gibt. Die Literatur zu diesem Thema basiert überwiegend auf Erfahrungsberichten oder einer deduktiven Herangehensweise, in der theoretisiert wird, was Pflegeanamnese ist oder sein soll, welchen rechtlichen Rahmenbedingungen sie unterliegt und was sie dementsprechend kommunikativ braucht (z.B. Elzer & Sciborski 2007;

Stefan et al. 2006; Stefan et al. 2009). In den meisten Fällen werden dann psychologische Kommunikationsmodelle oder eigene Erfahrungen herangezogen, um Lösungen und Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Dies ist nicht negativ zu bewerten, nur vernachlässigt diese Perspektive jene Merkmale eines Gesprächs, die eine induktive Perspektive und Untersuchungen ermöglichen, um ein holistisches Bild der Interaktionen zu zeichnen.

Empirische Perspektive auf die Pflegeanamnese

Orientierungen für die Praxis erhalten wir durch die Kenntnisse der Gesprächsanalyse in Bezug auf Gesprächsphasen (Spranz-Fogasy & Spiegel 2001) und inner- und außersprachliche Aufgaben (Deppermann 2008), die von den Beteiligten in einem Gespräch gemeinsam bearbeitet werden müssen.

Wie jedes andere Gespräch auch, ist die Anamnese in drei grundlegende Phasen unterteilt. Die Eröffnungsphase, die Kernphase und die Abschlussphase (Henne & Rehbock 2001). Während die Eröffnung und der Abschluss primär zur Herstellung von Beziehung dienen, ist die Kernphase dem eigentlichen Gesprächszweck vorbehalten. Dementsprechend zielt die Anamnese auf die oben genannten Ziele ab. Was nun aus dieser Perspektive möglich ist, ist die Verknüpfung der Phasen mit entsprechenden Aufgaben, damit der Zweck des Gesprächs befriedigend erfüllt werden kann. Somit ergeben sich folgende Aufgaben im Gespräch, die uns in der Praxis eine Orientierung ermöglichen:

Aufgaben in der Eröffnungsphase

•• Begrüßung: Zunächst muss das Gespräch eröffnet werden. Wichtig ist an dieser Stelle zu wissen, dass bei

der Eröffnung unzählige Signale interpretiert werden, die Aufschluss darüber geben, wie wir den Klienten sehen.

- **Situationsdefinition:** Verdeutlichen Sie, warum Sie jetzt mit dem Klienten sprechen möchten. Machen Sie Ihr Interesse deutlich.
- **Zieldefinition & Orientierung:** Jedes Gespräch wird mit einem bestimmten Ziel geführt. Machen Sie das Ziel deutlich, damit beide Parteien wissen wo es langgeht. Geben Sie auch einen zeitlichen Rahmen vor. Dies ermöglicht später im Gespräch gesichtschonende Steuerung, falls Ihr Klient „zu viel erzählt“.
- **Einverständnis:** Fragen Sie den Klienten, ob er mit dem zuvor geschilderten Vorgehen einverstanden ist. Ein Einverständnis beim Vorgehen gleicht Asymmetrien aus.

Aufgaben in der Kernphase

- **Erfassung der Befindlichkeit:** Der aktuelle Zustand (auch bei chronisch Kranken) ist wichtiger Gradmesser bei der Planung der Pflegehandlungen.

Der Klient sollte möglichst uneingeschränkt seinen aktuellen Zustand darstellen, damit möglichst viel Anknüpfungspotenzial für die weiteren einzuholenden Informationen generiert wird.

- **Erfassung der Vorgeschichte:** „Was bisher geschah“ und welche Auswirkungen dies auf den Klienten hat, offenbart in vielen Fällen, welche Ressourcen eingeschränkt sind oder genutzt werden können.
- **Erfassung der Deutung und Bedeutung der Situation:** Wie sieht der Klient sich selbst in Bezug zur Krankheit und was bedeutet ihm seine Einschränkung? Hat sie eher motivierende oder hemmende Auswirkungen? Die Klärung dieser Fragen ist von zentraler Bedeutung für die Gestaltung des Pflegeprozesses.
- **Erfassung der messbaren Daten:** Nehmen Sie die messbaren Daten erst nach dem Gespräch auf. Dies ist ein sehr einseitiger Prozess, der Asymmetrien eher verstärkt, während die Exploration der vorhergehenden Aspekte eher Symmetrie erzeugt.

- **Zusammenfassung der Ergebnisse:** Rekonstruieren Sie kurz den Gesprächsverlauf und sichern Sie ab, dass Sie alles korrekt aufgefasst haben. Somit signalisieren Sie Interesse und sichern gleichzeitig ein gemeinsames Verständnis der Situation ab.
- **Planung des weiteren Vorgehens:** Die Frage, wie es weitergeht, muss gemeinsam mit dem Klienten erarbeitet werden, wenn er dazu in der Lage ist. Er ist nicht nur Empfänger von Hilfeleistungen, sondern ein aktiver Faktor des Genesungsprozesses.
- **Einverständnis:** Holen Sie sich auch hier wieder das Einverständnis für den gemeinsam entwickelten Plan. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit für Compliance und einem weiteren Vorgehen auf Augenhöhe.

Aufgaben in der Abschlussphase

- **Perspektive eröffnen:** Geben Sie einen Überblick über das unmittelbar weitere Vorgehen, damit der Klient orientiert ist. Was im Anschluss passiert, ist Expertenwissen, das nur Sie

Anzeige



Lohmann & Rauscher

Suprasorb® P + PHMB **NEU** Für infektgefährdete und infizierte Wunden.

Mehr zum L&R Spirit of Innovation auf der EWMA 2016 Conference: www.lohmann-rauscher.de/EWMA



- effektive antimikrobielle Wirksamkeit auch gegen multiresistente Keime
- schnelle und anhaltende Wirkung
- zuverlässiges Exsudatmanagement fördert die natürliche Wundheilung



haben. Lassen Sie den Klienten an der Struktur des Ablaufs teilhaben.

- Dank: Ein abschließender Dank ist eine effektive Gliederungsmöglichkeit, da es das Ende des Gesprächs markiert und gleichzeitig die Beziehung zwischen Ihnen und dem Klienten positiv verstärken kann. Gegenstand des Danks kann z.B. die Zusammenarbeit oder die Offenheit des Klienten sein.
- Verabschiedung: Beenden Sie die Interaktionen mit einem Ausblick auf weitere Interaktionen, damit der Klient das Gespräch als eines von mehreren geplanten verarbeitet.

Dieser kurze Überblick über die außersprachlichen Aufgaben, die bearbeitet werden müssen, damit wir von Anamnese oder Assessment sprechen können, zeigt schon in Ansätzen, dass der Begriff Erstkontakt viel zu offen gehalten ist, um die zuvor genannten Ziele zu verwirklichen.

Welche Gesprächstechniken verwendet werden können, um die Ziele zu erreichen, ist nicht im Sinne eines Rezepts festzulegen. Sicherlich hilft das klientenorientierte aktive Zuhören im Sinne Carl Rogers' (1985) in der Kernphase, da eine eher fragende Haltung mehr Informationen generiert und die Grundlage für eine gleichberechtigte, partnerschaftliche Beziehung ermöglicht. Aber auch Gesprächstechniken wie Feedback (z.B. zu unrealistischen Vorstellungen über den kommenden Pflegeprozess) oder Kritik (z.B. bei einer eher dienstleistungsorientierten Haltung des Klienten im Sinne von „mach mal“) können sehr hilfreich sein (Überblick hierzu in Rogall et al. 2005). Relevant in allen Fällen ist die sogenannte Metakommunikation, also das Sprechen über das Sprechen. Besonders wenn es um die Beziehungsgestaltung geht, ist Metakommunikation ein Schlüssel, um auf Augenhöhe zu interagieren und Missverständnisse zu minimieren (Posenau 2016).

Zusammenfassung

Im Zuge der Professionalisierung der Pflege stehen die einzelnen Aktivitäten im Pflegeprozess immer mehr im wissenschaftlichen Fokus. Der erste Schritt, die Anamnese, mit dem Ziel, die Vorgeschichte des Klienten, seine Einstellung zur Krankheit im Hier und Jetzt zu erfahren und eine Beziehung aufzubauen, ist dabei aus interdisziplinärer Perspektive von großer Bedeutung. Wie diese Gespräche ablaufen, welche Perspektiven eingenommen werden können und welches Potenzial die Gespräche bieten, ist Gegenstand dieses Beitrags.

Schlüsselwörter: *Pflegeanamnese, Klientenorientierung, Assessment*

Dokumentation während und nach der Anamnese

Wie zuvor kurz angesprochen, ist die Arbeit mit einem standardisierten Bogen in vielen Institutionen üblich. Wenn wir uns jedoch die komplexen Aufgaben in der Kernphase des Gesprächs anschauen, wird deutlich, dass die Informationen, die vermeintlich generiert werden können, viel zu komplex für einen standardisierten Bogen sind. Besonders dann, wenn der Klient in Gänze mit vielen seiner Einstellungen und Bedürfnissen erfasst werden soll. Grundsätzlich gilt: Wenn ein Bogen verwendet wird, machen Sie deutlich, dass Sie ihn nur als Gedächtnisstütze brauchen und er für die Dokumentation gedacht ist. Planen Sie außerdem Phasen im Gespräch, in denen kein Stück Papier zwischen Ihnen und dem Klienten steht. Machen Sie die Notizen im Nachhinein für die Dokumentation, damit Ihre Kollegen von dem Gespräch profitieren und orientiert sind.

Nach der Anamnese ist vor der Anamnese

Das Problem an einem Anamnesegespräch ist, dass es nie wirklich beendet ist, ehe der Klient das Haus verlässt. Die gewonnenen Informationen werden während des Aufenthalts des Klienten permanent ergänzt und verifiziert. Klassisch, wie im Pflegeprozess auch, werden alle Informationen immer wieder und wieder überprüft und an der Realität getestet. Diese aufmerksame Haltung gegenüber dem Klienten wird auch deutlich in der fürsorglichen Haltung und außerordentlichen Nähe gegenüber dem Klienten (Peplau 2009), welche die Beziehung zwischen Pflegenden und Klienten so einzigartig macht. Der Klient ist im Krankheitsfall oft „Gegenstand“ von Befragungen und somit Datenlieferant

im Gesundheitssystem; jedoch gibt es selten die Möglichkeit, ihn ansatzweise so ganzheitlich zu verstehen, wie es die Pflegeanamnese ermöglicht. <<



Literatur

Deppermann, A. (2008) Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaft, VS Verlag.

Elzer M. & Sciborski C. (2007) Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Hans Huber Verlag, Bern. Schütendorf E (2010). Wer pflegt, muss sich pflegen. Belastungen in der Altenpflege meistern. 2. erweiterte Auflage Wien: Springer-Verlag.

Goffman E. (1971) Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Henne H. & Rehbock H. (2001) Einführung in die Gesprächsanalyse. de Gruyter, Berlin.

Peplau H. E. (2009) Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege. Ausgewählte Werke. Hans Huber Verlag, Bern.

Posenau A. (2016) Klientenorientierte und interprofessionelle Kommunikation. HSG University Press, Bochum (im Druck, VÖ August 2016).

Rogall R. & Josuks H. & Adam G. & Schleinitz G. (2005) Professionelle Kommunikation. Ein praxisnaher Leitfaden. Schlütersche, Hannover.

Rogers C. R. (1985) Die nicht-direktive Beratung. Counseling and Psychotherapy. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.

Spiegel C. & Spranz-Fogasy T. (2001): Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In: Brinker K. & Antos G. & Heinemann W. & Sager S. (Hgg.) Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. De Gruyter, Berlin, New York, S. 1241 - 1251.

Autorenkontakt:

Dr. phil. André Posenau, Vernetzungsfachlehrer für „Beratung in den Angewandten Gesundheitswissenschaften“ an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Mitverantwortung für die kommunikative Ausbildung der Studierenden. Außerdem freiberuflicher Kommunikationstrainer und -berater im Gesundheitswesen.
Kontakt: andre.posenau@hs-gesundheit.de

Prospektive Beobachtungsstudie zur Evaluation von angeleiteten Gruppen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz

TANJA KALYTТА & GABRIELE WILZ

In der Versorgung gibt es eine Vielzahl an offenen und zeitlich unbegrenzten Angehörigengruppen. Forschungsarbeiten zu Angehörigengruppen fokussierten vor allem zeitlich begrenzte, geschlossene, professionell-angeleitet und manualbasierte Gruppen. Studien zu weniger strukturierten, zeitlich unbegrenzten und offenen Angehörigengruppen fehlen hingegen. Ziel dieser Studie war die Evaluation dieser offenen Gruppen für Angehörige von Menschen mit Demenz. Methode: Zur Studienteilnahme wurden initial 55 pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz befragt, die bereits an einer Angehörigengruppe teilnahmen. Als Vergleichsgruppe wurden 89 pflegende Angehörige befragt, die keine Gruppe besuchten. Die Angehörigen wurden in einem Beobachtungszeitraum von neun Monaten zu körperlichen Beschwerden (GBB-24 – Giessener Beschwerdebogen), depressiven Symptomen (BDI – Beck-Depressions-Inventar) und gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF-12 – Kurzform des SF-36 Fragebogens zum Gesundheitszustand) zweimal schriftlich befragt und bewerteten die Angehörigengruppen. Ergebnisse: Die Mehrheit der Angehörigen (87%) war mit dem Gruppenangebot sehr zufrieden. Effekte auf die gesundheitsbezogenen

Maße depressive Symptome (BDI), körperliche Beschwerden (GBB-24) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) konnten nicht nachgewiesen werden. Der Anteil der Gruppennutzerinnen mit klinisch relevanten depressiven Symptomen lag bei 68%. Schlussfolgerung: Die pflegenden Angehörigen waren mit dem Gruppenangebot sehr zufrieden. Gesundheitsbezogene Effekte hinsichtlich der depressiven Symptome, der körperlichen Beschwerden und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnten nicht nachgewiesen werden. 68% der Gruppennutzerinnen berichteten klinisch relevante depressive Symptome, ein deutlich höherer Wert als in vergleichbaren Studien für pflegende Angehörige. Es ist offen, ob stärker belastete Frauen an den Gruppen teilnehmen bzw. ob eine längere Pflegedauer bei den Nutzerinnen mit der höheren Belastung in Zusammenhang damit steht.

Schlüsselwörter: Angehörige, Demenz, Angehörigengruppe, Evaluation

Family Group Conference. Ein passendes Instrument im Kontext familienorientierter Pflege zur Unterstützung pflegender Angehöriger? – Ein Scoping Review

MARTIN NAGL-CUPAL & JULIA HAUPRICH

Die Family Group Conference (FGC) ist ein partizipatives Verfahren aus der Sozialarbeit, welches zur Rahmung von Problemlösungsprozessen von Familien angewendet wird. Sie bearbeitet familiäre Situationen, die von hoher Komplexität, einer geringen sozialen Einbettung und wenig professioneller Unterstützung gekennzeichnet sind. Eigenschaften, die auch häufig auf Familien, in denen ein Familienmitglied gepflegt wird, zutreffen. Dieser Artikel verfolgt dabei das Ziel, Effekte innerhalb bestehender Einsatzfelder der FGC aufzuzeigen, um sie als einen möglichen Ansatz familienorientierter Pflege zur Unterstützung von Familien, in denen gepflegt wird, zu diskutieren.

Methodik: Die Analyse nach dem Ansatz eines Scoping Reviews erfolgte im Anschluss an eine Recherche in den Datenbanken Scopus, Cinahl, WISO und IBSS. Eingeschlossen wurden Studien, die Auswirkungen der FGC darstellen, in englischer oder deutscher Sprache publiziert und von 2000-2014 veröffentlicht wurden.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 13 Studien, primär im Kontext von Kindeswohlgefährdung, einbezogen werden. In diesem Rahmen zeigt

sich, dass die FGC Familien dabei unterstützt, im Betreuungsprozess selbstbestimmte, alternative Rollen einzunehmen, den familiären Zusammenhalt und die Inanspruchnahme professioneller Dienste zu fördern sowie soziale Netzwerke zu mobilisieren. Ferner ist die Stärkung der familiären Alltagsbewältigungskompetenz im Sinne von Empowerment ein wesentlicher Aspekt der FGC, welcher in Hinblick auf Gesundheitsförderung auch ein häufig reklamierter Anspruch einer familienorientierten Pflege ist.

Schlussfolgerung: Aufgrund der hier dargestellten Effekte der FGC lassen sich deutliche Hinweise für einen nützlichen Einsatz im Rahmen einer familienorientierten Pflege im häuslichen Setting ableiten.

Schlüsselwörter: Energiedaten, Aktivitäten des täglichen Lebens, Gemeindefähige Pflege, Sicherheit, Alte Personen

PR

Beiträge in der Rubrik „Pflegerwissenschaften“ werden einem „Peer-Review“-Verfahren unterzogen. Jeder publizierte Beitrag in dieser Rubrik wurde von mindestens zwei Experten, Mitgliedern des Editorial Boards der Pflegezeitschrift, unabhängig voneinander in anonymisierter Form begutachtet. Die Begutachter überprüfen den Artikel nach festgelegten Kriterien. Dadurch werden Unabhängigkeit und größtmögliche Objektivität in der Begutachtung, aber auch im Umgang mit dem Begutachtungsergebnis gesichert. Genaue Hinweise zum Ablauf des Verfahrens und zu den Manuskriptrichtlinien finden Sie unter www.pflegerzeitschrift.de.

Unterstützung von Eltern in der Neonatologie

Um die Emotionen und den Stress von Eltern zu untersuchen, deren Kind auf einer NICU behandelt wird, wurde ein fünfstufiges Unterstützungsprogramm entwickelt und getestet. Dieses Programm kann auch von Pflegenden angewendet werden.

Eltern, deren Kinder in einer neonatologischen Intensivstation (NICU) betreut werden müssen, sind selten ausreichend auf dadurch ausgelöste Reaktionen wie Schock, Stress und Angst vorbereitet. Zusätzlich zum normalen Stress des Elternwerdens kann elterlicher Distress durch folgende Faktoren erzeugt werden:

- eine physische und emotionale Isolation vom Kind,
- das Gefühl von Kontrollverlust,
- die Auseinandersetzung damit, ein sehr krankes Kind zu haben,
- der Stress einer NICU,
- der Bedarf nach medizinischen Informationen, die häufig in einer schwer verständlichen Fachsprache vermittelt werden, und u.U. weitere Stressoren, wie
- lange Anfahrtswege zum Krankenhaus.

Um den Bedürfnissen und Nöten der Eltern zu begegnen, wurde ein fünfstufiges psychologisches Unterstützungsprogramm entwickelt und es wurde in einer prospektiven kontrollierten Studie beobachtet, ob damit Stress, Angst und Depression bei den Eltern reduziert werden können. Es wurden Eltern von Kindern eingeschlossen, die nach der 36 Schwangerschaftswoche geboren wurden, einen angeborenen Herzfehler oder eine perinatale hypoxisch-ischämische Enzephalopathie erlitten und eine erwartete Liegedauer auf der NICU von mindestens vier Wochen hatten. Die individualisierte face-to-face-Intervention wurde von einer Psychologin durchgeführt und durchlief folgende fünf Phasen:

1. Umgang mit der neuen unerwarteten Situation. Hier wurden Informationen zur Station und den Abläufen gegeben, der Grund für den Aufenthalt des Kindes erläutert, Zweifel gelöst und nach möglichen Risikofaktoren für Stress/Angst gesucht.
2. Umgang mit Kummer und erwarteten Änderungen im Zustand des Kin-

des. In dieser Phase wurden erneut umfangreiche Informationen ausgetauscht und versucht, die Eltern in den Austausch mit anderen Eltern zu bringen. Die Psychologin achtete auf Anzeichen von Desorganisation, Überstimulierung und andere Anzeichen von Stress bei den Eltern.

3. Unterstützung bei der Beobachtung des Kindes und Aufbau von Interaktion mit dem Kind. In dieser Phase soll die Verlegung auf eine Überwachungsstation vorbereitet werden.
4. Planung und Organisation der Entlassung des Kindes in die häusliche Umgebung (des „Nachhausekommens“). Zu diesem Zeitpunkt wird den Eltern die Notwendigkeit von Folgeuntersuchungen erläutert, aber auch Sorgen und Unsicherheiten thematisiert.
5. Planung der konkreten Entlassung, insbesondere unter Beachtung von Geschwistern und der Integration des Kindes in die familiäre Dynamik.

Die Kontrollgruppe erhielt die Standardversorgung in Form von Informationen über den Zustand des Kindes, die Abläufe auf der Station und Empfehlungen für den Umgang mit dem Kind.

Es wurden konsekutiv n=40 Mütter und n=29 Väter in die Kontrollgruppe und n= 40 Mütter und n=25 Väter in die Interventionsgruppe eingeschlossen.

Am dritten Tag nach der Aufnahme gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Stresslevels, gemessen mit der parental Stressor Scale–NICU

(PSS-NICU). Nach 15 Tagen zeigte die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant weniger Angst, gemessen mit dem Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA). Zum Zeitpunkt der Entlassung zeigte die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant weniger Depression, gemessen mit dem Beck Depression Inventory (BDI) sowie der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Auf den Stresslevel hatte die Intervention keine Auswirkungen.

Quelle: Gimenez EC, Sanchez-Luna M (2015). Providing parents with individualised support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression. Acta Paediatrica 104: e300-e305.

Autorenkontakt:

Referiert und kommentiert von **Dr. rer. cur. Antje Tannen**, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin.
Kontakt: antje.tannen@charite.de

Kommentar



Diese prospektive Studie zeigt die Wirksamkeit einer psychologischen Intervention, welche durchaus auch für Pflegenden wichtige Aspekte aufzeigt. Die fünf Phasen, mit ihren jeweils beschriebenen Strategien, können auch Pflegenden dabei helfen, die Eltern an die schwierige Situation heranzuführen, sie adäquat zu begleiten und sie schließlich auf die Überführung nach Hause vorzubereiten. Die Studie erreichte eine geringe Stichprobengröße (nach Aussage der Autoren) und berichtet über keine Powerkalkulation. Jedoch muss man bedenken, dass der Zugang zu dieser Zielgruppe äußerst schwierig ist. Die Intervention wurde standardisiert durchgeführt, da es jeweils dieselbe Psychologin war. Jedoch war ein Merkmal der Intervention die Individualisierung und naturgemäß der hohe Interaktionsgrad, so dass die Replizierbarkeit der Erfolge schwierig werden könnte. Die Erhebungsinstrumente waren getestet und etabliert, beruhen jedoch auf Selbstauskunft.

> Mediation im Gesundheitswesen

Individuelle Konfliktlösung außerhalb des Korsetts des Rechtssystems

MARTINA WEBER

Es gibt nicht nur die Möglichkeit, einen Rechtsstreit vor einem Gericht auszutragen. In vielen Fällen kommt auch eine professionelle Vermittlung durch eine unabhängige Person – eine Mediation – in Betracht. Seit dem Jahr 2012 ist die Mediation im Mediationsgesetz geregelt. Verfahrensordnungen wie das Arbeitsgerichtsgesetz und die Zivilprozessordnung geben Richtern die Möglichkeit, den Parteien eines Rechtsstreits eine Mediation vorzuschlagen bzw. sogar diese anzuordnen. Was ist eine Mediation genau und wer darf sie durchführen? Wann ist eine Mediation sinnvoll? Wie läuft sie ab? Und wohin können sich Interessierte wenden? Wie kommt es überhaupt dazu, dass die Mediation in der Konfliktlösung eine so große Rolle spielt?

Zu Beginn der 1990er Jahre wurde ein gesellschaftlicher Wandel in der Konfliktkultur spürbar. Statt der harten Konfrontation suchte man mehr das Gespräch und den Kompromiss. Noch im alten Jahrtausend wurden heute noch führende Fachverbände zur Mediation gegründet (siehe Kasten). Verschiedene Berufsgruppen (Psychologen, Richter, Rechtsanwälte) beanspruchten ihre besondere Kompetenz auf dem Gebiet der außergerichtlichen Konfliktlösung. Im Jahr 1999 wurde die Mediation als Teilbereich des anwaltlichen Berufsbildes von der anwaltlichen Berufsordnung erfasst. In den folgenden Jahren wurde darüber diskutiert, ob nicht-anwaltliche Mediatoren nach dem damals geltenden Rechtsberatungsgesetz berechtigt seien, als Ergebnis einer Mediation eine Abschlussvereinbarung über rechtliche Aspekte herbeizuführen. Nach einer wegweisenden Entscheidung des Oberlandesgerichts Rostock sollte eine Mediation, bei der rechtliche Gesichtspunkte Berücksichtigung finden, nur Rechtsanwälten erlaubt sein (OLG Rostock 20. Juni 2001, 2 U 58/00). Im Jahr 2008 wurde das Rechtsberatungsgesetz vom Rechtsdienstleistungsgesetz abgelöst. Das neue Gesetz stellte klar, dass dem nicht-anwaltlichen Mediator ein bloßes Verhandeln über Rechtspositionen gestattet ist. In der Folgezeit verbreitete sich das Verfahren der Mediation,

angeleitet durch verschiedene Berufsgruppen, immer mehr. Es entstand ein Bedürfnis zum Verbraucherschutz. Außerdem hatte der Gesetzgeber die EU-Richtlinie 2008/52/EG vom 21. Mai 2008 umzusetzen. Nach einem kontroversen Gesetzgebungsverfahren trat am 26. Juli 2012 das Mediationsgesetz (MediationsG) in Kraft.

Begriff und Ziele der Mediation

Paragraf 1 MediationsG definiert die Mediation als ein vertrauliches und strukturiertes Verfahren, bei dem Parteien mithilfe eines oder mehrerer Mediatoren freiwillig und eigenverantwortlich eine einvernehmliche Beilegung ihres Konflikts anstreben. Ein Mediator ist eine unabhängige und neutrale Person ohne Entscheidungsbefugnis, die die Parteien durch die Mediation führt.

Die Ziele des Mediationsgesetzes bestehen nach der Gesetzesbegründung darin, die außergerichtliche Streitbeilegung zu stärken und die Justiz zu entlasten (Bundestagsdrucksache 60/11, S. 1).

Der Sinn einer Mediation liegt darin, die Hintergründe eines Konflikts herauszuarbeiten, also die Interessen, die sich hinter oftmals starr gewordenen Positionen verbergen. Im Idealfall finden die Beteiligten eine Lösung, die alle Interessen berücksichtigt und bei der

niemand zurückstecken muss. Diese Lösung wird nach dem englischen Verb „to win: gewinnen“ „win-win“ Lösung genannt. Beide Parteien haben am Ende gewonnen. Ein simples Beispiel, das die Fachanwältin für Arbeitsrecht und Mediatorin Andrea Budde auf einem Anwaltsseminar schilderte: Zwei Schwestern streiten um eine Orange. Jede von ihnen beansprucht die Orange für sich. In einem Rechtsstreit würde geklärt werden, wer aus welchem rechtlichen Grund einen Anspruch auf die Orange hat. Versucht eine unbeteiligte dritte Person jedoch, die hinter den starren Positionen stehenden Interessen zu klären, stellt sich heraus, dass die eine Schwester die Orange auspressen und den Saft trinken möchte, während die andere die Orangenschale für einen Kuchen benötigt. Ein anderes Herangehen an den Fall zeigt, dass beide Interessen miteinander vereinbar sind.

Welche Konflikte eignen sich für eine Mediation?

Speziell im Pflegebereich eignen sich folgende Konflikte für eine Mediation:

- Organisatorische Belange, die eine gesamte Station betreffen, wie Schicht-einteilung, Urlaubsplanung sowie Personalbesetzung.
- Alkoholprobleme, häufige Erkrankungen (bevor sie in den Bereich des Betrieblichen Eingliederungsmanagements gerutscht sind)
- Abmahnungsfälle, zum Beispiel bei Sachverhalten, die den Arbeitgeber zu einer Abmahnung wegen Unpünktlichkeit berechtigen. Eine Abmahnung kann bei wiederholtem Fehlverhalten auf dem abgemahnten Bereich zu einer Kündigung führen. Um ihren Arbeitsplatz nicht zu gefährden, gehen Arbeitnehmer oft bereits gegen eine Abmahnung gerichtlich vor und beantragen beim Arbeitsgericht die Entfernung der Abmahnung aus der Personalakte. Da der Ausspruch der Abmahnung im Regelfall also bereits

die Positionen verhärtet, ist es sinnvoll, in Abmahnungsfällen eine Mediation nicht erst nach, sondern bereits vor dem möglichen Ausspruch einer Abmahnung durchzuführen.

Ungeeignet ist eine Mediation auf arbeitsrechtlichem Gebiet dort, wo es um die bloße Entscheidung von Rechtsfragen geht, vor allem bei Streitigkeiten um die Vergütung (Eingruppierung, Zulagen, Sonderzahlungen, Entgeltfortzahlung während einer Krankheit und während des Urlaubs). Ebenfalls nicht geeignet ist eine Mediation bei strafrechtlich relevanten Verfehlungen am Arbeitsplatz.

Idealtypischer Ablauf einer Mediation

Es gibt keinen klar festgelegten Ablauf einer Mediation. Letztlich sind es die Beteiligten selbst, die den Ablauf bestimmen: durch ihre Bereitschaft, ihre Interessen offen zu legen, und durch ihre Vorschläge und Ideen, wie verschiedene Interessen in Einklang gebracht werden können. Kennzeichen einer Mediation sind Offenheit, Dynamik und Kreativität.

Dennoch gibt es einen idealtypischen Ablauf einer Mediation:

1. Phase: Klärung der Rahmenbedingungen, Abschluss der Mediationsvereinbarung
2. Phase: Herausarbeiten der strittigen Punkte: Themensammlung
3. Phase: Erforschung der hinter den starren Positionen sich verbergenden Interessen jeder Konfliktpartei
4. Phase: Erarbeitung verschiedener Lösungsmöglichkeiten zur Vereinbarkeit der Interessen
5. Phase: Bewertung der Lösungsvorschläge und Auswahl einer Lösung
6. Phase: Abschlussvereinbarung
7. Phase: Umsetzung der Abschlussvereinbarung und gegebenenfalls Evaluation

Nach Paragraph 2 Absatz 5 Satz 1 MediationsG können die Parteien die Mediation jederzeit beenden.

Beispiel für eine Abschlussvereinbarung: Die Arbeitszeit von Frau X liegt von Montag bis Mittwoch 8 bis 13 Uhr, donnerstags von 13 bis 18 Uhr.

Die Abschlussvereinbarung ist ein Vertrag und entfaltet als solcher eine recht-

liche Bindungswirkung. Ausnahme: Die Abschlussvereinbarung verstößt gegen ein gesetzliches Verbot.

Wegen ihrer Bindungswirkung sollte die Abschlussvereinbarung so getroffen werden, dass sie auch unter realistischen Bedingungen eingehalten werden kann. Wird sie nicht eingehalten, ist gegebenenfalls eine weitere Mediation angebracht, oder die Mediation ist gescheitert.

Weitere Regelungen im Mediationsgesetz

Paragraph 5 MediationsG regelt die Anforderungen an die Qualifikation eines Mediators. Es gibt zwei Möglichkeiten: Mediatoren mit Zertifikat und Mediatoren ohne Zertifikat.

Die Mindestanforderungen an einen Mediator bestehen darin, sicherzustellen, dass er über theoretische Kenntnisse und praktische Erfahrungen zur Mediation verfügt. Zum Erwerb theoretischer Kenntnisse kann auch ein Selbststudium der Fachliteratur genügen. Die praktischen Kenntnisse sollen durch Rollenspiele und Supervision erworben werden.

Wer eine Ausbildung zum Mediator abgeschlossen hat, die den Anforderungen der Rechtsverordnung nach Paragraph 6 MediationsG entspricht, darf sich als zertifizierter Mediator bezeichnen.

Zur Suche nach einem geeigneten Mediator siehe die Übersicht im Kasten.

Aus meiner Sicht ist es empfehlenswert, sich bei der Auswahl eines Mediators in einem ersten Schritt zu überlegen, ob der passende Mediator auch eine juristische Ausbildung haben soll oder nicht.

Eine wichtige Neuerung der Rechtslage brachte das Mediationsgesetz mit

der Verschwiegenheitspflicht, die seit Inkrafttreten des Gesetzes auch für solche Mediatoren gilt, die von Berufs wegen keine Verschwiegenheitspflicht beanspruchen können.

Abgrenzung der Mediation von der Rechtsberatung

Oftmals (aber keineswegs immer) geht es in einer Mediation um Fragen mit juristischem Hintergrund. Deshalb stellt sich die Frage, inwieweit Mediatoren die an der Mediation beteiligten Parteien rechtlich beraten dürfen. Nach Paragraph 3 Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG) darf eine außergerichtliche (also rechtsberatende) Tätigkeit nur ausgeübt werden, wenn im RDG oder in einem anderen Gesetz eine Erlaubnis dafür vorgesehen ist. Allerdings stellt Paragraph 2 Absatz 3 Nr. 4 RDG klar, dass die Mediation keine Rechtsdienstleistung ist. Ebenfalls keine Rechtsdienstleistung ist jede mit der Mediation vergleichbare Form der alternativen Streitbeilegung, sofern die Tätigkeit nicht durch rechtliche Regelungsvorschläge in die Gespräche der Beteiligten eingreift. Soziale und psychologische Berufsgruppen dürfen deshalb Mediationen durchführen, sie dürfen jedoch nicht durch rechtliche Gestaltungsvorschläge in die Gespräche eingreifen. (Hinrichs 2014, Randnummer 306) Erlaubt sind zwar allgemeine Darstellungen rechtlicher und tatsächlicher Handlungsmöglichkeiten, nicht jedoch konkrete rechtliche Regelungsvorschläge. (Hinrichs 2014, Randnummer 308) Eine genaue Abgrenzung kann im Einzelfall schwierig sein. Beispielsweise wäre es denkbar, dass ein Mediator mit sozialwissenschaftlichem

Auf der Suche nach Ansprechpartnern für Mediation (Auswahl)

Der Bundesverband Mediation e.V. wurde im Jahr 1992 gegründet, es handelt sich um einen interdisziplinären Fachverband zur Mediation: www.bmev.de

Die Bundes-Arbeitsgemeinschaft für Familien-Mediation e.V. besteht ebenfalls seit 1992: www.bafm-mediation.de

Der Bundesverband Mediation in Wirtschaft und Arbeitswelt e.V. wurde im Jahr 1996 gegründet. Seine Mitglieder arbeiten in juristischen, psychologischen, sozialwissenschaftlichen und wirtschaftswissenschaftlichen Berufen: www.bmwa-deutschland.de

Die Centrale für Mediation wurde im Jahr 1998 gegründet und ist eine fachübergreifende Mediationsvereinigung: www.centrale-fuer-mediation.de

Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, die Mediator(inn)en sind, finden sich über www.anwalt-suchservice.de

Link zum Mediationsgesetz:
<http://www.gesetze-im-internet.de/mediationsg/>

Hintergrund während einer Mediation auf die allgemeine Rechtslage zur Abmahnung bzw. Kündigung wegen Unpünktlichkeit hinweist, während es ihm nicht erlaubt ist, die Rechtslage auf den konkreten verhandelten Fall anzuwenden. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Rechtsprechung entwickelt.

Kosten und Pilotprojekt in Berlin

Die Höhe der Kosten einer Mediation hängen vom ausgewählten Mediator ab. Üblicherweise wird stundenweise abgerechnet. Die Stundenhonorare von Mediatoren sind individuell sehr verschieden und das Aushandeln ist Vereinbarungssache.

Paragraf 7 MediationsG regelt die Möglichkeit, als rechtssuchende Person – ähnlich der Prozesskostenhilfe und der Beratungshilfe – eine Mediationskostenhilfe zu erlangen, wenn die betreffende Person die Kosten einer Mediation nach ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen nicht, nur zum Teil oder nur in Raten aufbringen kann und wenn die be-

absichtigte Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung nicht mutwillig erscheint. Nach Angaben des Berliner Justizsenators Thomas Heilmann vom 4. März startet am Familiengericht in Berlin derzeit ein auf zwei Jahre angelegtes Pilotprojekt, wonach das Familiengericht in geeigneten Fällen, die Familien mit geringem Einkommen betreffen, eine Mediation vorschlagen soll. Mit Einverständnis der Betroffenen übernimmt dann ein Team aus Mediatoren, Anwälten und Psychologen, die Streitschlichtung, wobei für jeden Fall bis zu zehn Schlichtungsstunden vorgesehen sind (siehe www.centrale-fuer-mediation.de/43549.htm sowie <http://www.big-familienmediation.de>).

Fazit

Auch wenn die Kosten einer Mediation deutlich höher liegen können als ein Gerichtsverfahren beispielsweise vor dem Arbeitsgericht, so ist zu bedenken: Gerade die arbeitsrechtlichen Probleme, die durch Mediation geklärt werden können, führen bei Nichtlösung zu hohem Krankheitsstand und Ineffizienz.

Die einvernehmliche Klärung von Problemen im Arbeitsbereich schafft ein positives Betriebsklima, das nicht nur langfristig erhebliche Kosten einspart. Es stärkt vor allem auch die Lebensqualität. <<



Literatur

Bürger, K. (2014): Möglichkeiten für den Einsatz der Mediation im Arbeitsrecht unter Einbeziehung des Mediationsgesetzes, Boorberg, Stuttgart

Hinrichs, U. (Hrsg.) (2014): Praxishandbuch Mediationsgesetz, De Gruyter, Berlin, Boston

Weber, M. (2007): Arbeitsrecht für Pflegeberufe. Handbuch für die Praxis, Kohlhammer, Stuttgart

Weber, M. (2008): Mediation statt Gerichtsprozess: „Die Parteien schneiden ihre eigene Lösung nach Maß“ (Interview mit Ursula-Maria Hoffstadt). In: Die Schwester Der Pfleger, 47. Jahrgang, Heft 12, S. 1158 f.

Martina Weber, Volljuristin (Ass. jur.), wissenschaftliche Autorin und Dozentin in der Pflegefortbildung.
Kontakt: Martina Weber, Große Seestraße 13, 60486 Frankfurt. E-Mail: marsweber@hotmail.com

Anzeige



Jutta Kaltenegger

Autorenkontakt:

Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen fördern

Konzepte und Methoden für die Praxis

2016. 165 Seiten, 5 Abb., 8 Tab. Kart. € 26,-
 ISBN 978-3-17-021430-9

auch als
EBOOK

Sind alte Menschen unglücklicher als junge? Kann man pflegebedürftig sein, im Pflegeheim leben und sich glücklich fühlen? Was ist das überhaupt: Glück? Wohlbefinden? Lebensqualität? Und: Können Heime die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen positiv beeinflussen? Das Buch beleuchtet den Beitrag von Pflegeeinrichtungen zur Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen jenseits gängiger Klischees über „Heime“. Es führt in das Konzept der Lebensqualität ein und zeigt, wie die Lebensqualität von Menschen in Pflegeheimen gefördert werden kann. Es ist ein Theorie- und Praxisbuch, das wissenschaftlich fundiert Anregungen und Konzepte für die Verwirklichung von Lebensqualität im Pflegeheim vermittelt.

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

150 Jahre
Kohlhammer

› Das kleine Einmaleins der Literaturrecherche

Aufgabenstellung der Recherche klären und Informationsquellen auswählen

MELANIE MESSER

Der sichere Umgang mit Fachliteratur ist essenziell im Pflegestudium und im späteren Berufsleben. Auch bei einer Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpfleger ist es wichtig, an zuverlässige und hochwertige Fachinformationen zu gelangen. Im ersten Teil der Serie stehen die Fragen im Vordergrund, wozu man eine Literaturrecherche durchführt und nach welchen Literaturprodukten man suchen kann.



Es gibt vielfältige Anlässe und somit Zielsetzungen für eine Literaturrecherche. Möglicherweise brauchen Sie nur einen kurzen Einblick oder Sie müssen sich in ein neues Themenfeld einarbeiten. Alternativ suchen Sie vielleicht nach einer spezifischen Information z.B. zur Wirksamkeit einer bestimmten Intervention oder Sie möchten den aktuellen Stand der Forschung zu einem Thema aufarbeiten, eigene Forschungsergebnisse einordnen, Argumentationslinien absichern oder Thesen zu einem Forschungsgegenstand generieren (Kleibel & Mayer 2005, Behrens & Langer 2010). An den

jeweiligen Anlass der Recherche sind spezifische Bedingungen geknüpft, wie

- Umfang der Information, z.B. genügen ein paar fundierte Quellen oder benötigen Sie alle einschlägigen Studien zu einem Forschungsgebiet?,
- eigenes Können,
- zeitliche und finanzielle Ressourcen,
- rahmende Vorgaben, z.B. Bestimmungen zur Erstellung von Hausarbeiten, Erwartungen Ihres Vorgesetzten (Kleibel & Mayer 2005).

Bevor Sie beginnen nach Literatur zu suchen, verdeutlichen Sie sich zunächst was der Anlass bzw. die Zielset-

zung und die Rahmenbedingungen Ihrer Recherche sind. Demnach bestimmt sich das weitere Vorgehen.

Neben der **schnellen Informationsabfrage** lassen sich verschiedene Herangehensweisen unterscheiden: **Narrative Recherchen** zielen auf eine Aufarbeitung der Literatur in Form von Übersichtsartikeln (Ressing et al. 2006). Sie sind häufig in der Vorbereitung von Studien zu finden. Charakteristisch ist, dass die bearbeiteten Themen sehr breit gefasst sind. Die Literatur zu einer Thematik wird selektiv ausgewählt (z.B. nur Quellen, die die eigenen Thesen unterstützen), nach subjektiven Maßstäben

bewertet und interpretiert. Die Ergebnisse werden mitunter einer Argumentationslinie folgend präsentiert. Oftmals ist nicht darlegt, wie nach der Literaturrecherche wurde (Behrens & Langer 2010). Obgleich narrative Übersichtsarbeiten für einen schnellen Einblick in ein Thema gut geeignet sind, bilden diese typischen Merkmale auch die Grundlage für Kritik.

Im Rahmen eines Studiums müssen Sie mitunter ein Thema literaturbasiert narrativ beleuchten, dabei jedoch eine organisierte Herangehensweise an die Literaturrecherche darlegen. Dazu gehört eine Beschreibung, wann Sie in welchen Literaturdatenbanken und Bibliothekskatalogen nach welchen Quellen gesucht haben. Geben Sie dabei auch an, mit welchen Suchbegriffen und Schlagworten Sie gearbeitet haben und ob Sie bestimmte Einschluss-/Ausschlusskriterien verwendeten (z.B. nur Studien die in den letzten fünf Jahren veröffentlicht wurden, nur deutsch- und englischsprachige Publikation).

Hiervon zu unterscheiden sind **systematische Literaturrecherchen**, die im Rahmen von sogenannten systematischen Reviews/systematischen Übersichtsarbeiten durchgeführt werden (Ressing et al. 2006). Diese folgen einer strikten methodischen Abfolge (Behrens & Langer 2010). So gilt es zunächst, eine präzise Fragestellung zu entwickeln und in eine strukturierte Recherchestrategie mit geeigneten Suchbegriffen zu übersetzen. Dazu gehört auch, dass Sie die Datenbanken festlegen und ganz genau ihre Ein- und Ausschlusskriterien definieren (ebd.). Die Literatursuche erfolgt systematisch mittels der zuvor definierten Kriterien (sog. Screening). Die selektierten Studien werden einer systematischen Qualitätsbewertung unterzogen. Dies geschieht zumeist anhand bereits etablierter Checklisten (Ressing et al. 2006,

Behrens & Langer 2010). Diese beiden Phasen, die Literatursuche und die Literaturbewertung, erfolgen möglichst durch zwei Personen unabhängig voneinander. Die Synthese und Präsentation der Studienergebnisse sollte möglichst objektiv sein. Mitunter werden die Ergebnisse mit bestimmten statistischen Methoden zusammengefasst. In diesem Fall spricht man von einer Metaanalyse (ebd.). All diese Schritte – von der Fragestellung, über die Literaturrecherche bis zur -analyse – sollten a priori, dass heißt vorab, in einem Studienprotokoll festgelegt werden (Ressing et al. 2006). Für ein solches Vorgehen müssen Sie vielmehr Zeit und Ressourcen investieren als bei narrativen Literaturübersichten. Die Vorteile liegen in einer möglichst objektiven und systematisch nachvollziehbaren Beantwortung ihrer Fragestellung, z.B. wenn Sie den aktuellen Stand der Forschung zu einem Thema aufarbeiten wollen (Behrens & Langer 2010). Im Studium findet sich die Durchführung von systematischen Reviews z.B. im Rahmen von Masterarbeiten.

Doch es gilt nicht nur die Aufgabenstellung und Herangehensweisen an die Recherche zu kennen, sondern auch die Literaturprodukte, die Sie einbeziehen können: **Fachbücher** sind hilfreiche Nachschlagewerke, z.B. um erste Informationen zu einem Thema zu erhalten oder um sich mit themenspezifischen Begrifflichkeiten vertraut zu machen. Hierfür greifen Sie vor allem auf Lehrbücher, Sammelbände, Monografien, Handbücher und Nachschlagewerke zurück (Kleibel & Mayer 2005). Zu berücksichtigen ist, ob sich das jeweilige Buch an ein wissenschaftliches Publikum richtet oder die pflegepraktische Aus- und Fortbildung im Mittelpunkt stehen. Bedenken Sie auch, dass das Veröffentlichen eines Buches mehrere Jahre dauert und somit das dortige Wissen bereits

älter ist. Aktuellere Informationen können Sie **Zeitschriften** entnehmen (ebd.). Die Palette reicht hier von Diskussionsbeiträgen, Veranstaltungsberichten und Gesetzesänderungen bis hin zu aktuellen Studienergebnissen und systematischen Reviews. In Ihrer Literaturrecherche kann es je nach Zielsetzung sinnvoll sein, festzulegen z.B. nur Studien aus Zeitschriften anzuschauen. Darüber hinaus bietet das Internet Informationsquellen unterschiedlichster Qualität (Kleibel & Mayer 2005). Dort finden Sie z.B. Leitlinien, statistische Informationen und **graue Literatur**. Letztere wird nicht über den Buchhandel vertrieben und schließt z.B. Tagungsberichte und unveröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten ein. Wie man aus diesem reichhaltigen Angebot eine Auswahl trifft, um zielgerichtet das eigene Anliegen zu bearbeiten, gilt es in den nächsten Beiträgen näher zu beleuchten.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass Sie sich bereits mit der Klärung Ihres Rechercheauftrags bewusst machen sollten, welchen Weg in der Literaturrecherche Sie einschlagen möchten und welche Bedingungen daran geknüpft sind. Darüber hinaus sollten Sie unterschiedliche Literaturprodukte kennen, nach denen Sie recherchieren können, um für Ihr Anliegen das passende Vorgehen zu planen. <<

Literatur



Behrens, J.; Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3. Aufl. Bern: Huber

Kleibel, V.; Mayer, H. (2005): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Wien: facultas

Ressing, M.; Blettner, M.; Klug, S. J. (2006): Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Deutsches Ärzteblatt, 106 (27): 456-463

Zusammenfassung

Im Zentrum des Beitrags stehen die Fragen wozu man eine Literaturrecherche durchführt und nach welchen Literaturprodukten man suchen kann. Zu Beginn einer Literaturrecherche sollten die Zielsetzung und die Rahmenbedingungen der Recherche festgelegt werden. Daraus bestimmt sich, die Herangehensweise z.B. ob eine narrative Recherche oder ein systematisches Review durchgeführt wird. Dabei gilt es auch festzulegen, welche Literaturprodukte, wie Fachbücher, Zeitschriften oder graue Literatur, man einbeziehen möchte.

Schlüsselwörter: *Literaturrecherche, wissenschaftliches Arbeiten, Literaturquelle, Informationsabfrage, Fachliteratur*

Autorenkontakt

Melanie Messer, M.A. Public Health/Pflegewissenschaft
Kontakt: melanie.messer@uni-bielefeld.de

Campus-Fragebogen

Thema: Bewerberinterview

Punkte: 1

1. Was versteht man unter „Empathie“?

- a) Vertrauen
- b) Einfühlungsvermögen
- c) Höflichkeit

2. Was bedeutet „Sozialkompetenz“?

- a) Soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten
- b) Mitgefühl mit den Patienten
- c) Sympathie

3. Ist der „erste Eindruck“, den ein Bewerber macht, bei der Einstellungsentscheidung in jedem Fall ausschlaggebend?

- a) Ja, unbedingt.
- b) Nein, es kommt auch auf die Fach- und Sozialkompetenz an.
- c) Ja, aber nur dann, wenn der Bewerber sympathisch ist.

4. Welche Rolle spielt die Berufserfahrung im Vergleich zur Ausbildung?

- a) Die Ausbildung ist wichtiger als die Berufserfahrung.
- b) Entscheidend ist die Prüfungsnote.
- c) Die Berufserfahrung hat mehr Gewicht, weil die Ausbildung als selbstverständlich vorausgesetzt wird.

5. In der Stellenanzeige „Pflegedienstleiter gesucht“ steht: Wir setzen erste Führungserfahrung voraus. Was bedeutet das?

- a) Langjährige Erfahrung als Kranken- oder Altenpfleger sind akzeptabel.
- b) Theoretische Kenntnisse reichen auf jeden Fall. Erfahrung kommt von alleine.
- c) Die Erfahrung als Urlaubs- oder Krankheitsvertretung des Pflegedienstleiters wird akzeptiert.

6. Welche Fragen sollte ein Interviewer unbedingt stellen?

- a) Fragen nach der sexuellen Orientierung
- b) Fragen nach der Qualifikation
- c) Nach der Kindheit fragen:
Hatten Sie eine glückliche Kindheit?

7. Welche dieser drei Methoden ist für den Führungsstil heute wichtig:

- a) Vertrauen der Mitarbeiter gewinnen
- b) Klare Anweisungen geben
- c) Kontrolle

8. Einstellungsentscheidung treffen: Rational oder intuitiv?

- a) Rational:
Nur Fakten zählen, keine Gefühle:
Ausbildung, Berufserfahrung etc.
- b) Entscheidend ist, wer die Anforderungen erfüllt.
- c) Ausschlaggebend ist der Gesamteindruck, das Bauchgefühl, die Intuition.

Schulungsnummer: 20151004160005

Einsendeschluss: 01.06.2016

Sieben von acht Antworten müssen richtig sein.

**PFLEGE
ZEITSCHRIFT**

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



Identnummer: 20151004160004

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 pflegezeitschrift@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.

> Tipps für die Bewerberauswahl

Das intuitive Interview

KARL-HEINZ LIST

Um herauszufinden, ob Bewerber geeignet sind, Fach- und Sozialkompetenz besitzen und ins Team passen, braucht ein Unternehmen Führungskräfte, die sich mit Menschen auskennen und mit Empathie ein Interview führen können. Wer Interviews führt, sollte eine gute Wahrnehmung haben, genau hinhören, wie und was jemand sagt, auf die Körpersprache achten und die Gefühle wahrnehmen, die damit ausgedrückt werden.



Foto: contrastwerkstatt/Fotolia.com

Aufgaben und Anforderungen beschreiben

Beschreiben Sie, was der Bewerber können muss und welche Stärken bei der Aufgabe nützlich sind. Stellenbeschreibungen können dabei hilfreich sein; sie erfordern aber einen hohen Aufwand, um sie auf dem aktuellen Stand zu halten. Sprechen Sie auf jeden Fall vor der Stellenbesetzung mit dem Vorgesetzten und den künftigen Kollegen über Aufgaben und Anforderungen. Wenn Sie das wissen, können Sie die weiteren Schritte festlegen: Suchmethode, Vorauswahl, Einstellungsinterview.

Der erste Eindruck ist wichtig, aber nicht immer entscheidend

Die äußerliche Erscheinung, das Auftreten, der Gang und der Händedruck hinterlassen einen Eindruck, der sich im Kopf festsetzt, den ein Interview-

er bewertet, ganz unwillkürlich. Doch Vorsicht! Die gute Selbstdarstellung ist nicht verwerflich, reicht aber als Qualifikation für viele Aufgaben nicht aus. Und gelegentlich gibt es darunter auch Blender, die Sie bestimmt nicht einstellen möchten. Verlassen Sie sich auf Ihr Bauchgefühl.

Der erste Eindruck beim Interview prägt sich ein und setzt sich im Kopf fest, wie der erste Arbeitstag in einer neuen Firma. Wie bewegt sich der Bewerber (Körperausdruck), wie schaut er einen an, hat er einen offenen Blick, lächelt er bei der Begrüßung, wie ist sein Händedruck, wie ist seine äußere Erscheinung (gepflegt, schlampig, nachlässig), hat er Ausstrahlung?

„Nur oberflächliche Leute urteilen nicht nach dem Aussehen. Das Geheimnis der Welt ist das Sichtbare, nicht das Unsichtbare“ (Oscar Wilde).

Der erste Eindruck ist ein Spontanurteil, das auf Intuition beruht. Doch Vorsicht! Intuition kann auch zu einem Fehlurteil führen. Auslöser können Sympathie sein, gleiche Wellenlänge, Charaktereigenschaften, Vorurteile, Aussehen, Charme, selbstbewusstes Auftreten, Körpersprache.

Nach fünf Minuten hat man einen ersten Eindruck. Man hat den Bewerber im Geiste schon eingestellt oder abgelehnt. Doch das muss eine Arbeitshypothese bleiben. Bei einem positiven ersten Urteil sollte man Argumente sammeln, die dagegen sprechen und bei negativem Eindruck umgekehrt verfahren. Nach dem Interview weiß man, ob sich der erste Eindruck verfestigt hat oder nicht.

Sprechen Sie im Interview die Gefühle an

Warum Gefühle ansprechen? Sie erfahren mehr über den Menschen, den Sie einstellen wollen. Fragen Sie ihn, wie es sich anfühlt, wenn man mit einer Idee scheitert oder ein Projekt erfolgreich zu Ende führt. Aus Fehlern lernt man mehr als aus Erfolgen. Fragen Sie die Bewerber, wie sie aus dem Loch, in das sie gefallen sind, wieder herausgekommen sind, was sie aus den Fehlern gelernt haben oder wie es ihnen als Chef gelungen ist, die Widerstände der Mitarbeiter gegen die Neuorganisation zu überwinden.

Die Frage nach den Stärken und Schwächen

Fragt ein Interviewer nach den Stärken, kommen den meisten Bewerbern die Worte leicht über die Lippen. Aber bei der Frage nach den Schwächen geraten viele ins Stocken. Wie sollen Bewerber darauf auch reagieren? Schließlich möchten sie sich von ihrer guten Seite zeigen, um den Job zu bekommen. Sie könnten Molières *Menschenfeind* zitieren: „Meine Schwäche besteht darin, dass ich offen spreche.“

Was will ein Interviewer von einem Bewerber wissen? Welche Erfolge er vorzuweisen hat, aber auch, woran je-

mand gescheitert ist und was er aus den Fehlern gelernt hat. Daher sollte die Frage konkreter sein: Was war bisher ihr größter beruflicher Erfolg? Worauf sind Sie stolz, an welcher Aufgabe, welchem Projekt sind Sie gescheitert? So erhält der Interviewer Informationen, die für die Beurteilung der Eignung wichtig sind.

Entscheidung

Ist Intuition, das Bauchgefühl, ein guter Ratgeber bei der Entscheidung, wer eingestellt wird? Sind wir nicht vielmehr Opfer unserer Vorurteile, der Wunschvorstellungen, der Werte und dem Glauben an das Gute im Menschen? Nicht jede Bauchentscheidung

muss richtig sein, das wissen wir intuitiv und aus Erfahrung. Verstand und Logik sind nicht unfehlbar, aber Gefühl und Intuition auch nicht.

Viele Praktiker, die Personal einstellen, wissen, dass man ein Gespür dafür haben muss, wer der richtige Bewerber ist. Die Entscheidung, wer eingestellt

Interviewbogen	
Anforderungen:	Fragen:
Einstieg	<ul style="list-style-type: none"> •• Erzählen Sie uns etwas über sich und Ihren beruflichen Werdegang. •• Beschreiben Sie kurz einen typischen Arbeitstag.
Fachliche Kompetenz/ Stärken/ Arbeitsergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> •• Erzählen Sie uns etwas über Ihre berufliche Erfahrung in der Pflege? •• Welche Ihrer Stärken konnten Sie bei Ihrer Arbeit in der Pflege einsetzen? •• Was war bisher Ihr größter Erfolg? •• Erfolge werden durch Misserfolge erst glänzend. Was war Ihr größter Flop? •• Wie beurteilt Ihr Chef Ihre Leistung? Gibt es eine Rückmeldung? •• Was haben Sie in Ihrer jetzigen Position in den letzten zwei Jahren angeregt und in die Wege geleitet? •• Was missfällt Ihnen an Ihrer jetzigen Tätigkeit?
Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> •• Was haben Sie in den letzten zwei Jahren für Ihre berufliche Weiterbildung getan? •• Was wollen Sie unbedingt noch lernen? •• Sind Sie ehrgeizig? Was wollen Sie beruflich noch erreichen?
Veränderungsbereitschaft	<ul style="list-style-type: none"> •• Wie beurteilen Sie die Veränderungen in der Pflege in den letzten Jahren? •• Wie haben Sie sich darauf eingestellt?
Organisationstalent	<ul style="list-style-type: none"> •• Wie stark ist Ihr Organisationstalent ausgeprägt? •• Können Sie uns ein Beispiel geben?
Führungsqualitäten	<ul style="list-style-type: none"> •• Wie führen Sie ihre Mitarbeiter? •• Werden Sie als autoritär wahrgenommen? •• Woher wissen Sie, dass Sie als Chef akzeptiert sind?
Gehalt/Eintrittstermin	<ul style="list-style-type: none"> •• Was ist Ihre Gehaltsvorstellung? •• Wann könnten Sie anfangen?
Abschlussfragen	<ul style="list-style-type: none"> •• Wie steht es mit Ihren IT-Kenntnissen? •• Was machen Sie in Ihrer Freizeit? •• Warum wollen Sie die Stelle wechseln? •• Nennen Sie uns drei Gründe, warum wir ausgerechnet Sie einstellen sollten?

Tabelle 1: Interviewbogen

Eignungsbeurteilung					
Name: Kurt Müller		Position: Pflegedienstleiter			
Anforderungen (Soll)	Ausprägungsgrad (Ist)				
	stark			schwach	
	1	2	3	4	5
Gesetzliche Vorgaben: Krankenpfleger, PDL-Ausbildung					X
Weiterbildung	X				
Stärken/Schwächen					
Arbeitsergebnisse			X		
Organisationstalent		X			
Veränderungsbereitschaft		X			
Initiative	X				
Führungsqualitäten	X				

Tabelle 2: Eignungsbeurteilung

wird, kann schon deswegen keine rationale sein, weil es sich um eine Prognose handelt und es deshalb keine Gewissheit gibt. Die Wahrscheinlichkeit erhöht sich, wenn wir es mit einem Bewerber zu tun haben, der bereits in ähnlicher Funktion erfolgreich gearbeitet hat. Aber sicher können wir nicht sein, weil es zu viele unbekannte Faktoren gibt. Tests helfen wenig. Wer eine hohe Intelligenz besitzt, kann von seiner Begabung und Neigung Manager, Bischof oder Hochschullehrer werden.

Sollen wir uns bei der Personalauswahl ganz von der Ratio verabschieden und der Logik ade sagen? Nein. Wir sollten das Auswahlverfahren optimieren, aber nicht die Entscheidung. Das Einstellungsinterview sollte gut vorbereitet werden und strukturiert sein. Die Fragen und Aufgaben, die gestellt werden, sollten von den Anforderungskriterien abgeleitet sein. Die letzte Instanz bei der Einstellungsentscheidung sollte allerdings der Bauch sein.

Gehen Sie vor wie bei der Partnerwahl: keine Kompromisse. Alle an der Auswahl Beteiligten müssen ohne Vorbehalt für die Einstellung votieren. Wenn es Bedenken gibt, die nicht ausgeräumt werden können (evtl. durch ein zweites Gespräch), wird der Bewerber nicht eingestellt. Selbst wenn alle Fakten und Argumente für den Bewerber sprechen und ihnen ihr Bauchgefühl sagt „Nein“, sollten sie der Intuition folgen, auch wenn sie das Gefühl nicht begründen können. *„Ein hilfreicher Ansatz, das wurde auch empirisch nachgewiesen, besagt: Wäge zunächst ausgiebig rational ab und lass die Sache dann einige Zeit ruhen. Fühlt sich die gewählte Option immer noch gut an, tu es! Die Wahl, die wir am Ende treffen, ist immer emotional – es gibt ja eigentlich gar keine rationale Entscheidungen, nur rationale Erwägungen“* (Gehirn & Geist 11/2007).

Beispiel: Pflegedienstleiter gesucht

Das Altenheim XY sucht für die stationäre Pflege einen Pflegedienstleiter. Der Heimleiter hat eine Stellenanzeige in einer großen regionalen Zeitung geschaltet. Aufgaben, Verantwortung und das Anforderungsprofil wurden in der Anzeige so beschrieben:

Aufgaben/Verantwortung

- Führen des Pflegepersonals (20 Mitarbeiter)
- Vertretung des Heimleiters
- Suche und Auswahl von Personal
- Einsatz- und Pflegeplanung
- Beratung von Kunden und Angehörigen
- Verhandlungen und Vertragsabschlüsse mit Kunden
- Supervision (Aufsicht, Kontrolle, Leitung)
- Weiterbildung
- Mitarbeiterbeurteilung (Jahresgespräche)
- Qualitätssicherung
- Anforderungen
- Gesetzliche Vorgaben nach SGB
- Führungsqualitäten
- Organisationstalent
- Initiative, Engagement
- Veränderungsbereitschaft, Flexibilität
- IT-Kenntnisse

Beurteilung der Eignung

M. erfüllt die gesetzlichen Vorgaben. Seit zwei Jahren ist er als Einsatzleiter in der stationären Pflege tätig.

Er macht im Interview einen unsicheren Eindruck, er drückt sich nicht sehr präzise aus. M. hat wenig Führungserfahrung und findet sich in der Rolle einer Führungskraft noch nicht zurecht. Seine Selbstreflexion ist kaum ausgeprägt; bei der Frage nach Misserfolgen fiel ihm nichts ein.

M. wirkt mit seinen 27 Jahren noch sehr jugendlich und ziemlich unerfahren und ist deshalb für diese Führungsposition noch nicht reif genug.

Zusammenfassende Beurteilung: Gut geeignet/geeignet/**nicht geeignet**



Literatur

Ekman, P (2007): Gefühle lesen, Elsevier Heidelberg

Gigerenzer, G (2008): Bauchentscheidungen, Goldmann München

List, K-H (2015): Effektive Personalarbeit – Impulse und Werkzeuge. Von der Einstellungsentscheidung bis zur fairen Trennung, disserta Hamburg

Müllerschön, Al (2012): Bewerber professionell auswählen, Beltz Weinheim

Traufetter, G (2007): Intuition – Dieweisheit der Gefühle, Rohwohlt Reinbek

Zusammenfassung

Das Einstellungsinterview ist das wichtigste Instrument bei der Personalauswahl. Mit einem Beispiel aus der Praxis wird dies deutlich: Aufgaben und Verantwortung werden beschrieben, das Anforderungsprofil entworfen und Fragen formuliert, die von den Anforderungskriterien abgeleitet sind. Die Entscheidung, wer eingestellt wird, ist eine Prognose. Es gibt keine Gewissheit. Doch mit Augenmaß und Intuition gelingt es, das Risiko gering zu halten

Schlüsselwörter: *Bewerbungsgespräch, Personal, Eignungsbeurteilung*

Autorenkontakt:

Karl-Heinz List hat langjährige Erfahrung als Personalleiter und als selbständiger Personal- und Outplacementberater. Er hat Bücher geschrieben über Personalauswahl, Bewerbung, Arbeitszeugnisse und Outplacement. Heute arbeitet er als Trainer und Autor.
Kontakt: www.list-freierautor.de

> Kein Problem bei MDK-Qualitätsprüfung

Entbürokratisierte Pflegedokumentation in ambulanten Pflegediensten

JÜRGEN BRÜGGEMANN

Endlich liegt ein effektives Modell für die Pflegeplanung und Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Pflege vor. In diesem Beitrag wird das Modell für die ambulante Pflege beleuchtet und es wird dargestellt, dass ambulante Pflegedienste mit dem Modell bei korrekter Anwendung eine MDK-Qualitätsprüfung problemlos bestehen können.

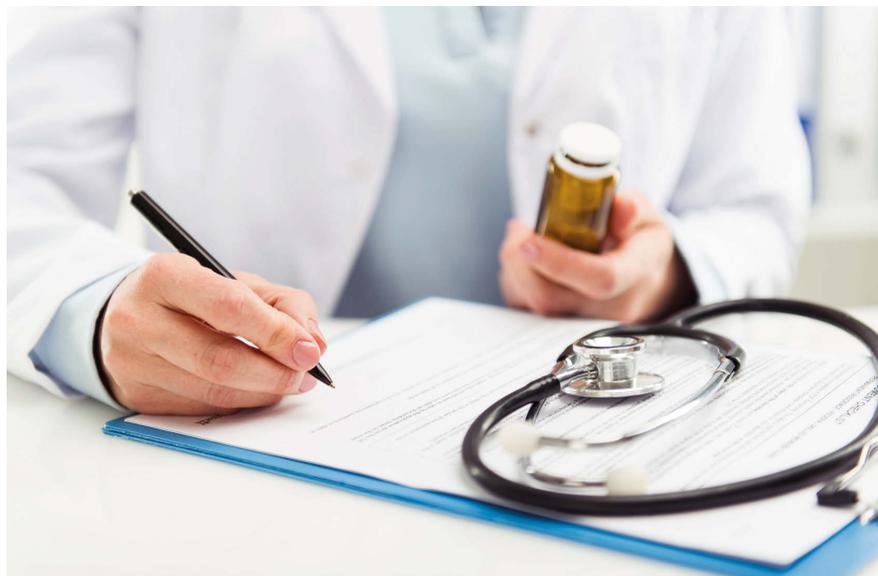


Foto: Stasique Photography/Fotolia

In allen Sektoren des Gesundheitswesens wird über zunehmende bürokratische Aufwände geklagt und der Ruf nach Entlastung wird laut; auch in der Pflege. Dies hat das Bundesministerium für Gesundheit bereits im Juni 2011 dazu bewogen, von der Ombudsfrau für Entbürokratisierung der Pflege, Frau Elisabeth Beikirch, Themen der Entbürokratisierung zu identifizieren und Handlungsbedarfe aufzuzeigen. Dabei wurde der größte Entlastungsbedarf in der Pflegedokumentation gesehen. Aus diesem Grunde wurde das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ auf den Weg gebracht. Im Rahmen des Projektes ist ein neues, schlankeres Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedo-

kumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege erarbeitet worden. Das Strukturmodell wurde erfolgreich einem Praxistest unterzogen und steht zur Umsetzung bereit.*

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wurde im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen dem Vorwurf ausgesetzt, einer überbordenden Bürokratie Vorschub zu leisten. Dieser Vorwurf mag für die Anfänge der Qualitätsprüfungen Ende der 1990er Jahre/Anfang der 2000er Jahre zum Teil auch berechtigt gewesen sein, denn zu Beginn der Prüfungen lag deren Schwerpunkt auf der Strukturqualität. Von diesem Ansatz ist der MDK jedoch sukzessive abgerückt. Heute steht eindeutig die Versorgungsqualität im Vordergrund der Qualitätsprüfungen. Neben der Inaugenscheinnahme ist die Pflegedoku-

mentation dabei aber weiterhin eine wichtige Nachweisebene. Leider fehlte aber bisher ein allgemein akzeptierter Konsens über das notwendige Qualitätsniveau für die Pflegedokumentation. Vor diesem Hintergrund haben MDS und MDK das Projekt zur Entbürokratisierung von Anfang an unterstützend begleitet, denn auf Seiten der Prüfinstitutionen besteht ein hohes Interesse daran, ein allgemein akzeptiertes Niveau für eine qualitativ hochwertige und ausreichende Pflegedokumentation festzulegen, dass von den Pflegepraktikern akzeptiert und umgesetzt wird. Mit dem Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation liegt nun ein solches Niveau vor.

Eckpunkte des Strukturmodells für die ambulante Pflege

Es würde im Rahmen dieses Artikels zu weit führen, das Strukturmodell in Gänze vorzustellen. An dieser Stelle können lediglich einige Eckpunkte und Grundprinzipien angerissen werden. Wer sich tiefergehend mit der Materie beschäftigen möchte, dem sei als zentrale Grundlage die Handlungsanleitung 1.1 (Stand 02.03.2015) als Lektüre empfohlen (siehe www.ein-step.de).

Die Pflegedokumentation ist eine Arbeitshilfe für Pflegeeinrichtungen, mit der sichergestellt werden soll, dass die individuell erforderlichen Maßnahmen in der gewünschten Art und Weise kontinuierlich durchgeführt werden. Diese Anforderung ist auch bei der Anwendung des Strukturmodells zu erfüllen. Mitarbeiter müssen in der Lage sein, auf der Grundlage der Maßnahmenplanung

* Informationen zur Entwicklung des Strukturmodells, das Strukturmodell selbst, Dateien die als Formular für die Strukturierte Informationssammlung genutzt werden können und Informationen zur Implementierung des Strukturmodells finden sich auf der Internetseite www.ein-step.de

Name des Pflegebedürftigen: *Helmut Fischer*
 Pflege tag: *Montag* Datum: *9.2.15*

 Erforderliche Hilfe bei:	Zeitaufwand (in Minuten)				
	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts 22 bis 6 Uhr
Körperpflege				6	
Waschen					
Duschen/Baden		24			4
Zahn-/Prothesenpflege		4			

Foto: fotohansel/Fotolia

und unter Berücksichtigung weiterer Hinweise, z.B. aus der strukturierten Informationssammlung (SIS) oder dem Berichteblatt, die Pflege und Betreuung so durchzuführen, wie es im konkreten Einzelfall individuell erforderlich ist.

Das Strukturmodell geht u.a. von den folgenden Grundprinzipien in der ambulanten Pflege aus:

- Die Sichtweise des Pflegebedürftigen wird einbezogen und ist wesentlicher Maßstab für die Gestaltung der Pflege.
- Ein vierschrittiger Pflegeprozess ist die Grundlage für das Strukturmodell.
- Eine übersichtliche Informationssammlung in Anlehnung an die Themenbereiche des NBA.
- Der Verzicht auf die ATL/AEDL.
- Fachliche Einschätzung von Risiken und Phänomenen anhand einer Risikomatrix und weitgehender Verzicht auf die Anwendung zusätzlicher Screening- und Assessmentinstrumente.
- Besondere Hervorhebung der Beratung durch die Pflegedienste bei vorliegenden Risiken.
- Verzicht auf eine dezidierte Zielfestlegung bei der Planung.
- Maßnahmenplanung strukturiert anhand der 6 Themenfelder der SIS oder

konkrete Beschreibung des jeweiligen Einsatzes mit allen individuellen persönlichen und sächlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich.

Während in der stationären Pflege auf Einzelleistungsnachweise für regelmäßig wiederkehrende Maßnahmen und Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung bei der Umsetzung des Strukturmodells verzichtet werden kann, gilt dies für die ambulante Pflege nicht. Hier sind aufgrund leistungs- und abrechnungsrechtlicher Anforderungen weiterhin Einzelleistungsnachweise erforderlich.

Die Vorteile des Strukturmodells liegen insbesondere in der Personenzentrierung, der deutlich größeren Übersichtlichkeit sowie in einer stärker fachlich geleiteten und nicht unreflektierten Risikoerkennung.

Implementierungsprojekt

Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, setzt sich dafür ein, dass das Strukturmodell bundesweit zügig umgesetzt wird und wirbt bundesweit bei Trägern von Pflegeeinrichtungen, Kostenträgern und Prüfinstitutionen für dieses Modell. Um die Umsetzung des Strukturmodells zu forcieren und sys-

tematisch zu begleiten, hat der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung Anfang 2015 der IGES Institut GmbH gemeinsam mit der Expertin Elisabeth Beikirch den Auftrag erteilt, ein Projektbüro einzurichten, das den Prozess begleitet. Ziel ist die bundesweite Implementierung der neuen Dokumentation in mindestens 25% aller Einrichtungen. Alle interessierten Pflegeeinrichtungen können bzw. konnten sich auf der Internetseite des Projektbüros registrieren und dann am strukturierten Implementationsprozess teilnehmen.

Die Vertragspartner nach § 113 SGB XI haben per Beschluss festgestellt, dass die Kompatibilität der Ergebnisse des Projektes „Praktische Anwendung des Strukturmodells „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ mit den derzeit geltenden Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für den ambulanten und stationären Bereich, insbesondere bezüglich der Pflegedokumentation und der hieraus resultierenden Prüfanforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114 SGB XI, gegeben ist. Bei vorliegenden vertieften Erkenntnissen aus der Implementierung soll eine erneute Überprüfung der Kompatibilität

erfolgen. Damit ist eine wichtige Grundlage geschaffen worden, um die Projektergebnisse flächendeckend umsetzen zu können.

Die Gesamtzahl der beim Projektbüro angemeldeten Pflegeeinrichtungen beläuft sich mit Stand 11.03.2016 auf 8.795. Am 11.03.2016 waren etwa 4.230 ambulante Pflegedienste und mehr als 4.500 stationäre Einrichtungen beim Projektbüro angemeldet. Damit beteiligen sich bereits fast 34% der 12.300 Pflegedienste und mehr als 36% der 12.400 Pflegeheime am Projekt. Es haben sich somit sehr viele Pflegeeinrichtungen auf den Weg gemacht. Der Implementationsprozess ist in den beteiligten Einrichtungen aber nicht von heute auf morgen zu bewerkstelligen. Bevor alle Pflegeplanungen bzw. Pflegedokumentationen bei den beteiligten Einrichtungen auf das neue Modell umgestellt werden können, sind verschiedene Arbeitsschritte in den Einrichtungen erforderlich (Anpassung des QM und von Verfahrensweisungen, Anpassung von Formularen, Schulung und Begleitung von Mitarbeitern etc.). Hierfür wird Zeit benötigt. Daher, so zeigt eine Umfrage bei den MDK, treffen die MDK bisher noch nicht so häufig wie die Registrierungszahlen vermuten lassen bei den Qualitätsprüfungen auf Pflegedokumentationen, die bereits auf das Strukturmodell umgestellt sind.

Die Umsetzung des Strukturmodells wird von MDS und MDK kontinuierlich begleitet. Die MDK-Gemeinschaft hat hierzu eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Im Frühjahr 2015 hat der MDS drei Multiplikatorenseminare durchgeführt. Das Konzept dieser Seminare wurde mit dem Projektbüro abgestimmt und die Durchführung erfolgte ebenfalls in Kooperation mit dem Projektbüro. Den teilnehmenden 120 Multiplikatoren (überwiegend MDK-Vertreter, Vertreter des PKV-Prüfdienstes und jeweils 2 Vertreter der Heimaufsichten aus den Bundesländern) wurde das Strukturmodell dargestellt und es wurde vermittelt, welche Aspekte in Pflegeeinrichtungen zu beachten sind, die das Strukturmodell umsetzen. Ziel ist es, von Anfang an eine einheitliche Qualitätsbewertung in diesen Einrichtungen sicherzustellen. Die Multiplikatoren haben inzwischen alle Prüfer der MDK darin geschult.

Zusätzlich zu den Seminaren hat die MDK-Gemeinschaft sogenannte „Ergänzende Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ für die Prüfer erarbeitet. Diese ergänzenden Erläuterungen sind mit dem Projektbüro abgestimmt und stehen sowohl auf der Internetseite des MDS (<https://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/qualitaetspruefungen.html>) als auch auf der Seite des Projektbüros als Download zur Verfügung.

Qualitätsprüfungen in Pflegediensten, die das Strukturmodell umsetzen

Da die Grundprinzipien des Strukturmodells in am Implementierungsprojekt teilnehmenden Einrichtungen bei Qualitätsprüfungen akzeptiert werden, müssen diese auch in anderen, nicht teilnehmenden Einrichtungen akzeptiert werden. Unabhängig davon, ob eine Einrichtung an dem Projekt teilnimmt oder nicht, wird bei den Qualitätsprüfungen eine Gleichbehandlung im Rahmen der Qualitätsprüfungen gewährleistet.

Vorgabe aus dem Strukturmodell für die Einrichtungen ist es, dass die strukturierte Informationssammlung (SIS) unverändert übernommen werden soll. Es ist jedoch nicht Aufgabe des MDK, zu bewerten, ob die SIS unverändert dargestellt und angewandt wird. Unabhängig von der Anwendung des Strukturmodells ist es auch weiterhin Aufgabe des MDK, zu überprüfen, ob die jeweiligen Prüfkriterien der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) erfüllt sind oder nicht.

Steuerung des Pflegeprozesses ist die Aufgabe einer Pflegefachkraft

Nach dem SGB XI und den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität nach § 113 SGB XI ist die Steuerung des Pflegeprozesses eine Aufgabe für Pflegefachkräfte. Dies gilt auch bei der Anwendung des Strukturmodells. Die Informationssammlung, Risikoeinschätzung, Maßnahmenplanung und Evaluation sind durch eine Pfle-

gefachkraft durchzuführen. Wird dies nicht gewährleistet, so ist genau wie in anderen ambulanten Pflegediensten auch die Frage 15.5 „Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?“ mit „Nein“ zu beantworten.

Kompensiertes Risiko

Im Strukturmodell wird der Begriff „kompensiertes Risiko“ bei der Risikoeinschätzung verwendet. Die QPR kennt diesen Begriff nicht. Im Rahmen von Qualitätsprüfungen ist es nicht erforderlich, den Begriff „kompensiertes Risiko“ zu verwenden; hier wird durch die Prüfer lediglich unterschieden, ob ein Risiko vorliegt oder nicht. Die Pflegedienste können den Begriff aber selbstverständlich dennoch verwenden. Ein Risiko gilt nach dem Strukturmodell dann als kompensiert, wenn aus Sicht der Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Erhebung der Strukturierten Informationssammlung (SIS) keine akuten Maßnahmen des Risikomanagements erforderlich sind. Im Gespräch zur Situationseinschätzung kann die Pflegefachkraft mit der pflegebedürftigen Person im Einzelfall zu dem Ergebnis kommen, dass zwar Risikofaktoren vorliegen, die Situation aber z.B. durch die pflegebedürftige Person selbst oder den Einsatz von Hilfsmitteln kompensiert ist. In der Risikomatrix ist ein kompensiertes Risiko/Phänomen mit „Nein“ zu bewerten. Ein Risiko kann nur als kompensiert gelten, wenn in den Themenfeldern ersichtlich ist, wodurch das Risiko ausgeglichen ist.

Im Rahmen der Prüfung ist der Begriff relevant bei den Fragen, bei denen bewertet wird, ob die Pflegeeinrichtung ein Risiko eingeschätzt hat und bei denen bewertet wird, ob die erforderlichen Maßnahmen oder eine Beratung durchgeführt worden sind (z.B. Dekubitusrisiko). Wenn der Pflegedienst die Risiken und die Kompensation z.B. in der SIS nachvollziehbar dargestellt hat, ist dies für die Qualitätsprüfung ausreichend. Es ist dann unerheblich, dass der Prüfer im Rahmen der QPR von einem Risiko ausgeht und der Pflegedienst in der Matrix „Nein“ angekreuzt hat, weil nach seiner Darstellung das Risiko kompensiert ist. Wichtig ist weiterhin, unabhängig ob

ein Risiko als kompensiert bewertet wird oder nicht, dass der Pflegebedürftige bei einem Risiko die erforderliche Unterstützung (im Rahmen der Möglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes) auch tatsächlich erhält. Die ersten Erfahrungen aus Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen zeigen, dass die Pflegekräfte mit dem Begriff kompensiertes Risiko zum Teil aber (noch) Schwierigkeiten haben.

Beratung

Im Gegensatz zur stationären Pflege weist die SIS für die ambulante Pflege hinsichtlich der Beratung eine Besonderheit auf. Dies ist dem spezifischen Versorgungssetting in der ambulanten Pflege geschuldet. Denn ein Pflegedienst kann in der ambulanten Pflege nur die Leistungen erbringen, für die er beauftragt wird. Ein Vollversorgungsanspruch wie in der stationären Pflege besteht nicht. Der Pflegedienst hat aber die Aufgabe, den Pflegebedürftigen durch Beratung zu Risiken in die Lage zu versetzen eine informierte Entscheidung treffen zu können. Daher hat der Pflegedienst bei einem Risiko anzukreuzen, ob eine Beratung erfolgt ist. Aus den gleichen Gründen finden sich auch in der QPR verschiedene Kriterien zur Beratung des Pflegebedürftigen (z.B. Dekubitusrisiko, Sturzrisiko, Ernährungsrisiko). Im Rahmen der Qualitätsprüfung reicht es allerdings nicht aus, in der Risikomatrix ein Kreuzchen bei Beratung zu setzen. Es muss an einer Stelle der Pflegedokumentation klar erkennbar sein, zu welchen Themen beraten worden ist. Diese Themen müssen sich auf die individuelle Risikosituation des Pflegebedürftigen beziehen.

Biografie

Nach dem Strukturmodell sollen die pflege- bzw. versorgungsrelevanten biografischen Angaben in den Themenfeldern (kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Mobilität und Beweglichkeit, krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen, Selbstversorgung, Leben in sozialen Beziehungen, Haushaltsführung) der SIS erfasst werden. Ein gesonderter Biografiebogen ist demnach nicht erforderlich.

Dies entspricht dem bisherigen Vorgehen bei Qualitätsprüfungen, bei dem nicht entscheidend ist, in welchen Formularen bestimmte Inhalte und Informationen festgehalten und berücksichtigt werden, sondern dass sie festgehalten und berücksichtigt werden. Bei Qualitätsprüfungen sind Aspekte der Biografie insbesondere relevant bei der Versorgung von Menschen mit Demenz, sie können aber auch allgemein bei der Pflege oder der Ernährung eine Rolle spielen. Erste Erfahrungen zeigen, dass die Pflegeeinrichtungen zum Teil aus Platzgründen weiterhin gesonderte Biografieformulare verwenden, obwohl dies nach dem Strukturmodell nicht vorgesehen ist. Da der MDK bei den Qualitätsprüfungen nicht bewertet, ob die Vorgaben des Strukturmodells eingehalten werden, sondern weiterhin die Anforderungen der QPR prüft, ist dies bei den Prüfungen unerheblich und wird nicht negativ bewertet.

Individuelle Maßnahmenplanung

Weiterhin ist für die Pflegemaßnahmen eine individuelle und handlungsleitende Maßnahmenplanung erforderlich. Das Strukturmodell wäre falsch verstanden, wenn mit Verweis auf Standards oder Verfahrensbeschreibungen zu regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auf eine individuelle und handlungsleitende Maßnahmenplanung vollständig verzichtet werden würde. Ggf. muss der Prüfer bei der Bewertung der Maßnahmenplanung jedoch zusätzlich auch in der Einrichtung geltende allgemeine Verfahrensbeschreibungen mit ein-

beziehen. Nach wie vor muss es dem Mitarbeiter des Pflegedienstes anhand der Pflegeplanung – ggf. unter Berücksichtigung allgemein gültiger Verfahrensbeschreibungen – möglich sein, die Pflege nach den individuellen Besonderheiten, Wünschen und Gewohnheiten des Einzelfalles durchzuführen. Dies ist nicht möglich, wenn lediglich auf Standards etc. verwiesen wird. Relevant sind diese Aspekte z.B. im Zusammenhang mit Prüfkriterien zur Ernährung, bei denen es darum geht, zu prüfen, ob individuelle Wünsche zum Essen und Trinken bei der Leistungserbringung berücksichtigt werden. Ein allgemeiner Hinweis, dass individuelle Wünsche berücksichtigt werden, ohne diese konkret zu beschreiben, reicht nicht aus.

Fazit

Mit dem Strukturmodell und dem durch das Projektbüro unterstützten Implementierungsprozess ist die einmalige Chance verbunden, für die Mitarbeiter in der Pflege, die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Kostenträger und die Prüfinstitutionen ein allgemein akzeptiertes Niveau für die Maßnahmenplanung und die Pflegedokumentation einzuführen, dass für alle Akteure handlungsleitend ist. Frühere, regionale wie auf Bundesebene angelegte Projekte konnten diese Wirkkraft nicht erreichen, weil die Implementierung nicht ausreichend unterstützt worden ist. Dies ist bei dem aktuellen Projekt anders und lässt hoffen, dass die professionelle Pflege hierdurch den Pflegeprozess und dessen Operationalisierung wieder stärker als Arbeitsprinzip und wichtiges Instru-

Zusammenfassung

Es liegt ein Strukturmodell für die Pflegeplanung und Pflegedokumentation vor, mit dem ein allgemein akzeptiertes Qualitätsniveau festgelegt worden ist. Dieses Modell findet bei den Pflegepraktikern zunehmend Akzeptanz. Der MDK hat die Entwicklung und Umsetzung unterstützend begleitet. Ambulante Pflegedienste, die das Strukturmodell korrekt umsetzen, werden bei MDK-Qualitätsprüfungen keine Probleme haben. Das Modell ist mit den Prüfgrundlagen kompatibel. Im Beitrag wird auf konkrete Fragestellungen zur Umsetzung des Modells in der ambulanten Pflege und zur Bedeutung bei Qualitätsprüfungen eingegangen.

Schlüsselwörter: *Pflegedokumentation, Strukturmodell, MDK-Qualitätsprüfungen*

ment für eine gute Pflege anerkennt und akzeptiert. Die hohe Anzahl der registrierten Einrichtungen zeigt das große Interesse, das neue Strukturmodell umzusetzen. Gleichwohl ist es für die meisten Pflegeeinrichtungen noch ein längerer Weg, bis das Strukturmodell soweit umgesetzt ist, dass es die Grundlage für die Pflegedokumentation und Maßnahmenplanung bei allen betreuten Pflegebedürftigen ist. Die Pflegeeinrichtungen sollten sich dabei nicht entmutigen lassen, denn es lohnt sich, diesen Weg zu gehen, weil die Er-

fahrungen zeigen, dass die Pflegekräfte sich mit dem Modell identifizieren. Darüber hinaus sind auch Synergieeffekte zu erwarten, wenn ab 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff das bisherige Begutachtungsverfahren ablösen wird.

Die MDK-Gemeinschaft geht davon aus, dass bei einer den Vorgaben entsprechenden Anwendung des Strukturmodells die fachlichen Anforderungen der QPR an den Pflegeprozess erfüllt werden können. Bedenken der Einrichtungen, es könne bei Qualitätsprüfun-

gen der MDK zu negativen Bewertungen aufgrund der Umstellung auf das neue System kommen, sind daher unbegründet. <<

Autorenkontakt:

Jürgen Brüggemann, Krankenpflege, Dipl. Soz. Wiss., Team Pflege, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
Kontakt: j.brueggemann@mds-ev.de

—Anzeige—



Brinja Schmidt

Burnout in der Pflege

Risikofaktoren – Hintergründe – Selbsteinschätzung

2., erw. und überarb. Auflage 2015
 344 Seiten mit 4 Tab. Kart. € 29,99
 ISBN 978-3-17-025767-2

auch als
EBOOK

Immer mehr Menschen leiden unter dem Burnout-Syndrom, einem chronischen Erschöpfungszustand, der sich in Form eines längeren Prozesses entwickelt und in verschiedenen Phasen verläuft. Welche Risikofaktoren speziell Pflegenden in der stationären und ambulanten Kranken- und Altenpflege betreffen, welche Hintergründe in Frage kommen, wie Pflegenden ihr Risiko selbst einschätzen lernen – dies und vieles mehr finden Sie im vorliegenden Buch.



Annelen Schulze Höing

Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen

Pflegebedarfsanalyse und integrierte Hilfeplanung

2., überarb. und erw. Auflage 2015
 300 Seiten mit 24 Abb. und 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 Pflege Themen eingeführt.

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

150 Jahre
Kohlhammer

› Leitungspersonen sind entscheidend – Erfahrungen mit mobilem Lernen in der Altenpflege im Projekt Expertenstandards@work

Das Projekt Expertenstandards@work

MATHILDE HACKMANN, KATHARINA BUSKE & BIRGITT HÖLDKE

Im Rahmen des Förderschwerpunktes Digitale Medien in der beruflichen Bildung entwickelte und erprobte die Deutsche Angestellten-Akademie GmbH (DAA) mobil zu nutzende Lernmodule für die Fortbildung in der Altenpflege. Von 2013 bis 2014 wurden sieben Lernmodule zu den nationalen Expertenstandards auf einer Lernplattform zur Verfügung gestellt und erprobt. Die Hamburger Fern-Hochschule (HFH) evaluierte die Akzeptanz dieser neuen Methode bei den Leitungspersonen der Altenpflegeeinrichtungen sowie bei den Mitarbeitenden.



Foto: © Hamburger Fernhochschule 2013

Bisherige Erkenntnisse zum mobilen Lernen

Mobiles Lernen, d.h. internetbasiertes Lernen über elektronische Endgeräte, das zeit- und ortsunabhängig erfolgt, ist ein relativ neues Konzept (Hug 2010), lässt sich begrifflich jedoch nicht immer vom eher allgemeinen Begriff E-learning abgrenzen. Zum mobilen Lernen in der Pflegebildung gibt es internationale etliche Studien, die zum Teil bereits als systematische Reviews erfasst und ausgewertet wurden (Button et al. 2014, Feng et al. 2013, Lahti et al. 2014, Zhang et al. 2014).

Im deutschsprachigen Raum liegen bisher nur wenige Erfahrungen vor. Ein neueres Forschungsprojekt untersuchte die Ausbildung von Multiplikatoren, die in pflegerischen Einrichtungen digitales Lernen unterstützen (Kamin et al. 2014). Ein weiteres Projekt beschäftigte sich mit der Integration von mobilem Lernen in der Fortbildung älterer Pflegefachpersonen (Pressemitteilung 05/2014). Studien, die die Rahmenbedingungen mobilen Lernens in der Pflege berücksichtigen, betonen die Bedeutung der Leitungspersonen. Diese spielen für den Erfolg mobilen Lernens eine große Rolle.

Datenerhebung und Auswertung

Das Evaluationskonzept der HFH sah u.a. eine zweimalige Befragung mit einem standardisierten Fragebogen für die Lernenden vor. Die Leitungspersonen in den Einrichtungen wurden zu Beginn des Projekts nach ihren Erwartungen sowie nach Beendigung des Projekts nach ihren Erfahrungen in einem persönlichen Interview befragt. Wesentliche Ergebnisse der Auswertung wurden bereits publiziert (Hackmann et al. 2015a, 2015b), dieser Artikel beschränkt sich daher auf die Darstellung und Interpretation von zwei Interviews nach Beendigung des Projekts.

In beiden Interviews ließen sich die Einflüsse der Organisation – und hier besonders der Leitungspersonen – deutlich herausarbeiten. Im Sinne einer Fallkontrastierung (Kelle & Kluge 2010, Kuckartz et al. 2008) werden im Folgenden die Ergebnisse der beiden Interviews dargestellt. Die Darstellung erfolgt methodisch im Sinne der „dichten Beschreibung“ (Geertz 1987).

Verhalten der Leitungsperson – zwei Fallbeschreibungen

Die beiden Interviews erfolgten persönlich jeweils mit den Pflegedienstleitungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Beide Einrichtungen hatten eine ähnliche Größe und befanden sich in derselben Region. Bei den Interviews zum Start des Projekts gaben beide Pflegedienstleitungen eine geringe Mitarbeiterfluktuation an, sodass auch dieses Kriterium vergleichbar war. In den Abschlussinterviews konnten die betrieblichen Rahmenbedingungen identifiziert werden, die in der einen Einrichtung das Lernen der Mitarbeitenden mit der Lernplattform förderten, in der anderen Einrichtung jedoch eher hemmten.

Die folgende „dichte Beschreibung“ (Geertz 1987) erläutert die Situation in den beiden Einrichtungen aus Sicht der befragten Pflegedienstleitungen. Ein Un-

terschied ist zu berücksichtigen: Die Pflegedienstleitung in Einrichtung B trat ihre Stelle erst ein halbes Jahr nach Start des Projekts an, war aber vorher bereits als stellvertretende Pflegedienstleitung in der Einrichtung tätig und kannte daher das Projekt ebenfalls von Beginn an.

Einrichtung A „Die PDL als Motor“ Absprachen zwischen der Leitungsperson und den teilnehmenden Mitarbeitenden:

Die Pflegedienstleitung (PDL) nennt im Interview die genaue Zahl der Mitarbeitenden, die die Lernmodule belegt haben und weiß auch, welche Mitarbeitenden welche Module belegt haben. Für die ausgeschiedenen Mitarbeitenden kann sie die Gründe benennen. *„Sechs Mitarbeiter sind ausgestiegen: Schwangerschaft, Studium, Arbeitsplatzwechsel. Drei haben die Plattform nicht genutzt aus Zeitgründen, wie zum Beispiel Umzug, Ausbildung, Weiterbildung.“*

Die Mitarbeitenden hatten die Möglichkeit, Arbeitsplätze zum Lernen in der Einrichtung zu nutzen. *„Ich habe auch mein Büro zur Verfügung gestellt ... wenn es in den Dienstzimmern zu unruhig ist.“* Die Nutzung während der regulären Arbeitszeit wurde von dieser Leitungsperson als wenig sinnvoll erachtet. Die Mitarbeitenden konnten Zeit und Ort des Lernens selbst einteilen *„mit der Anerkennung als Arbeitszeit“*.

Vertrauen:

Die mit dem Lernen verbrachte Zeit wurde gutgeschrieben, den Mitarbeitenden wurde vertraut, dass sie das Lernen selbstverantwortlich organisieren. *„Dass sie die Zeit, die sie brauchen, bis maximal sechs Stunden, auf jeden Fall aufschreiben können.“*

Sich kümmern:

Die Pflegedienstleitung hat selbst auch Lernmodule belegt, daraus ergab sich ein ständiger Austausch mit den Mitarbeitenden. *„Ich hatte, glaube ich, 97 [Prozent] und eine hatte 100%, dann ist sie jetzt auch noch besser als ich. Da waren die natürlich stolz.“* Auch die Inhalte und Fragestellungen in den Lernmodulen wurden thematisiert: *„Manchmal, das war dann auch so ein bisschen Rückmeldung, mit der Fragestellung hatte ich also mal Probleme, damit klarzukommen.“*

Die Pflegedienstleitung kennt auch die einzelnen Mitarbeitenden. *„Ein Mitarbeiter hat das Modul Chronische Wun-*

den nicht bestanden, der war ganz fertig.“ *„Die Kollegin hat gesagt, ach Gott, ist Sturz furchtbar, hat sie sich gequält!“* *„Ja, den jüngeren Teilnehmern fiel es halt schon leichter, mit der Plattform umzugehen.“*

Lernkultur:

Die Pflegedienstleitung gibt an, dass sie das Gespräch mit den Mitarbeitenden sucht. *„Wir sind sehr eng im Gespräch immer.“* Auch die Mitarbeitenden haben miteinander die Lernmodule diskutiert. *„Die haben sich auch untereinander ausgetauscht.“*

Während des Interviews spricht die Pflegedienstleitung häufig von „wir“. Dies kann ebenfalls als Hinweis auf eine förderliche Lernkultur der Einrichtung interpretiert werden.

Im Nachgang zum eigentlichen Interview schildert die Pflegedienstleitung eine Situation, aus der deutlich wird, dass ihr bewusst ist, dass die Leitungsperson bei innerbetrieblichen Fortbildungen ebenfalls anwesend sein sollte, um den Mitarbeitenden die Wichtigkeit dieser Schulungen zu verdeutlichen. In diesem Zusammenhang sieht sie *„die PDL als Motor.“*

Auswirkungen auf die Pflegepraxis:

Die Pflegedienstleitung nutzt, da sie selbst auch Lernmodule belegt hat, diese für eine Reflexion der pflegerischen Arbeit in der Versorgung der Bewohner. So sieht sie jetzt, dass im Rahmen der Kontinenzförderung noch Verbesserungen erforderlich sind. *„Natürlich machen wir Toilettentraining ... aber es geht trotzdem im Alltag ein bisschen zeitlich unter“* *„Das war für mich so der Punkt, wo ich dann auch nochmal mit den Mitarbeitern besprechen möchte ... wo kann man also die Qualität noch ein bisschen steigern und auch den Expertenstandard doch besser umsetzen.“*

Einrichtung B. „... irgendwie in Vergessenheit geraten.“

Kaum Absprachen zwischen der Leitungsperson und den teilnehmenden Mitarbeitenden:

Die Pflegedienstleitung weiß nicht, wie viele Mitarbeitende tatsächlich mit der Lernplattform gelernt haben. *„Ich kann ihnen jetzt nicht die Anzahl geben, wie viele Mitarbeiter dieses tatsächlich durchgeführt haben, aber es ist irgendwie in Vergessenheit geraten.“*

Konkrete Vereinbarungen wurden zu Beginn des Projekts nicht getroffen. *„Nein,*

die konnten sich anmelden, wenn sie das gewünscht haben.“ *„In der Arbeitszeit können sie es durchführen, wenn sie wollen.“* Auf die Nachfrage, ob PC-Arbeitsplätze zum Lernen in der Einrichtung zur Verfügung gestellt wurden, verwies die Pflegedienstleitung auf die Arbeitsplätze in den Wohnbereichen. *„Sie haben auf allen Wohngruppen einen PC.“* Jedoch gibt sie auch zu, dass diese nicht ausreichend gewesen seien. *„Pro Wohngruppe ein PC und da sind nur bestimmte Mitarbeiter drangekommen.“*

Die Pflegedienstleitung ist über die Zertifikate, die zum erfolgreichen Abschluss eines Moduls verliehen werden, nicht informiert. *„Nein, ich habe keine Zertifikate“*.

Wenig Vertrauen:

Die Pflegedienstleitung äußert eher Bedenken, ob die Mitarbeitenden sich selbst um das Lernen mit der Lernplattform kümmern, wenn nicht ein genauer Plan von den Vorgesetzten aufgestellt wird. *„Wir [Pflegedienstleitung und Qualitätsbeauftragte] melden an und sie [die Mitarbeitenden] gehen dann zur Schulung. Also, ich denke, das brauchen Mitarbeiter. Die brauchen jemanden, der sagt, so, die und die Uhrzeit ... Aber von sich aus, ganz ehrlich, kommt ganz wenig.“*

Sich wenig kümmern:

Die Pflegedienstleitung räumt ein, dass sie sich kaum um das Projekt gekümmert hat, obwohl die Mitarbeitenden zunächst sehr motiviert waren. *„Zu Beginn waren die eigentlich sehr motiviert und wollten mit dem System arbeiten. Und dann gab es Schwierigkeiten, und dann verlief das so, und dann hat sich keiner mehr so drum gekümmert.“* Durch den Wechsel der Pflegedienstleitung standen zunächst auch andere Aufgaben im Vordergrund. *„Es ist schon so, dass wir da auch nicht ständig nachgefragt haben.“*

Lernkultur:

Die Pflegedienstleitung geht im Gespräch nicht auf Einzelheiten zum Lernen mit der Lernplattform ein. Dieses ist insofern nicht verwunderlich, da das Projekt für sie nicht mehr im Fokus stand. Auffallend häufig nennt sie den Begriff „Plan“ im Zusammenhang mit der Fortbildung der Mitarbeitenden. Planung sieht sie als Mittel der Leitungsperson, Mitarbeiter zur Fortbildung zu verpflichten: *„Aber ich denke nicht, dass*

man erwarten kann, dass die Mitarbeiter da selbst teilnehmen, ohne dass man sie dazu einplant.“ Jedoch wird Planung auch im Sinne der Verantwortung der Leitungsperson gesehen: „... dass es halt nochmal vonseiten der Leitungen geplant ist, dass das besser funktioniert“.

Zu den Inhalten der Lernmodule und zu den technischen Aspekten gaben die Mitarbeitenden keine Rückmeldungen an die Pflegedienstleitung. „Da kam gar nichts mehr bei uns an.“

Die Möglichkeit, zu den Expertenstandards auch gemeinsam zu lernen, wird positiv herausgestellt. „Dass man so Gesamtveranstaltungen vielleicht durchführen könnte, wo die Mitarbeiter diese Expertenstandards zusammen bearbeiten können.“ Der Pflegedienstleitung scheint also bewusst zu sein, dass auch gemeinsames Lernen einen höheren Stellenwert haben sollte.

Auswirkungen auf die Pflegepraxis:

Aussagen zu den Auswirkungen der Lernerfahrungen auf die Pflegepraxis finden sich im Interview nicht.

Zusammenfassende Interpretation der beiden Fälle

Obwohl jeweils die Sicht der Pflegedienstleitung geschildert und ein Abgleich mit den Antworten der innerhalb der Einrichtung befragten Mitarbeitenden nicht möglich ist, wird doch deutlich, dass sich betriebliche Rahmenbedingungen und besonders die Einstellung der Leitungspersonen auf die Lernkultur und die Lernergebnisse auswirken. Während im ersten Beispiel konkrete Ansatzpunkte genannt werden, wie das Lernen in der Einrichtung die Pflegequalität (Arbeitsergebnisse) verbessern kann, fehlen diese Hinweise im zweiten Beispiel. Diese Ergebnisse aus den Interviews bestätigen die Bedeutung der Leitungspersonen, die aus Studien zur Arbeitszufriedenheit bereits bekannt ist

(Aiken et al. 2014, Baumann 2007, DGB 2010, Ver.di 2008).

Konsequenzen für das Fortbildungsmanagement durch die Leitungsperson

Die hier gewonnenen Erkenntnisse im Rahmen der Einführung von mobilem Lernen lassen sich auf die Personalentwicklung in pflegerischen Arbeitsbereichen übertragen. Für das Fortbildungsmanagement durch die Leitungsperson ergeben sich folgende Anforderungen:

- Die Leitungsperson ist in der Pflicht, die Rahmenbedingungen zu gestalten. Zu diesen gehört, dass Lernpausen ermöglicht werden, die Reflexion des Gelernten begleitet und der Austausch der Lernenden untereinander gefördert wird (DUW Presse-Service 2012). Im Projekt Expertenstandards@work wurde z.B. die EDV-Ausstattung als relevante Rahmenbedingung in den Einrichtungen deutlich.
- Die Absprachen zur Fortbildung sind möglichst konkret zu treffen. Dabei sind die Vorkenntnisse der Lernenden zu beachten. Werden flexible Angebote wie das mobile Lernen genutzt, sind die Absprachen möglichst schriftlich festzuhalten.
- Mobiles Lernen ist als Ansatz im Fortbildungsmanagement so zu verankern, dass es von den Lernenden nicht isoliert wahrgenommen wird. Gerade der Austausch unter den Lernenden scheint in den Pflegeberufen eine wichtige Rolle zu spielen (Glogowska et al. 2011).
- Nicht zuletzt ist eine Vertrauenskultur aufzubauen, die ein positives Lernklima ermöglicht. Die Leitungspersonen sollten „dranbleiben“ und gerade bei Praxisthemen auch die Umsetzung gelernter Inhalte engmaschig begleiten. Daraus entstehen Anregungen für eine Verbesserung der Versorgungsqualität in der konkreten Einrichtung.

Fazit

Der Vergleich der beiden Interviews mit den Pflegedienstleitungen zweier Altenpflegeheime verdeutlicht, wie unterschiedlich das mobile Lernen von ihnen begleitet wurde. Diese ungleiche Unterstützung führte dazu, dass in einer Einrichtung nicht einmal bekannt war, wer von den Mitarbeitenden das Angebot überhaupt genutzt hatte. Da mobile Lernangebote in Zukunft vermutlich eine noch größere Bedeutung bekommen, ist es unverzichtbar, dass die Leitungspersonen diese Form des Lernens kritisch reflektieren. Dann kann Versorgungsqualität verbessert werden. <<

Hinweis:

Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie dem Europäischen Sozialfonds innerhalb des Programms „Digitale Medien in der beruflichen Bildung“ (Förderkennzeichen 01PF10006B) vom 01.03.2013–31.10.2014 finanziell gefördert.

Autorenkontakt

Mathilde Hackmann, RbP, Diplom-Pflegepädagogin (FH), MSc (Nursing and Education), wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Gesundheit und Pflege, Hamburger Fern-Hochschule (bis September 2015)

Katharina Buske, B.A., studentische Mitarbeiterin im Projekt Expertenstandards@work, Fachbereich Gesundheit und Pflege, Hamburger Fern-Hochschule (bis September 2014)

Prof. Dr. Birgitt Höldke, MPH, Projektleiterin und Professorin am Fachbereich Gesundheit und Pflege, Hamburger Fern-Hochschule (bis März 2016)

Kontakt: mhackmann@rauheshaus.de

Zusammenfassung

Mobiles Lernen wird auch in pflegerischen Einrichtungen immer häufiger genutzt. Der Artikel beschreibt Teilergebnisse aus dem BMBF-geförderten Projekt „Expertenstandards@work“. Ein Forscherteam der HFH evaluierte die Akzeptanz dieser Lernform in den beteiligten Altenpflegeeinrichtungen. Dabei zeigte sich der große Einfluss der Leitungspersonen auf die Akzeptanz mobilen Lernens. Das förderliche und hemmende Verhalten der Pflegedienstleitungen wird in einer Fallkontrastierung anhand von zwei Interviews dargestellt.

Schlüsselwörter: *Mobiles Lernen, Fortbildung, Altenpflege*



Literatur

Aiken L. H., Sloane D. M., Bruyneel L., Van den Heede K., Griffiths P., Busse R., Diomidou M., Kinnunen J., Kózka M., Lesaffre E., McHugh M. D., Moreno-Casbas M. T., Rafferty A. M., Schwendimann R., Scott P. A., Tishelman C., von Achtenberg T., Sermeus W. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383, S. 1824-1830.

Baumann, A. (2007) Arbeitsplatz Pflege. Mit Qualität arbeiten = mit Qualität pflegen. Geneva: International Council of Nurses.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015) Digitale Medien in der beruflichen Bildung. URL: <http://www.bmbf.de/de/16684.php> [Stand: 14.03.2016].

Button D., Harrington A., Belan I. (2014) E-Learning and information communication technology (ICT) in nursing education: A review of the literature. *Nurse Education Today* 34/10, S. 1311-1323.

DGB (Hrsg.) (2010) Der Report 2010: Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. DGB-Index Gute Arbeit.

DUW Presse-Service (2012) Schöne neue Lernwelt? Berufliche Weiterbildung im Wandel. Eine Studie der Deutschen Universität für Weiterbildung. URL: http://www.duw-berlin.de/fileadmin/user_upload/content/presse/duw-Studien/duw_Studie_Lernen_final.pdf [Stand 14.03.2016].

Feng J.-Y., Chang Y.-T., Chang H.-Y., Erdley W. S., Lin C.-H., Chang Y.-J. (2013) Systematic Review of Effectiveness of Situated E-Learning

on Medical and Nursing Education. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 10/3, S. 174-183.

Geertz, C. (1987) Dichte Beschreibung – Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Glogowska M., Young P., Lockyer L., Moule P. (2011) How 'blended' is blended learning?: Students' perceptions of issues around the integration of online and face-to-face learning in a continuing professional development (CPD) health care context. *Nurse Education Today* 31/8, S. 887-891.

Hackmann M., Buske K., Höldke B. (2015a) Abschlussbericht Expertenstandards@work. Entwicklung und Einsatz mobiler Lernarrangements in Unternehmen der Altenpflege am Beispiel der Expertenstandards – Teilvohaben: Evaluation. Hamburger Fern-Hochschule. Hamburg.

Hackmann M., Buske K., Höldke B. (2015b) Akzeptanz mobilen Lernens in der Altenpflege - Ergebnisse aus einem Evaluationsprojekt. *Pädagogik der Gesundheitsberufe* 2/4, S. 49-66.

Hug T. (2010) Mobiles Lernen. In: Hugger, K.-U. (Hrsg.) *Digitale Lernwelten. Konzepte, Beispiele und Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 193-211.

Kamin A.-M., Greiner A.-D., Darmann-Finck I., Meister D. M., Hester T. (2014) Zur Konzeption einer digital unterstützten beruflichen Fortbildung - ein interdisziplinärer Ansatz aus Medienpädagogik und Pflegedidaktik. *iTeL - Interdisziplinäre Zeitschrift für Technologie und Lernen* 1: 6-20. URL: <http://www.itel->

journal.org/wp-content/uploads/2016/01/11-77-2-PB.pdf [Stand: 14.03.2016].

Kelle U. & Kluge S. (2010) Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Kuckartz U., Dresing T., Rädiker S., Stefer C. (2008) *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Lahti M., Hätönen H., Välimäki M. (2014) Impact of e-Learning on nurses' and student nurses knowledge, skills and satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 51, S. 136-149.

Pressemitteilung 05/2014 (2014) Mit dem Tablet-PC zu einem neuen beruflichen Selbstverständnis. URL: http://www.gesundheits-hochschule.de/fileadmin/srh/gera/images/professoren/PM_Flexicare_Fachtagung.pdf [Stand: 14.03.2016].

Ver.di (Hrsg.) (2008) *Arbeitsqualität aus Sicht von Altenpfleger/innen*. URL: http://www.verdi-news.de/download/dgb-index_altenpflege_end.pdf [Stand: 14.03.2016].

Zhang W., Barribal L., While A. W. (2014) Nurses' attitudes towards medical devices in healthcare delivery: a systematic review. *In: Journal of Clinical Nursing* 23, S. 2725-2739.



Wolfgang Schäfer/Peter Jacobs
Praxisleitfaden Stationsleitung

Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege

5., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016
440 Seiten, 24 Abb., 11 Tab. Kart. € 39,-
ISBN 978-3-17-028691-7



Stationsleitungen nehmen eine Fülle von Aufgaben wahr: Sie leisten Führungsarbeit, tragen Organisationsverantwortung und sind administrativ tätig. Dieses erfolgreiche Handbuch gibt eine komprimierte Zusammenfassung des umfangreichen Wissens einer Stationsleitung wieder und behandelt umfassend und praxisnah das Aufgabenspektrum der Stationsleitung. Weitere Themen: Zertifizierung am Beispiel eines Darmzentrums, Personalgewinnung und Mitarbeiterbindung. Mit zahlreichen Fallbeispielen, Checklisten, Musterschreiben etc. Die Tarif- und Gesetzestexte wurden auf den neuesten Stand gebracht; sämtliche zeitbezogenen Daten wie zum Beispiel Statistiken und Budgetpläne wurden komplett aktualisiert.

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

150 Jahre
Kohlhammer

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 Schuleinrichtungen. Die Standorte in Herne und Witten stellen mit derzeit über 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, das Marien Hospital Herne – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, das Marien Hospital Witten, das Rheumazentrum Ruhrgebiet, das St. Marien Hospital Eickel sowie die folgenden Einrichtungen zusammengeschlossen: die Medizinische Reha Eickel, das Gästehaus St. Elisabeth, die Ambulante Pflege, die Arztpraxen – MVZ Herne, das Lukas Hospiz, das Bildungszentrum Ruhr, das Bildungswerk e. V., die Krankenpflegeschule, die Akademie der Physiotherapie und Kinder in der St. Elisabeth Gruppe.

Für unser **Gästehaus** suchen wir zum nächstmöglichen Termin einen

Stationsleiter (m/w)

Ihre Aufgaben:

- Übernahme von Leitungsaufgaben in Absprache mit der Pflegedienstleitung
- Organisation, Steuerung und Optimierung von Stationsabläufen
- Personaleinsatzplanung
- Mitarbeitermotivation und Personalentwicklung im Zuständigkeitsbereich
- Sicherstellung einer zeitgemäßen, sach- und fachgerechten Pflegequalität unter Beachtung von Expertenstandards und gruppeninternen Standards
- Schaffung eines positiven Arbeits- und Betriebsklimas
- Konstruktive und innovative Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung

Ihr Profil:

- Erfolgreich abgeschlossene Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger
- Abgeschlossene Weiterbildung zur Stationsleitung oder die Bereitschaft diese zu absolvieren
- Berufserfahrung in einer Leitungsfunktion
- Hohe fachliche, persönliche und soziale Kompetenz
- Belastbarkeit, Flexibilität sowie Teamfähigkeit
- Organisationstalent und Einsatzfreude
- Bereitschaft zur Kooperation mit allen Berufsgruppen

Wir bieten Ihnen:

- Eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit mit sehr guten Entwicklungschancen in einem zukunftsorientierten Klinikverbund mit hoher Arbeitsplatzsicherheit
- Selbstständiges und eigenverantwortliches Arbeiten
- Mitarbeit in einem freundlichen, fachkompetenten und motivierten Pflegeteam
- Teilnahme an in- und externen Fortbildungsmaßnahmen
- Vergütung nach den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des deutschen Caritasverbandes mit den üblichen Sozialleistungen sowie eine zusätzliche beitragsfreie Altersvorsorge
- Kinderbetreuung in der eigenen Kindertagesstätte „Kinder in der St. Elisabeth Gruppe“

Für fachliche Auskünfte steht Ihnen gerne der **Pflegedienstleiter, Herr Böttcher**, unter der Telefon-Nr.: 02325/912-610 oder die **Gesamtpflegedienstleitung, Frau Büchsenschütz**, unter der Telefon-Nr.: 02325/986-2370 zur Verfügung.

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

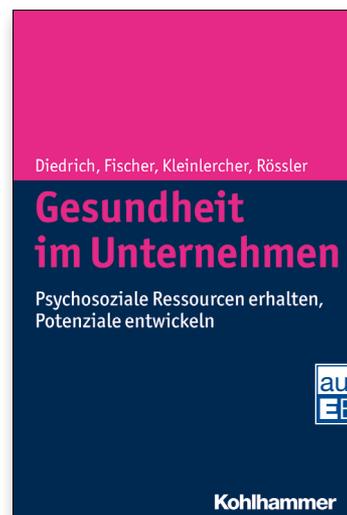
Alternativ können Sie sich per Post unter Angabe der **Kennziffer GSE0215** bewerben. Bitte beachten Sie, dass Ihre Bewerbung eingescannt und in unserem Bewerbermanagementsystem gespeichert wird.

St. Elisabeth Gruppe GmbH
Personalabteilung
Hospitalstraße 19
44649 Herne



2015. 289 Seiten mit 15 Abb. und 9 Tab. Fester Einband. € 49,-
ISBN 978-3-17-029116-4

Von ärztlichen Leitungskräften in Kliniken und Krankenhäusern wird, neben exzellentem medizinischen Fachwissen, längst auch Führungskompetenz erwartet. Dieses Buch ist ein praxisorientierter Leitfaden, der konkret dabei unterstützt, im Spannungsfeld der vielfältigen Anforderungen die Hoheit des Handelns zu behalten.



2015. 147 Seiten mit 10 Abb. und 4 Tab. Kart. € 29,99
ISBN 978-3-17-026088-7

Unternehmen bieten ein geeignetes Umfeld für die Förderung psychischer Gesundheit. Dieser Ratgeber bietet Herangehensweisen zur Identifikation, Veränderung und Verhinderung psychosozialer Belastungen in Unternehmen. Die vorgestellten Maßnahmen sind vielfältig, für Veränderungen des Arbeitsplatzes finden sich ebenso Ansatzpunkte wie für Veränderungen auf Organisationsebene.

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
vertrieb@kohlhammer.de · www.kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer



APOLLON
Hochschule

Bachelor per Fernstudium – ohne Abitur!

Bachelor Pflegemanagement (B. A.)

Bachelor Sozialmanagement (B. A.)

Zertifikatskurse! U. a. Gesundheitspsychologie, Ernährungsberater

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

apollon-hochschule.de

Ein Unternehmen der Klett Gruppe



DT049



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

Berufsbegleitend und dual studieren an der HFH in Ihrer Nähe.



Nutzen Sie die Vorteile eines Fernstudiums und informieren Sie sich über unsere staatlich anerkannten Studiengänge in

Gesundheit und Pflege

Gesundheits- und Sozialmanagement (B.A.) • Health Care Studies (B.Sc.) • Management von Organisationen und Personal im Gesundheitswesen (M.A.) • Pflege-management (B.A.)

Fordern Sie jetzt kostenlos Infomaterial an.

fhf-fernstudium.de

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



DIPLOMA

Private staatlich anerkannte Hochschule
University of applied science

Bachelor / Master

Fernstudium - Seminare an bundesweiten Studienzentren oder online, auch neben dem Beruf oder der Ausbildung

Frühpädagogik (B.A.)

Leitung und Management von Kindertageseinrichtungen

Medizinalfachberufe (B.A.)/(M.A.)

Zugangsbereufe: Physiotherapie, Ergotherapie, Altenpflege, Krankenpflege, Logopädie u. a.

Kindheitspädagogik (B.A.)

inkl. staatliche Anerkennung als Erzieher/in

Soziale Arbeit (B.A.)

inkl. staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter/in

Info unter 0 57 22 / 28 69 97 32

www.diploma.de

Frauenhandel ist Frauenverachtung



TERRE DES FEMMES e.V.

Postfach 2565,
72015 Tübingen

Tel 0 70 71/ 79 73 -0
Fax 0 70 71/ 79 73 -22
info@frauenrechte.de
www.frauenrechte.de

Spendenkonto 881 999

KSK Tübingen
BLZ 641 500 20
Stichwort:
Frauenhandel



Friedhelm Henke bei Kohlhammer



Friedhelm Henke
Christian Horstmann

Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert

Praktische Arbeitshilfen für Lehrende und Lernende unter Berücksichtigung der LA, ATL, A(B)EDL und Themenfelder der SIS zum Übergang in die vereinfachte (entbürokratisierte) Pflegedokumentation

4., überarb. und erw. Auflage 2016
132 Seiten mit 5 Abb. Kart. € 19,-
ISBN 978-3-17-029072-3

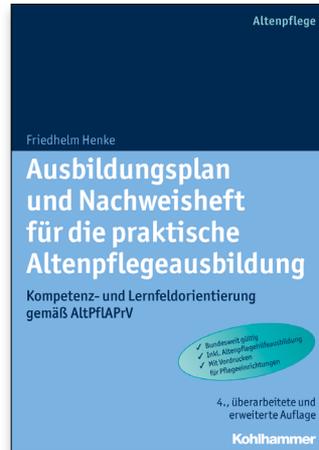


Friedhelm Henke

Formulierungshilfen zur Pflegeplanung

Dokumentation der Pflege und Betreuung nach ATL, ABEDL und entbürokratisierten SIS-Themenfeldern mit Hinweisen aus Expertenstandards, NBA und MDK-Richtlinien

8., überarb. und erw. Auflage 2015
133 Seiten mit 3 Abb. und 4 Tab. Kart. € 18,99
ISBN 978-3-17-028477-7

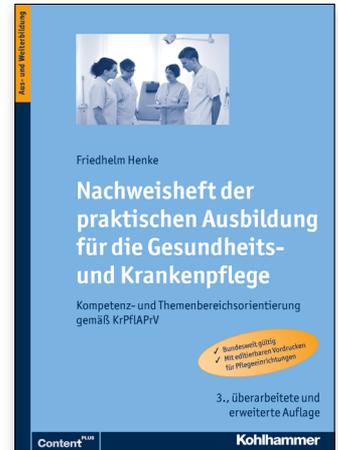


Friedhelm Henke

Ausbildungsplan und Nachweisheft für die praktische Altenpflegeausbildung

Kompetenz- und Lernfeldorientierung gemäß AltPflAPrV

4., überarb. und erw. Auflage 2015
131 Seiten. Kart. € 17,99
ISBN 978-3-17-026844-9



Friedhelm Henke

Nachweisheft der praktischen Ausbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege

Kompetenz- und Themenbereichsorientierung gemäß KrPflAPrV

3., überarb. und erw. Auflage 2012
120 Seiten. Kart. € 26,90
ISBN 978-3-17-022139-0



Friedhelm Henke

Arbeitsbuch für die zusätzliche Betreuungskraft

Qualifizierung der Demenz-, Alltags- und Seniorenbegleitung gemäß §§ 87b und 45b SGB XI

2., aktual. und erw. Auflage 2015
140 Seiten mit 28 Abb. Kart. € 22,99
ISBN 978-3-17-029743-2



Friedhelm Henke

Gute MDK-Prüfungsnoten für die ambulante und stationäre Pflege

Transparenzkriterien kennen und erfüllen

2012. 112 Seiten. Kart. € 15,90
ISBN 978-3-17-022175-8
Pflegekompakt



Friedhelm Henke

Lernfelder der Altenpflege

Fallorientiertes Wissen in Frage und Antwort

2., überarb. und erw. Auflage 2011
238 Seiten. Kart. € 19,90
ISBN 978-3-17-021740-9



Friedhelm Henke
Christian Horstmann

Pflegekniffe von A-Z

Pflegefehler erfolgreich vermeiden

2008. 154 Seiten mit 11 Abb. Kart. € 14,90
ISBN 978-3-17-020048-7
Pflegekompakt

auch als
EBOOK

Die vorgestellten Bücher auf dieser Seite sind auch als E-Book erhältlich.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

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

150 Jahre
Kohlhammer

Hintergründe, Fakten, News ... Die Welt der Pflege auf einen Blick www.kohlhammer-pflege.de

Das Portal für Pflegende

Die Pflegezeitschrift als E-Paper

Auch auf Mobilgeräten bequem lesbar

- **Tagesaktuelle News** aus der Gesundheits- und Pflegebranche
- **Monatlich wechselnde Schwerpunkte:** Pro & Contra, Interviews, Portraits, Diskussionsthemen
- **Aktuelle Studien** der Pflegewissenschaft
- **Zertifizierte Fortbildungsmöglichkeiten** im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP)