

PFLEGE ZEITSCHRIFT

69. Jahrgang •• Juli 2016

7 | 2016

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



www.kohlhammer-pflege.de

Arbeiten im Team^x

Mehr Hände ans Bett

Durch einen Skill-Mix Pflegende entlasten

Mobbing

Rechte und Pflichten von Arbeitgeber und Arbeitnehmer

Musikgeragogik

Biografiearbeit und Aktivierung

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)

Typisch menschlich

MARIA MOSKALEVA

Stellen Sie sich vor, Sie landen wie Robinson Crusoe auf einer einsamen tropischen Insel. Sie und mit Ihnen ein Schimpanse, nennen wir ihn mal Pan, der bisher vom Menschen gefüttert wurde und sich nun in die Freiheit aufmacht. In den nächsten Tagen müssen Sie und Pan wahrscheinlich zum ersten Mal im Leben in der Wildnis Essen und Wasser suchen und einen Unterschlupf für die Nacht finden. Was glauben Sie, wer kommt besser zurecht? Vermutlich Pan. Er würde auf den Baum klettern und eine Banane essend Ihnen zuschauen, wie Sie langsam hungrig werdend erfolglos versuchen, Feuer mit zwei Stöckchen zu machen.

Nun stellen Sie sich aber vor, mit Ihnen und Pan wären auf der Insel noch fünf andere Menschen und fünf weitere Schimpansen gelandet. Während die Gesellschaft anderer Affen Pans Überlebenschancen kaum verbessern würde, wäre die Situation für Sie gänzlich verändert. Während Pan mit anderen Männchen um die Damen der Gruppe und die Bananen stritte, würden Sie und Ihre Gefährten die Aufgaben aufteilen: Einer würde Feuer machen, einer Beeren sammeln gehen, zwei würden aus Ästen einen Unterschlupf bauen und die Geschicktesten könnten die Bäume hinauf klettern und Obst für alle runterholen.

Kooperation ist eine der bemerkenswertesten menschlichen Eigenschaften. Keine andere Art teilt mit uns diese Fähigkeit, ein gemeinsames Ziel zu entwickeln und Aufgaben zu verteilen. Teamwork ist ein echtes Kennzeichen menschlicher Gesellschaften. Genau darum soll es in dem Heft gehen, das Sie in den Händen halten. Im Schwerpunktbeitrag auf der Seite 385 berichten Jürgen Erlhoff und seine Kollegen von den Erfolgen der Arbeitsteilung im Prosper-Hospital. Dadurch, dass pflegefremde Aufgaben von anderen Fachkräften übernommen werden, kommen mehr Hände am Bett zum Einsatz.

Doch wo Menschen sind, da menschtelt es auch. Wenn es im Team zu Konflikten kommt, kann eine Gruppendynamik entstehen, die letztendlich in Mob-

bing resultiert. Ein Arbeitgeber ist verpflichtet, seine Mitarbeiter in diesem Fall zu schützen und – wenn alle Stricke reißen – den Täter zu feuern. Über die Rechte und Pflichten der Arbeitgeber berichtet Martina Weber auf der Seite 397.

Häufig sind Konfliktsituationen für beide Parteien belastend – sie sind weder beabsichtigt noch nötig, denn meist fehlt es bloß an Kommunikation. So kommt es auch beim interprofessionellen Arbeiten manchmal zu Reibereien: Manchmal fehlt es den verschiedenen Berufsgruppen an Verständnis für die Kompetenzen, Aufgaben und Denkweisen der anderen. Um gemeinsames Lernen und Arbeiten drehen sich die beiden Artikel auf den Seiten 394 und 419.

Doch warum gelingt es Menschen, so erfolgreich zu kooperieren, während Pan und seine Artgenossen sich um das Futter streiten? Ein wichtiger Punkt ist natürlich die Sprache, doch auch Tiere kommunizieren miteinander. Viel bedeutender für die Zusammenarbeit ist das Gruppengefühl. Viele Studien belegen, dass Menschen dafür etwas nutzen, was keine andere Spezies kennt: Kunst und Musik. Wir erschaffen etwas, was scheinbar keinem anderen Zweck dient, als uns zu gefallen. Die menschliche Stimme, auch die eines ungeübten Sängers, umfasst mehrere Oktaven, obwohl wir zum Sprechen nur einen Bruchteil dieser Bandbreite nutzen. Es scheint fast, unser Kehlkopf sei geschaffen, um zu singen. Und so ist Kunst auch ein Zugangsweg zu denjenigen, die häufig aus der Gemeinschaft herausfallen: zu Demenzkranken und Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen. Lea Bullerjahn und Heike Bandner-Wappler berichten auf Seiten 414 und 417, wie Musik und Theater Türen öffnen, die man lange für verschlossen gehalten hat.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei einem weiteren typisch menschlichen Verhalten, der Lektüre.

Ihre

Dr. Maria Moskaleva



Foto: benschie/fotolia

Telegramm

Berlin (AGVP) – Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles hat Thomas Greiner, Präsident des Arbeitgeberverbands Pflege (AGVP), und Rainer Brüderle, Präsident vom bpa Arbeitgeberverband, als Vertreter der privaten Pflegewirtschaft in die neue und nunmehr 3. Pflegekommission berufen. Die Kommission soll einen Vorschlag erarbeiten, wie der Pflegemindestlohn ab dem 1. November 2017 erhöht werden soll.

Die Kommission hat die Aufgabe, Empfehlungen zur Festsetzung von Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche im Sinne des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes zu beschließen. Der Pflegemindestlohn, von dem vor allem die Hilfs- und Assistenzkräfte sowie seit 1. Oktober 2015 auch die 45 000 Betreuungskräfte in der Altenpflege profitieren, beträgt zur Zeit 9,75 Euro in Westdeutschland und 9 Euro im Osten. Er wird ab 1. Januar 2017 noch einmal auf dann 10,20 Euro (West) bzw. 9,50 Euro (Ost) kräftig erhöht. Diese Regelung läuft zum 31. Oktober 2017 aus. Es muss in der nunmehr 3. Kommission eine Anschlussregelung gefunden werden.

Thomas Greiner: „Der Pflegemindestlohn hat sich bewährt. Er ist ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Seit Einführung 2009, mit damals noch 8,50 Euro im Westen und 7,50 Euro im Osten, ist er über all die Jahre beachtlich angehoben worden. Er liegt mit bald 10,20 Euro (West) deutlich über dem gesetzlichen Mindestlohn von heute 8,50 Euro. Somit ist Augenmaß gefordert, was künftige Erhöhungen und Laufzeiten angeht. Pflege muss für die Pflegebedürftigen bezahlbar bleiben. Stellen doch die vielen neuen gesetzlichen Regelungen der Bundesregierung in der Altenpflege die Arbeitgeber und Unternehmen vor allem der stationären Pflege zum Teil ohnehin vor enorme finanzielle und personelle Herausforderungen. Richtig ist aber auch: Qualifiziertes und engagiertes Personal muss angemessen bezahlt werden.“

VORSCHAU 8/2016

Schwerpunkt:
Emotionen in der Pflege

Sexualität in der Pflege
Ein Tabu-Thema

Mindfull self compassion
Als Pflegekraft auf sich selbst achten

Nosokomiale Infektionen
Die Rolle der Hygienefachkraft

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 (V.i.S.d.P.)
Tel.: 07 11/78 63-72 15
ruprecht.poensgen@kohlhammer.de

Unter Mitarbeit von

Deutsche Presse-Agentur GmbH (dpa), Hamburg

Wissenschaftliches Editorial Board

Katrin Balzer, Lübeck
Almuth Berg, Halle/Wittenberg
Prof. Marcellus Bonato, Münster
Christa Flerchinger, Frankfurt am Main
Steffen Fleischer, Halle/Wittenberg
Prof. Thomas Fischer, Dresden
Johannes Gräse, Bremen
Dr. Elisabeth Holoch, Stuttgart
Dr. Sascha Köpke, Lübeck
Prof. Christa Lohrmann, Graz
Prof. Rüdiger Ostermann, Münster
Prof. Bernd Reuschenbach, München
Prof. Friederike Störkel, Münster
Dr. 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 Gebrauchs- und 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.

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Verlag und Gesamtherstellung

W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart
Tel.: 07 11/78 63-0

www.kohlhammer-pflege.de
www.kohlhammer.de
pflegezeitschrift@kohlhammer.de

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



ZUR DISKUSSION

383 **Neue Herausforderungen meistern**
Interprofessionelles Handeln im Pflegeberuf
ANDRÉ POSENAU

PFLEGE MANAGEMENT

385 **Durch Skill-Mix mehr Hände ans Bett**
Primary Nursing
JÜRGEN ERLHOFF, FRANK HUISMAN & KATHRIN MOHRENSTECHE

389 **Konzept zur flexiblen Personalplanung**
Pflegepersonalpool an der Charité
ANDREA SCHMIDT-RUMPOSCH

392 **Mitarbeiter weiterqualifizieren und an das Unternehmen binden**
Personalentwicklung
TIM SCHUSTER

394 **Together Everyone Achieves More**
Innovative Projekte zur multiprofessionellen Zusammenarbeit von
Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsberufen
DANIELA SCHMITZ & MANUELA LAUTENSCHLÄGER

RECHT

397 **Arbeitgeber kann zur fristlosen Kündigung verpflichtet sein**
Mobbing im Arbeitsrecht
MARTINA WEBER

PFLEGE PRAKSI S

401 **Arzneimittelmittel in der Pflegepraxis**
Teil 2: Inhalatoren
EVA-MARIA WOLSCHON

404 **Krankenhaushygiene**
Nosokomiale Infektionen: Verbreitung und Risikofaktoren
HARDY-THORSTEN PANKNIN

410 **Kleiner Pikser – hoher Nutzen?**
Das Impfverhalten Pflegender
PATRICK FEHLING

414 **Basales Theater**
Kulturelle Teilhabe und künstlerischer Ausdruck
LEA BULLERJAHN & RAHEL KURPAT

417 **Musikgeragogik: Aktivierung unter Berücksichtigung der Biografie**
Kultur ist kein Luxus. Sie ist eine Notwendigkeit
HEIKE BANDNER-WAPPLER

419 **Toxische (alte) Menschen**
Gelassenheit im gemeinsamen Miteinander
ULRICH BRENNER

PFLEGE WISSENSCHAFT

423 **Cochrane-Review**
Maßnahmen zur Steigerung des Gebrauchs von elektronischen
Gesundheitsinformationen durch medizinisches Fachpersonal
ANDREA KOBLEDER

424 **Warum sie gehen**
Beeinflussende arbeitsplatz- und organisationsbezogene Faktoren der
beruflichen Verweildauer von Pflegepersonen mit bis zu drei Jahren
Berufserfahrung
LEONIE MAIER & MARGARETA JUKIC-PUNTIGAM

PFLEGE PÄDAGOGIK

425 **Auf die Kommunikation in der Pflegepraxis vorbereiten**
Herausforderungen an Pflegepädagogen
ELISABETH HÖWLER

428 **Kompetenzorientierte Anleitung in der Altenpflege**
Generalisierung der Pflegeausbildung
REINHARD BRODEHL



Foto: Hubert Claves/Prosper-Hospital

385 Primary Nursing

„Mehr Hände ans Bett“, ist das Ziel von Jürgen Erlhoff und seinen Kollegen. Sie schildern am eigenen Fallbeispiel, wie die pflegerische Versorgung langfristig sowie prozessorientiert gelingt und wie das Personal im Skill-Mix entlastet wird.



Foto: Thomas Schuster

392 Personalentwicklung

Besonders in der Pflege gilt der Grundsatz „Eine Organisation kann nur so gut sein wie ihre Mitarbeiter“. Doch wie lassen sich Pflegekräfte fördern und an das Unternehmen binden? Tim Schuster erläutert, mit welchen Maßnahmen der Pflegeberuf an Attraktivität gewinnen kann.



Foto: Syda Productions/Fotolia

397 Mobbing im Arbeitsrecht

Mobbing hat unterschiedliche Gesichter: Auch die Übertragung sinnloser oder den Arbeitnehmer überfordernde Aufgaben zählt dazu. Martina Weber zeigt auf, wie sich Betroffene und Arbeitgeber verhalten sollten und welche juristischen Schritte eingeleitet werden können.

- 377 Editorial
- 378 Impressum
- 380 Kurzberichte
- 432 ImPuls der Wissenschaft
- 450 Stellenmarkt/Anzeigen

X = Schwerpunktthema
PR = Peer-Review-Verfahren

Titelbild: Africa Studio/Fotolia

„Der einzig richtige Ansatz für eine Pflege mit Zukunft“ Die generalistische Pflegeausbildung

Potsdam – Der Bundesverband Pflegemanagement setzt sich für eine generalistische Pflegeausbildung mit Schwerpunktbildung ein. Im Rahmen der diesjährigen Landesvorständekonferenz in Potsdam unterstreichen die Verantwortlichen ihre Unterstützung der zentralen Elemente des Gesetzesentwurfs zur Pflegeberufereform.

In dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) werden die drei Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichen Berufsbild zusammengeführt und die Dreigliederung der Pflegeberufe aufgehoben. Ergänzend wird eine gesetzliche Grundlage für eine primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung geschaffen.

Eine jahrelange, fachlich begründete Diskussion der Berufsverbände in der Pflege mit den gesundheitspolitisch Verantwortlichen hat zum vorliegenden Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeberufe geführt. Ein Entwurf, den der Bundesverband Pflegemanagement sehr begrüßt. Aus Sicht des Verbandes ist die generalistische Pflegeausbildung der einzig richtige Ansatz für eine Pflege mit Zukunft.

Mit dem Regierungsentwurf zum Pflegeberufereformgesetz liegt nun endlich die erforderliche Grundlage vor, um die Profession Pflege zukunfts-fähig zu gestalten. Dem Entwurf vorausge-

gangen sind teilweise kontroverse, in der Sache aber immer sehr konstruktive und umfassende Diskussionen, so dass allen Aspekten auch hinreichend Rechnung getragen wurde. Dennoch gibt es nach wie vor kritische Stimmen, die sich gegen die generalistische Ausbildung wenden.

Der Bundesverband Pflegemanagement macht vor diesem Hintergrund deutlich: Der Handlungsbedarf in der Pflege ist hoch. Als berufspolitische Verbandsvertreter können wir uns nicht erlauben, bereits abgeschlossene Diskussionen immer wieder von neuem anzufachen. Dies kostet Zeit und Geld und geht letztlich zu Lasten unserer Patienten. Daher appellieren wir mit dieser Erklärung dringend an alle die im Gesundheitswesen Verantwortung übernehmen, die Zusammenführung der pflegerischen Ausbildung zu einem einheitlichen Berufsbild aktiv im Interesse der auf sie angewiesenen Menschen zu unterstützen.

Der Bundesverband Pflegemanagement unterstützt mit den nachfolgend genannten Kernpunkten die politisch Verantwortlichen und den aktuellen Gesetzesentwurf ausdrücklich:

- Die pflegerischen Berufsbilder können nicht mehr an Altersklassen ausgerichtet werden, zu sehr vermischt sich heute das Bild von geriatrischen Patienten in Akutkrankenhäusern und das von Heimbewohnern mit einem hohem Behandlungspflegebedarf. Diese Vermischung wird in Zukunft

noch zunehmen. Daher ist die Sicherung eines einheitlichen Bildungsstandards in der Pflegeausbildung die notwendige Grundlage für eine sektorenübergreifende, qualitativ hochwertige und sichere Versorgung der Patienten.

- Gleichzeitig schafft die generalistische Ausbildung Wahlmöglichkeiten in der Schwerpunktbildung und bietet Entwicklungsperspektiven, welche die Attraktivität des Pflegeberufs maßgeblich steigern.
- Durch die generalistische Ausbildung erfolgt eine Angleichung an internationale Standards und ermöglicht somit die internationale Anerkennung. Auch dies im Sinne einer weiteren Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs über Grenzen hinweg.

Die Potsdamer Erklärung des Bundesverbandes Pflegemanagement ist ein Ergebnis der Vorständekonferenz im Frühjahr 2016 in Potsdam, da die Landesgruppenvorstände des Verbandes die Befürchtungen der Gegner nicht nachvollziehen können. Seit Jahren schon setzt sich der Bundesverband Pflegemanagement mit der Zukunft der Pflegeberufe und der veränderten Versorgungssituation auseinander. Etliche Mitglieder haben in ihren bundesweit unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen gerade Zusammenführung der Ausbildungen der Pflegeberufe zu einem einheitlichen Berufsbild in Modellversuchen mehrfach erprobt und evaluiert. *(BV Pflegemanagement)*

Männer spenden häufiger Blut als Frauen

Berlin – Sie gelten eigentlich als Arztmuffel, doch bei der Blutspende übertreffen die Männer die Frauen. Das zeigt eine Befragung, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Weltblutspendertag im Juni veröffentlicht hat. Demnach haben 56 Prozent der Männer in ihrem Leben bereits mindestens einmal Blut gespendet. Bei den Frauen liegt der Anteil bei 42 Prozent. Zudem gibt es unter den blutspendenden

Männern mehr Mehrfachspender. Der Unterschied lasse sich möglicherweise damit erklären, dass Männer auch häufiger Blut spenden dürften, sagte die Sprecherin der BZgA, Marita Völker-Albert. Frauen seien häufiger von Ausschlusskriterien für die Blutspende betroffen als Männer. Dazu zählen unter anderem Schwangerschaft und Eisenmangel. Befragt wurden bundesweit 3795 Personen. *(dpa)*



Foto: kasto/fotolia

Schmerzmedizinische Unterversorgung 3,4 Millionen Patienten mit schweren chronischen Schmerzen in Deutschland

Berlin – Immer mehr Menschen in Deutschland sind betroffen: 3,4 Millionen Patienten haben schwere chronische Schmerzen. Dies geht aus Analysen ambulanter Diagnosedaten von ca. 72 Millionen GKV-Versicherten des Bundesversicherungsamtes (BVA) für das Jahr 2014 hervor. Für das Jahr 2013 berechnete das BVA noch 2,8 Millionen Patienten mit chronischen Schmerzen. Daraus ergibt sich eine Zunahme der chronischen Schmerzkrankheit um 21 Prozent innerhalb eines Jahres. Nur 1142 spezielle Schmerztherapeuten sind in Deutschland ambulant tätig.

„Die schmerzmedizinische Unterversorgung in Deutschland steigt weiter an. Wir weisen die politisch Verantwortlichen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Krankenkassen seit Jahren darauf hin. Aber es verändert sich nichts. Das System versagen ist offensichtlich und die Patienten sind die Leidtragenden. Jetzt wird es höchste Zeit, dass der Gesetzgeber eingreift“, erklärte Prof. Dr.

Dr. Joachim Nadstawek, Vorsitzender des Berufsverbands der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD).

Nach einem Volldatensatz des BVA zur vertragsärztlichen Versorgung wurden 2014 im ambulanten Bereich 3.430.300 Mal die ICD-Diagnosen F45.4 Anhaltende Schmerzstörung, F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz und R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz festgestellt. In 2.423.274 Fällen kodierten die Vertragsärzte diese Diagnose über zwei Quartale. Im stationären Sektor wurde in 29.519 Fällen eine „Chronische Schmerzkrankheit“ diagnostiziert.

Der BVSD fordert, eine bislang nicht gegebene flächendeckende schmerzmedizinische Versorgung von Patienten mit

chronischen Schmerzen in Deutschland sicherzustellen. „Bloße Absichtserklärungen lösen den dringenden Handlungsbedarf nicht. Wir appellieren an den Gesetzgeber, die Zügel in die Hand zu nehmen und durch gesetzliche Fristsetzung, die gemeinsame Selbstverwaltung zum Handeln zu zwingen. Denn ohne den notwendigen gesetzlichen Druck wird sich nichts bewegen“, sagt Nadstawek.

Zudem fordert der BVSD den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu schaffen, die dazu führen, dass die Zulassungsausschüsse bei der Neubesetzung von Arztsitzen mit Versorgungsschwerpunkten in Schmerz- oder Palliativmedizin diese wieder gezielt an Ärzte vergeben, die hier ebenfalls tätig sind. Anreize müssten geschaffen werden, dass künftig mehr Ärzte eine Weiterbildung in Spezieller Schmerztherapie absolvierten. (BVSD)

Biosimilars auf dem Vormarsch? Hohes Sparpotenzial bei biotechnologischen Arzneimitteln

Berlin – Bio-Arzneimittel sind teuer. Nun fällt für die ersten der Patentschutz. Die Chancen für Patienten steigen, an billigere Nachahmerprodukte zu kommen – wenn die Ärzte mitmachen.

Durch eine stärkere Nutzung von Nachahmerpräparaten biotechnologisch hergestellter Arzneimittel lassen sich nach Ansicht der Barmer GEK Milliarden einsparen. Dazu müssten allerdings die verschreibenden Ärzte besser über diese sogenannten Biosimilars aufgeklärt werden. In den nächsten fünf Jahren könnten durch solche Nachahmerpräparate die Ausgaben für Arzneimittel um mehr als vier Milliarden Euro gesenkt werden. Das geht aus dem Arzneimittelreport 2016 der Barmer GEK hervor, der im Juni in Berlin vorgestellt wurde.

Bio-Arzneien werden aus lebenden Organismen, oft gentechnisch veränderten Zellen, Bakterien oder Hefen gewonnen. Sie ersetzen nicht nur körpereigene Substanzen, die der Körper nicht mehr produzieren kann, sondern helfen auch etwa bei Rheuma. Die Me-

dikamente sind aber in der Regel sehr teuer. Die Ersatzkasse forderte Ärzte auf, die Einsparmöglichkeit besser zu nutzen. Ein Biosimilar ist im Schnitt etwa 25 Prozent günstiger als das Originalpräparat, also das entsprechende Referenzbiologikum. Einige der umsatzstärksten biotechnologisch hergestellten Medikamente haben kürzlich ihren Patentschutz verloren oder verlieren ihn in Kürze. Damit steigen die Chancen von Patienten, besser an hochwertige Medikamente zu kommen.

Der Pharmaverband Pro Generika, der vor allem Nachahmerprodukte herstellende Unternehmen vertritt, forderte bereits Anfang des Jahres den Gesetzgeber auf, den Arzneimittelmarkt stärker für Biosimilars zu öffnen. In der großen Koalition wird laut Barmer GEK inzwischen über entsprechende Schritte nachgedacht.

Allein bei der Barmer GEK lasse sich in den nächsten fünf Jahren durch eine konsequente Verschreibung von Biosimilars eine halbe Milliarde Euro ein-

sparen. Die Versorgungsqualität leide durch die Nachahmerprodukte nicht, sagte der Vorstandsvorsitzende der Ersatzkasse, Christoph Straub. Und die frei werdenden Mittel könnten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für andere innovative Medikamente verwendet werden.

Ob ein Patient ein Biosimilar erhält, hängt nicht unwesentlich davon ab, wo er zum Arzt geht. Denn die Biosimilarquoten differieren je nach Kassenärztlicher Vereinigung um fast 100 Prozent. Während die Ärzte in Bremen in 54,2 Prozent der Fälle Biosimilars verordnen, sind es im Saarland nur 27,4 Prozent. Medizinisch lassen sich diese enormen regionalen Differenzen nicht erklären, so der Report.

Biopharmazeutika, gentechnisch hergestellte Arzneimittel, verursachen bei der Barmer GEK gut 21 Prozent aller Arzneimittelkosten. Dem Report zufolge sind die Ausgaben für solche Präparate zwischen 2010 und 2015 um mehr als 40 Prozent gestiegen. (dpa)

Zu viele unentdeckte Infektionen

Experten fordern: Häufiger auf HIV und Hepatitis testen

Würzburg – Rund 400.000 Menschen in Deutschland tragen das Hepatitis C-Virus in sich – viele davon als sogenannte Alt-Infektion, die schon vor Jahren erworben und noch nicht diagnostiziert wurde. Ebenso leben hierzulande geschätzte 13000 Menschen mit einer unentdeckten HIV-Infektion. Beide Erkrankungen machen sich oft erst viele Jahre nach der Infektion bemerkbar, können unbehandelt aber zu schweren und häufig lebensverkürzenden Folgeerkrankungen führen. Allzu oft verdrängen Patienten das Risiko einer Ansteckung, beispielsweise bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr oder Drogenkonsum, vor allem, wenn er bereits lange zurückliegt. Aber auch Ärzte führen besonders bei Patienten, die nicht zu sogenannten Risikogruppen gehören, zu selten entsprechende Tests durch. Denn trotz breiter Aufklärung unterliegen Hepatitis und HIV noch immer einem Stigma.

Hepatitis C und HIV werden über das Blut übertragen, vor allem durch ungeschützte Sexualkontakte, intravenösen Drogenkonsum und unter bestimmten

Umständen im Rahmen der Geburt. Beide Infektionen lassen sich einfach diagnostizieren und wirksam behandeln. Dank der antiretroviralen Therapie haben HIV-Patienten eine nahezu gleiche Lebenserwartung wie Menschen ohne HIV. Hepatitis C (HCV) lässt sich aufgrund großer Therapiefortschritte seit 2014 bei mehr als 90 Prozent der Fälle vollständig heilen.

Es sei ein Meilenstein der medizinischen Forschung, dass Ärzte diese vor einiger Zeit noch häufig tödlichen Infektionen nun zuverlässig diagnostizieren und behandeln können, so Professor Dr. med. Hartwig Klinker, der die Infektiologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik II am Universitätsklinikum Würzburg leitet. „Umso schwerwiegender ist es, dass uns immer wieder Patienten begegnen, deren Infektion zu spät erkannt wird“, sagt der Infektiologe. „Manche Patienten mit einer verschleppten Hepatitis leiden dann schon unter schweren Folgeschäden wie einer Leberzirrhose, die wir bei rechtzeitiger Behandlung hätten verhindern können.“ Tests müss-

ten daher häufiger und mit einer größeren Selbstverständlichkeit durchgeführt werden.

Nach wie vor wären diese Infektionen und die damit verbundene gesellschaftliche Stigmatisierung so gefürchtet, dass viele Menschen trotz möglicher Infektions-Situationen auf einen klärenden Test verzichten. Bleibt eine Hepatitis- oder HIV-Infektion unerkannt, verbreitet sich das Virus unbemerkt im Körper und kann unheilbare Schäden verursachen. Ebenso steigt mit der Verbreitung der Viren auch die Gefahr, andere Menschen anzustecken.

Bekannt ist, dass an HIV oder Hepatitis Erkrankte häufig im Drogenmilieu oder unter Homosexuellen zu finden sind. Gerade dies führe aber dazu, dass Menschen, die nicht diesen Risikogruppen angehörten, die Möglichkeit einer Infektion zu selten in Betracht ziehen, so Klinker. Denn gefährdet sind neben den Genannten beispielsweise auch Menschen, die früher – möglicherweise auch nur für einen kurzen Zeitraum – Drogen intravenös konsumiert haben, unabhängig von der sexuellen Orientierung sporadisch ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten oder aus Ländern stammen, in denen HIV und Hepatitis häufig vorkommen. Eine Bluttransfusion vor Verfügbarkeit geeigneter Nachweismethoden (HIV vor 1985, HCV vor 1990) sollte ebenfalls Anlass für einen Test sein.

„Entscheidend ist, dass wir uns weiter um Prävention und Aufklärung bemühen und Barrieren für Tests abbauen“, sagt Professor Klinker. Manche Auffälligkeiten können Hinweise auf eine HIV-Infektion geben. Dazu gehören laborchemische Blutbildveränderungen oder Eiweißverschiebungen, aber auch Haut- und Schleimhauterkrankungen – beispielsweise Dellwarzen, seborrhoische Ekzeme oder eine Gürtelrose. Daneben können vergrößerte Lymphknoten oder Symptome wie Gewichtsabnahme, Fieberschübe und anhaltender Nachtschweiß wegweisend sein. Wenn derartige Symptome auftreten, sollte der behandelnde Arzt einen HIV-Test durchführen, auch wenn der Patient nicht zu einer HIV-Risikogruppe gehört.

(Medizinkommunikation)



Foto: jarun011/Fotolia

› Neue Herausforderungen meistern

Interprofessionelles Handeln im Pflegeberuf

ANDRÉ POSENAU

Die Gesellschaftsstruktur verändert sich stetig, und mit ihr auch das Gesundheitssystem und die daraus resultierenden Anforderungen. Aber welche Veränderungen sind relevant für die Pflege und welche haben Auswirkungen auf das Tätigkeitsprofil? Ohne Frage wird sich durch die Zunahme älterer, chronisch-kranker und zunehmend multimorbider Klienten das Behandlungsspektrum verändern. Hinzu kommen jedoch auch ökonomische Aspekte – es fehlen plump gesagt die finanziellen Mittel, was eine stärkere Abstimmung zwischen den Professionen erfordert, um Über- oder Fehlversorgung zu vermeiden. Auf der Versorgungsebene stellen die Aufhebung der sektoralen Grenze zusammen mit dem hohen Innovationsgrad im Gesundheitswesen ebenfalls neue Anforderungen an die Pflegeprofession (Sachverständigenrat 2007, S. 19ff.). Aber wie kann man adäquat auf all diese Entwicklungen reagieren?

Zwei aktuelle Entwicklungen haben das Potenzial, die Zukunft des Gesundheitswesens maßgeblich und nachhaltig zu verändern: Das ist zum einen die Digitalisierung, die besonders hinsichtlich der Verschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich Koordinationsmöglichkeiten zwischen den Professionen bietet. Sie ermöglicht dadurch, die Versorgungsleistung individueller und qualitativ hochwertiger am Klienten auszurichten. Zum anderen ist es die Interprofessionalität, also eine besondere Form der Kooperation zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen. Diese wird schon in Ansätzen in der Praxis erprobt, wie es z.B. bei ambulant-arbeitenden interprofessionellen Teams, dem transsektoralen Case-Management und den stationären hochspezialisierten Behandlungsteams der Fall ist (Sachverständigenrat 2007).

Ist eine interprofessionelle Versorgung wirklich besser?

Was sich aber im Einzelfall durch eine erhöhte Kooperation verbessert, wird von vielen Vertretern aus den Gesundheitswissenschaften unterschiedlich gesehen. Üblicherweise werden aber

nach Thylerfors et al. (2005) fünf Argumente genannt, die für die Integration von interprofessionellen Teams sprechen:

1. Bei komplizierten Krankheitsbildern profitieren die Mitglieder der behandelnden Gruppe und der Klient von den Kompetenzen der anderen Mitglieder. Durch die Kooperation entsteht ein eher holistisches Bild vom Klienten anstelle eines fragmentierten. Dies optimiert letztendlich die Versorgungsleistung.
2. Die Effizienz einer interprofessionellen Behandlung ist höher als die einer monoprofessionellen Versorgung.
3. Die Zufriedenheit des Klienten wird durch die interprofessionelle Versorgung erhöht.
4. Die Teams, die interprofessionell arbeiten, lernen die Kompetenzen der anderen Professionen im Kontrast zu den eigenen kennen und erhöhen dadurch ihre Versorgungsqualität.
5. Die Zufriedenheit der Akteure mit ihrer Arbeitsleistung ist in interprofessionellen Teams höher, und sie erfahren mehr soziale Unterstützung während ihrer Tätigkeit.

Die Gründe klingen zunächst plausibel. Sie sind aber größtenteils nicht empirisch fundiert belegt. Und dies scheint mir in der aktuellen Diskussion eines der größten Probleme zu sein, da Argumente fehlen, wenn neue Formen der Kooperation im Gesundheitswesen etabliert werden sollen. Die meisten Aussagen über die Effektivität oder effiziente Teamstrukturen basieren entweder auf Erfahrungen einzelner Beteiligter oder kleinen internationalen Fallstudien (Thylerfors et al. 2005, S. 104). Dies rechtfertigt noch nicht, dass es in Zukunft nur so und nicht mehr anders geht. Zudem lässt die Forschungslage in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu wünschen übrig: Es gibt weder einen Beleg für die krankheitsspezifische effizienteste Kooperationsform noch für Ausbildungs- oder Schulungsoptionen (Walkenhorst et al. 2015, S. 14). Dies hat auch damit zu tun, dass die Interpretation dessen, was Interprofessionalität ist und kann, in vielen Fällen sehr heterogen ist (WHO 2013, S. 4f.).

Kooperative Versorgungsformen

Alleine die Zusammenarbeit der Akteure in der Versorgung eines Klienten reicht noch nicht aus, um wirklich von einem interprofessionellen Team sprechen zu können. Ausgangspunkt bei der Betrachtung von Kooperationsformen ist der Klient im Mittelpunkt. Aber wie positionieren sich die Professionen im Gesundheitswesen um den Klienten herum und wie koordinieren sie ihre gemeinsame Arbeit? Um Interprofessionalität zu fassen eignet sich die Differenzierung in multi-, trans- und interprofessionelle Zusammenarbeit. Hierdurch werden die Unterschiede der Zusammenarbeit am deutlichsten greifbar.

- Bei der multiprofessionellen Versorgung agieren mehrere Professionen unabhängig und ohne großen Bezug aufeinander. Die Beteiligten konfrontieren sich meist mit den Ergebnissen ihrer Arbeit in dokumentierter Form. Der Fokus der Arbeit liegt auf der professionsspezifischen Aufgabe und nicht auf dem gemeinsam zu gestaltenden Genesungsprozess.
- Interprofessionelle Versorgung hingegen ist gekennzeichnet von der Verzahnung der Profession und der gemeinsamen Koordination des Handelns, wodurch sich Synergien ergeben können, die dem Klienten zugutekommen. Alle Akteure handeln dabei, und dies ist meinen Augen eine Kerndifferenzierung gegenüber der multiprofessionellen Versorgung, gleichberechtigt und auf Augenhöhe.
- Transprofessionelle Versorgung ist ein weiterer Schritt zur Versorgung durch ein Team, das sich durch die Kompetenzen seiner Teile definiert und nicht durch die Grenzen der eigenen Profession.

Diese drei Formen dürfen durchaus als ein Kontinuum an Kooperation verstanden werden, das Klientenorientierung als Ziel hat (nach Thylerfors et al. 2005, S. 105).

Die Zusammenarbeit findet in den meisten Fällen vor und nach dem Klientenkontakt statt, indem die beteiligten Akteure ihr Handeln aneinander orientieren und sich nicht nur mit den Ergebnissen ihres Handelns konfrontieren. Es gibt zwar auch Situationen, in denen auch während der Interaktion mit dem Klienten interprofessionell gehandelt wird, üblicherweise ist dies jedoch nicht der Fall (Posenau 2016).

Verzahnung der Handlungen

Gesellschaftliche Entwicklung – schön und gut –, aber wie kommen wir dahin, dass Pflegekräfte und andere Akteure im Gesundheitswesen ihre Anstrengungen

zur Kooperation untereinander erhöhen? Hier sind zwei Perspektiven zur Entwicklung dieser Kompetenz in der Praxis möglich. Zunächst einmal müssen die Vorteile des interprofessionellen Handelns für die tägliche Arbeit und für die Versorgung der Klienten im Studium und in der Ausbildung deutlich gemacht werden. Dazu braucht es didaktische Konzepte, ausgebildete Lehrkräfte und Curricula, die zum jetzigen Zeitpunkt erst in Ansätzen vorhanden sind (Walkenhorst et al. 2015, S. 15ff.). Kern der aktuell existierenden Curricula ist in den meisten Fällen die Annahme, dass das von-, mit- und übereinander Lernen das zentrale Anliegen der interprofessionellen Ausbildung sein muss, um sich auf die neuen Herausforderungen der Zukunft einzustellen (CAIPE 1997).

Um interprofessionelle Arbeit flächendeckend und zeitnah zu erreichen, reicht dies jedoch nicht. Es bedarf zusätzlich empirisch fundierter Fortbildungskonzepte oder berufsbegleitender Studiemöglichkeiten, die an den Strukturen der Institutionen und an den individuellen Problemen orientiert Inhalte vermitteln und die Vorteile des koordinierten Handelns erarbeiten. Denn letzten Endes wird der initiative Mehraufwand, den es bedarf, um die neuen Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln, nur geleistet, wenn der Vorteil für jede einzelne Profession deutlich wird.

Wie kann die Pflege davon profitieren?

Der Pflege kommt dabei in vielen Fällen eine besondere Rolle zu, da die aktuellen Entwicklungen das Potenzial einer Rollenexpansion bieten. Denn um den neuen Anforderungen gerecht zu werden, wird es unumgänglich sein, der Pflege eine größere Handlungsautonomie und neue, qualitativ hochwertige Tätigkeiten zu übertragen. Diese müssen von den Pflegekräften eigenständig

geplant, durchgeführt und evaluiert werden. Somit schaffen die neuen Rahmenbedingungen und der Aufbau von erweiterten und integrativeren Kooperationsstrukturen eine neue, koordinative Funktion für den Pflegeberuf (Sachverständigenrat 2007, S. 23f.). Durch die mit Abstand meisten Klientenkontakte im ambulanten Bereich und die dadurch vorhandenen umfassenden Kenntnisse über die Klienten ergibt sich die Chance, federführend die Behandlung zu koordinieren, anstatt nur auf Anweisung reagieren zu können, was dem Selbstverständnis aller Pflegenden nur guttun wird. <<



Literatur

CAIPE (1997) Interprofessional Education – A definition. CAIPE Bulletin, 13, 19.

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

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitssystem (2007) Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>, Zugriff am 18.04.2016.

Thylerfors I., Persson O. & Hellström D. (2005) Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. Journal of Interprofessional Care 19, 102–114.

Walkenhorst U., Mahler C., Aistleithner R., Hahn E.G., Kaap-Fröhlich S., Karstens S. et al. (2015) Position statement GMA Committee – “Interprofessional Education for the Health Care Professions”. GMS Z Med Ausbild 32, Doc22. <http://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2015-32/zma000964.pdf>, Zugriff am 18.04.2016.

WHO (2013) Interprofessional collaborative practice in primary health care: nursing and midwifery perspectives: six case studies. (Human Resources for Health Observer, 13). http://www.who.int/entity/hrh/resources/IPE_SixCaseStudies.pdf?ua=1, Zugriff am 18.04.2016.

Autorenkontakt:

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

Zusammenfassung

Da sich die Zusammensetzung unserer Gesellschaft verändert, verändern sich auch die Anforderungen an die Akteure im Gesundheitswesen. Neben dem Digitalisierungstrend im Gesundheitswesen ist eine ausgeprägtere Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen unabdingbar, um die Versorgungsleistung in Zukunft klientenorientiert leisten zu können.

Schlüsselwörter: *Interprofessionalität, Interprofessionelle Kommunikation, Versorgungsformen*

> Primary Nursing

Durch Skill-Mix mehr Hände ans Bett

JÜRGEN ERLHOFF, FRANK HUISMAN & KATHRIN MOHRENSTECHE

Wirtschaftlicher Druck, Mangel an personellen und monetären Ressourcen und demografische Entwicklung sind beispielhaft genannte Schlagworte, die berechtigterweise immer wieder angeführt werden, wenn über Problematiken im Gesundheitssystem und insbesondere in der stationären Versorgung diskutiert wird. Pflege und Medizin diskutieren hierbei auf Grundlage ihrer jeweiligen Expertise unter den Aspekten des Nötigen, des Machbaren und nicht zuletzt unter dem Aspekt der Zuweisung finanzieller Mittel. Nicht der jeweilige Experte bestimmt im Wesentlichen, was gemacht wird, sondern der „Geldgeber“. Krankenhäuser sind, bei aller Berechtigung fachlich geführter Diskussionen, Betriebe wie jeder andere auch. Unter diesem Blickwinkel müssen sie von den Geschäftsleitern und den „Verwaltungen“ auch geführt werden, damit sie am Markt bestehen können.

Die Pflege stellt in jedem Krankenhaus die größte Berufsgruppe. Es ist schwierig, ihren Anteil am „Wertschöpfungsprozess“ darzustellen, also zu bestimmen, welchen Anteil an den Einnahmen eines Krankenhauses der Pflege zuzuschreiben ist. Aber es ist leicht, den Anteil der Kosten zu bestimmen, die die Berufsgruppe Pflege „verursacht“: Als größte Berufsgruppe verursacht sie den größten Anteil an den Personalkosten. Da ist man schnell versucht, Kosten zu senken, indem man die Stellenpläne reduziert. Bedenkt man dann noch, dass, abzüglich der medizinischen Versorgung, oftmals die ganze restliche Versorgung der Patienten auf der Station unter „Pflege“ zusammengefasst wird, dann wird klar, worüber die Kollegen abseits aller theoretischen Diskussionen in ihrem Alltag klagen.

Im Prosper-Hospital wurden Veränderungen initiiert, die Auswirkungen auf alle Bereiche des Krankenhauses haben. An deren (vorläufigen) Ende stehen folgende Ergebnisse:

- hausweite Einführung des „Primary Nursing“ als Organisationsform der Pflege
- Umsetzung eines Skill-Mix
- weitestgehende Entlastung der Pflege von pflegefremden Aufgaben
- Erhöhung der Anzahl der Mitarbeiter zur „stationären Versorgung“ der Patienten durch die oben genannten Punkte („Mehr Hände ans Bett“)

- Einhaltung des pflegerischen Personalbudgets
- Zusammenlegung von jeweils zwei Stationen einer Ebene zu einer Station
- Verschlankeung der Leitungshierarchie der Pflege
- Verbesserung des Schnittstellenmanagements
- fortlaufende Prozessoptimierung

Ausgangslage

Das Prosper-Hospital ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung innerhalb des Klinikverbundes Vest Recklinghausen mit einer Kapazität von 530 Betten und zwölf Kliniken/Fachabteilungen:

- Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie



Abbildung: Kathrin Mohrenstecher/Prosper-Hospital

- Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie
- Koloproktologie
- Geriatrie und Rehabilitation mit Tagesklinik
- Gynäkologie und Geburtshilfe mit anerkanntem Brustzentrum (Senologie)
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde einschließlich Kopf- und Halschirurgie
- Medizinische Klinik I (Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie, Infektionskrankheiten)
- Medizinische Klinik II (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie; internistische Intensivmedizin)
- Medizinische Klinik III (Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Dialyse)
- Urologie
- Anästhesie und operative Intensivtherapie
- Radiologie und Nuklearmedizin

Die Pflege war nach dem Prinzip der Bereichspflege organisiert. Auf 17 Stationen mit jeweils bis zu 36 Betten kümmerten sich die Mitarbeiter der Pflege um die gesamte stationäre Versorgung der Patienten. Unterstützt wurden die nahezu ausschließlich dreijährig examinierten Kollegen von halbtags arbeitenden medizinischen Fachangestellten in den Stationssekretariaten und ebenfalls vormittags arbeitenden Servicekräften.

Aufgrund von gegebenen Stellenplänen, Ausfällen von Mitarbeitern, ge-



Patiententransport wird mithilfe der Rettungsassistenten, Rettungsassistenten und Rettungshelfer organisiert.



Eine Diätberaterin erfasst die Speisewünsche. Eine weitere qualifizierte Mitarbeiterin überwacht die Nahrungsaufnahme.

stiegenen Fallzahlen und gleichzeitiger Verweildauerverkürzung kam es immer wieder zu Engpässen in der Patientenversorgung. Auch systemische Faktoren spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle. Diese ergeben sich aus der Kombination der jahrelang gewachsenen Strukturen der einzelnen Krankenhäuser und den geänderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen.

Strategie

Nun wurde eine Strategie erarbeitet, Veränderungen herbeizuführen, die es ermöglichen, langfristig die adäquate pflegerische Versorgung bei den gegebenen wirtschaftlichen Vorgaben zu sichern.

Die Einführung eines Skill-Mix unter dem Motto „Mehr Hände ans Bett“ in Kombination mit der Reorganisation der Pflege nach dem System des „Primary Nursing“ schien uns die Lösung zu sein, nicht nur die aktuelle Situation zu verbessern, sondern auch um sich strategisch den voraussehbaren Problemen der Pflege zu stellen. Durch einen umfassenden Skill-Mix können die vorhandenen Mitarbeiter der Pflege – dreijährig Examinierte und Pflegeassistenten – soweit entlastet werden, dass sie ihre gesamte Dienstzeit der pflegerischen Versorgung ihrer Patienten widmen können. Primary Nursing (PN) ist unserer Meinung nach die geeignete Organisationsform, um dem pflegerischen Anspruch Genüge zu tun und den Mitarbeiterinsatz im

Skill-Mix zu koordinieren. Im PN werden zum einen die Verantwortlichkeiten klar geregelt und es orientiert sich zum anderen am Prozess. PN und Skill-Mix werden als Kernelemente der Veränderungen im Prosper-Hospital im Folgenden beschrieben. An dieser Stelle sei erwähnt, dass eine wesentliche Voraussetzung zur Umsetzung dieser Maßnahmen die Abkehr weg von Stellenplänen im betriebsführenden Bereich hin zu einem vereinbarten Personalbudget ist, über das der Pflegedirektor frei verfügen kann.

Primary Nursing im Prosper-Hospital

Primary Nursing wurde in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts von Marie Manthey mit- und weiterentwickelt. Dies geschah damals aus der Notwendigkeit heraus, dass es für die stationäre Versorgung der Patienten nicht genügend qualifiziertes Personal gab. Ein herausragendes Kernelement dieser Organisation ist, dass einer namentlich benannten, qualifizierten Pflegekraft (Primary Nurse) die Verantwortung für die Pflege einer definierten Anzahl von Patienten übertragen wird. Diese steuert nun analog zum Pflegeprozess nicht nur die rein pflegerische Versorgung, sondern (im besten Fall in Kooperation mit dem ärztlichen Dienst) den gesamten Versorgungsprozess auf der Station. Bezogen auf die Pflege übernimmt sie die Verantwortung für den Pflegeprozess. Neben ihrer aktiven Tätigkeit im

Prozess kann sie einzelne Tätigkeiten im Rahmen der Versorgung auch an andere geeignete Mitarbeiter delegieren. Die Mitarbeiter können dabei z.B. andere Examinierte oder Pflegeassistenten sein oder über eine andere Qualifikation verfügen. Sie werden als Associate Nurse (AN) bezeichnet. Was die PN anordnet, wird umgesetzt, sofern ein aktueller Anlass nicht zu einer Neubewertung führt. Das hat zwei Effekte: Zum einen kommen wir weg von einer diffusen Verantwortung im Rahmen der Bereichspflege hin zu einer personalisierten Verantwortung und zum anderen wird so der Mitarbeitereinsatz im Rahmen des Skill-Mix koordiniert. Eine PN übernimmt im Prosper-Hospital die Verantwortung für acht bis zehn Patienten. Aufgaben der Pflegeplanung und die Evaluation der Pflege werden nicht delegiert.

Erwähnenswert an dieser Stelle ist, dass sich mit der Einführung des PN in unserem Hause die Rolle der Leitungen komplett verändert hat. Sie arbeiten i.d.R. nicht mehr am Patienten, sondern sind für das Management der Station zuständig. Die Leitung sorgt dafür, dass gepflegt werden kann und wird, die PN bestimmt, wie gepflegt wird.

Die Vorbereitung der zeitgleich verlaufenden Teilprojekte „Einführung des PN“, „Einführung eines Skill-MIX“ und „Zusammenlegung der Stationen“ dauerte etwa ein Jahr. Eine überschaubare Arbeitsgruppe unter Leitung von Frank Huisman übernahm die Vorbereitung



Foto: Hubert Claves/Prosper-Hospital

Hotelfachkräfte können aufgrund Ihrer Qualifikation sowohl im Restaurantbereich ...

und Koordination der nötigen Maßnahmen. Zu nennen sind hier:

- Literaturstudium
- Hospitationen
- Fortbildungen
- hausinterne Vorträge von Kollegen anderer Häuser, die bereits PN eingeführt hatten
- Neustrukturierung der Leitungsebene (waren früher je Ebene bis zu fünf Leitungen vorhanden, gibt es im Pflegedienst der bettenführenden Abteilungen nur noch den Pflegedirektor, zwei Pflegedienstleitungen und sieben Stationsleitungen)
- Bestimmung der Modalitäten zur Übernahme der Rolle der „PN“

- Einführung von Stellen- und Aufgabenbeschreibungen für alle Berufsgruppen des Pflegedienstes sowie die Einführung von Einarbeitungskatalogen für jeden Bereich.

Schon im ersten Jahr organisierten wir die hausinterne PN-Schulung, die nun im vierten Jahr, 104 Stunden umfassend, modular aufgebaut und für Teilnehmer aus allen Häusern offen, stattgefunden hat. Das Wichtigste in der Vorbereitung und in der Umsetzung ist jedoch, Transparenz zu schaffen und Berufsgruppen auf allen Ebenen Informationen zu geben. Die Einführung wurde „Stockwerkweise“ durchgeführt und von einem Mitarbeiter der Pflegedirektion vor Ort begleitet.

... als auch in Stationssekretariaten eingesetzt werden.

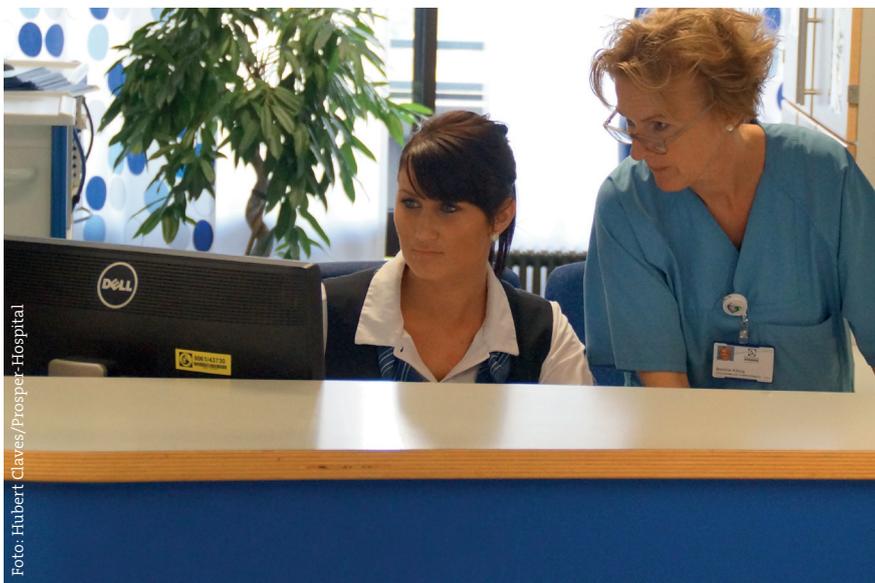


Foto: Hubert Claves/Prosper-Hospital

Skill-Mix im Prosper-Hospital

Ziel der Einführung eines Skill-Mix ist es, das Pflegepersonal weitestgehend von pflegefremden Arbeiten zu entlasten. Dazu wurden zunächst einmal die Mitarbeiter und die Leitungen befragt, um deren Einschätzung über pflegefremde Tätigkeiten zu erfahren. Anschließend wurden die Prozesse analysiert. Hierzu wurde jede einzelne Tätigkeit im Stationsalltag bestimmt und der jeweilige Zeitaufwand erfasst. Im Sinne klassischer Stellenbildung wurde anschließend die passende Qualifikation für die jeweiligen Aufgaben bestimmt. Bei der Auswahl der Mitarbeiter zeigte sich,

dass die neu zum Pflegedienst gehörenden Berufsgruppen für die Verrichtung dieser Tätigkeiten aufgrund ihrer Ausbildung zum Teil deutlich besser qualifiziert sind. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, dass diese Tätigkeiten nun zu angemessenen Kosten erbracht werden. Die praktische Umsetzung des Skill-Mix wurde dabei so vollzogen, dass die jeweiligen Stellen dann besetzt wurden, wenn die Mittel dafür zur Verfügung standen. Änderungskündigungen oder gar Kündigungen konnten so vermieden werden.

Letztlich konnte so die Anzahl der Mitarbeiter im Pflegedienst erhöht („Mehr Hände ans Bett“) und gleichzeitig das Budget eingehalten werden. Die Entlastung des Pflegedienstes von pflegefremden Aufgaben wird in der folgenden Übersicht dargestellt:

- Die auffälligste Neuerung in unserem Hause ist der Einsatz von Hotelfachkräften. Diese können aufgrund ihrer Ausbildung und entsprechender Einarbeitung vor Ort nahezu universell eingesetzt werden. Sie arbeiten in den Stationssekretariaten, an der Information (Empfang), im Stationservice und in der Hauswirtschaft. Auf der Station arbeiten sie eng mit den Servicekräften zusammen, so dass der Service innerhalb des Hauses deutlich gesteigert werden konnte. In der Kombination dieser beiden Berufsgruppen konnte erreicht werden, dass der Stationservice und die Sekretariate bis in den frühen Abend besetzt sind. Weiterhin konnten so auf den Stationen auch Restaurantbereiche eingerichtet werden,

in denen sich die Patienten vom Buffet bedienen können.

- Es wurde ein softwaregesteuerter Transportdienst installiert. Rettungsassistenten, Rettungssanitäter und Rettungshelfer übernehmen die Patiententransporte sowie Materialtransporte innerhalb des Hauses.
- Auf jeder Station werden die Medikamente von pharmazeutisch-technischen Assistenten gerichtet. Es entfällt das „Tablettenstellen“ in der Nacht, welches zudem sehr anfällig für Fehler war.
- Die Erfassung der Speisewünsche geschieht durch Menueerfasser und Diätberater. Eine qualifizierte Mitarbeiterin überwacht in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst die ausreichende Nahrungsaufnahme speziell bei Älteren oder demenziell Erkrankten.
- Die Blutentnahme auf den Stationen wird von eigens dafür abgestellten medizinischen Fachangestellten durchgeführt.

Jeder Kollege, der diese Tätigkeiten macht oder machen musste, kann sich vorstellen, wie viel Zeit sie in Anspruch nehmen. Zeit, die der Pflege nicht zur Erfüllung ihrer originären Aufgabe zur Verfügung steht.

Fazit

Was hier in aller Kürze dargestellt ist, nahm bis heute knapp fünf Jahre in Anspruch. Für uns ist es ein Erfolgsmo-

dell. Auch der Pflegedienst im Prosper-Hospital hat es in der heutigen Zeit nicht „leicht“. Wir sind uns jedoch sicher, es „leichter“ zu haben, als wenn wir nicht aktiv geworden wären und weitergemacht hätten wie gewohnt. Keiner unserer Mitarbeiter möchte zurück zum Altbekanntem. Es ist ein fortlaufender Prozess angestoßen worden, der sich auf alle Bereiche des Krankenhauses ausgeweitet hat. Veränderungen in einem Bereich haben immer Auswirkungen auf andere Bereiche. Auf der praktischen Ebene haben wir professionell gearbeitet. Dazu war es nötig, nicht nur auf die tägliche Herausforderung zu reagieren, sondern vorausschauend und aktiv tätig zu werden. Wenn auch – wie eingangs angedeutet – der finanzielle Rahmen durch die „Geldgeber“ vorgegeben sein mag, so liegt es doch an der Pflege, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um sich in ihrem Fachbereich selbstbestimmt bewegen zu können. Denn: Wer nur reagiert, wird eines Tages dirigiert. <<

Zusammenfassung

Verkürzte Liegezeiten, gestiegene Fallzahlen, festgesetzter Stellenplan in der Pflege – all dies führt zu Unzufriedenheit bei Pflegekräften und somit auch bei Patienten.

Durch einen Skill-Mix und Umstrukturierungen sind im Prosper-Hospital jetzt aber „mehr Hände am Bett“.

Die Einführung des Primary Nursing in angepasster Form sorgt für klare Verantwortlichkeiten in der Pflege. Gleichzeitig ermöglicht ein eigenes Budget speziell für den Pflegebereich dem Pflegedirektor, einen Skill-Mix einzuführen. Entsprechend werden für die pflegefremden Tätigkeiten geeignete Berufsgruppen eingesetzt, so dass die examinierten Pflegekräfte mehr Zeit für ihre eigentliche Aufgaben haben. Dieser Mix sorgt für eine deutlich höhere Zufriedenheit bei den Mitarbeitern und somit auch bei den Patienten.

Schlüsselwörter: *Primary Nurse, Skill-Mix, „Mehr Hände am Bett“, Personalbudget*

Autorenkontakt:

Jürgen Erlhoff, Dipl.-Pfleger (FH),
Pflegedienstleitung am Prosper-Hospital
Mühlenstr. 27; 45659 Recklinghausen
Kontakt: juergen.erlhoff@prosper-hospital.de

Frank Huisman, Dipl.-Pflegermanager,
Krankenhausbetriebswirt, Pflegedirektor
am Prosper-Hospital
Mühlenstr. 27; 45659 Recklinghausen
Kontakt: frank.huisman@prosper-hospital.de

Kathrin Mohrenstecher, B.Sc. Gesundheitsökonomie, Projektleitung der Pflegedirektion im Prosper-Hospital, Mühlenstr. 27; 45659 Recklinghausen
Kontakt: Kathrin.Mohrenstecher@prosper-hospital.de

> Pflegepersonalpool an der Charité

Konzept zur flexiblen Personalplanung

ANDREA SCHMIDT-RUMPOSCH

Krankenhäuser als wirtschaftliche Betriebe stehen gleichermaßen vor der Herausforderung, dem demografischen Wandel und dem Fachkräftemangel zu begegnen. Es gilt, zukunftssichernde Strategien zu entwickeln. Mit der Etablierung eines Personalpools können zum einen Personalressourcen flexibel und effizient eingesetzt werden und zum anderen stellt ein Personalpool auch eine Maßnahme zur Personalbindung, -entwicklung sowie Personalgewinnung dar. Andrea Schmidt-Rumposch berichtet, wie eine der größten deutschen Universitätskliniken, die Berliner Charité, einen Personalpool etabliert hat.

flexible Arbeitszeitgestaltung im Personalpool die Möglichkeit, weiterhin ihren Beruf auszuüben und die eigene berufliche Weiterentwicklung voranzutreiben sowie Familie und Beruf unter einen Hut zu bekommen. So konnten Pflegekräfte parallel zum Beispiel ein Studium absolvieren oder sich um ihre Familie kümmern und weiterhin in der Pflege tätig sein. Der Personalpool wurde kontinuierlich an den Entwicklungen in der Gesundheitspolitik und -wirtschaft und den Notwendigkeiten im Unternehmen ausgerichtet. So entstand neben dem Normalpflegepool ein Pool für Intensivpflege sowie für Sitzwachen.

Der Personalpool als Steuerungsinstrument

Mit einem Personalpool hat ein Unternehmen ein effektives Steuerungsinstrument, um Leistungsschwankungen und kurzfristige Ausfälle in einzelnen Bereichen abfedern zu können. Die Steuerung sollte daher zentral erfolgen. In der Charité ist der Personalpool im Zentralen Pflegecenter (ZPC) bei der Pflegedirektion angesiedelt. Die Leitung des Zentralen Pflegecenters ist für die Einsatzplanung und Steuerung der Poolmitarbeiter nach festgelegten Vergabekriterien verantwortlich.

Leiharbeit in der Pflege – ein Personalpool als Alternative!

Durch den Abbau von Pflegestellen im Krankenhausbereich hat der Einsatz von Leiharbeit in den letzten Jahren stetig zugenommen (Bräutigam et al. 2010, Abbildung 1).

In vielen Unternehmen ist die Leiharbeit mittlerweile zu einem festen Bestandteil in der Personalplanung geworden. Nicht immer ist das Verhältnis von Stammpersonal zu Leiharbeitern



Abbildung 1: Entwicklung von Leiharbeit in der Pflege

Der Personalpool an der Charité kann auf eine lange Tradition zurückblicken – bereits 1988 wurde der Personalpool am ehemaligen Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Ber-

lin etabliert, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Schon zur damaligen Zeit konnten nicht immer alle Stellen in den Normalpflegebereichen zeitnah besetzt werden. Pflegekräfte hatten durch die

Poolgruppe 1	•• Allgemein Chirurgie, Chirurgie, Orthopädie
Poolgruppe 2	•• Unfallchirurgie, Adipositaschirurgie, Neurochirurgie, Chirurgische Frührehabilitation
Poolgruppe 3	•• Kardiologie, Kardiochirurgie, Pulmologie, Nephrologie, Urologie
Poolgruppe 4	•• Onkologie, Hämatologie, Palliativmedizin
Poolgruppe 5	•• Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neurologie, Neurologische Frührehabilitation
Poolgruppe 6	•• Gynäkologie, Geburtsmedizin
Poolgruppe 7	•• Augen, HNO, Kieferchirurgie
Poolgruppe 8	•• Gastroenterologie, Infektiologie, Rheumatologie

Abbildung 2: Beispiel für Springerpoolgruppen in der Normalpflege (Eigene Darstellung).

gut. Mit dem Einsatz von Leiharbeitern erhöht sich der organisatorische Aufwand für das Stammpersonal vor Ort erheblich. So ist u.a. eine permanente Einarbeitung durch das Stammpersonal erforderlich. Bereichsspezifische Anforderungen und die Dokumentation verbleiben meist als zusätzliche Aufgabe beim Stammpersonal. Auch geht der Einsatz von Leiharbeitern oftmals mit einer geringeren Versorgungsqualität einher – es mangelt an Kontinuität am Einsatzort sowie an der Identifikation mit diesem. Daher ist der Einsatz von Leiharbeitern auf ein Minimum zu begrenzen (Recken & Wieja 2011).

Der unternehmenseigene Personalpool bietet eine gute Alternative zur Leiharbeit. Im Gegensatz zur Leiharbeit gibt es deutlich weniger Irritationen beim Stammpersonal. Die Mitarbeiter kennen einander, kennen den Arbeitsort und fühlen sich dazugehörig, kennen die Dokumentation und Standards des Unternehmens.

Personalpool Mitarbeiterperspektive

Die Tätigkeit im Personalpool ist sehr anspruchsvoll und verlangt den Pflegekräften ein hohes Maß an Flexibilität im Einsatz ab. Die Pflegekräfte im

Pflegepersonalpool der Charité, Universitätsmedizin Berlin

Im Personalpool sind ca. 30 Vollzeitkräfte für die Normalpflege, 20 für die Intensivbereiche und elf für Sitzwachen (1:1 Betreuung eines Patienten) angesiedelt.

Pool können in der Charité in bis zu sechs Fachbereichen, campusübergreifend zum Einsatz kommen. Auch den Mitarbeitern wird mit der Tätigkeit im Springerpool eine gewisse Flexibilität sowohl in der Dienstplanung als auch in der Arbeitszeitgestaltung ermöglicht. Der Einsatz im Springerpool bietet den Mitarbeitern aber auch eine gute Möglichkeit, die eigenen fachlichen Kompetenzen zu schärfen und auszubauen. Letztendlich ist es auch ein Angebot an neue Mitarbeiter, durch die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten im Springerpool verschiedene Fachbereiche kennenzulernen, um sich dann in einem zweiten Schritt für einen Fachbereich oder eine Station entscheiden zu können.

Viele Kliniken honorieren die Tätigkeit im Personalpool zusätzlich. In der Charité erhalten die Mitarbeiter im Personalpool, im Rahmen des flexiblen Springereinsatzes, eine monatliche Zulage.

Personalpool Arbeitgeberperspektive

Die Gründe zur Etablierung eines Personalpools und dessen Ausgestaltung variieren von Unternehmen zu Unternehmen. Dabei ist auch die Größe und Lage des Unternehmens von Bedeutung. Generell können mit einem zentralen Springerpool Personalressourcen effektiv je nach Leistungsentwicklung flexibel eingesetzt werden. Zudem können mit einem Springerpool kurzfristige Ausfallzeiten kompensiert werden, so dass die Versorgung der Patienten gewährleistet ist. Zudem führt der zunehmende Fachkräftemangel dazu, dass

freie Stellen in einzelnen Bereichen häufig nicht zeitnah besetzt werden können – eine Kompensation durch einen Springerpool trägt auch hier zur Stabilität in den Teams und zur Sicherstellung der Patientenversorgung bei.

Charité, Universitätsmedizin Berlin in Zahlen

- 4 Standorte, 3 davon als bettenführende Standorte
- 17 Charité Centren
- rund 100 Kliniken und Institute
- 88 Normalpflegebereiche
- 25 Intensivstationen, 3 Intensivstationen mit PACU
- 3 Rettungsstellen
- 1 Kinderrettungsstelle
- 3011 Betten
- 4100 Pflegekräfte

Bildung von Einsatzschwerpunkten

Mit der Bildung von Einsatzschwerpunkten und einer festen Zuordnung von Mitarbeitern zu einer Springerpoolgruppe erwerben die Poolmitarbeiter eine hohe fachliche Expertise, die sich wiederum positiv auf die Versorgungsqualität der Patienten auswirkt (siehe Abbildung 2). Der begrenzte Einsatzradius beugt zudem der Überlastung der Poolmitarbeiter vor und schafft ein gewisses Maß an Zugehörigkeit in den jeweiligen Bereichen.

Springerpoolgruppen sollten an den aktuellen Bedarfen im Unternehmen orientiert gebildet werden. Die Zuordnung einzelner Stationen orientiert sich an der jeweiligen medizinischen Fach-

richtung. Wichtig ist, dass die Bedarfe im Unternehmen permanent evaluiert und angepasst werden.

Festlegung von Vergabekriterien

Auch im Springerpool sind Personalressourcen begrenzt und nicht selten übersteigen die angeforderten Dienste das verfügbare flexible Angebot. Daher ist eine Steuerung des Personaleinsatzes nach festgelegten, nachvollziehbaren Kriterien erforderlich. Festgelegte Vergabekriterien ermöglichen, neben der Nachvollziehbarkeit und Transparenz, eine Steuerung nach Dringlichkeit. Ein Punktesystem ermöglicht die Bewertung der Kriterien.

In der Charité wurden die nachfolgenden Vergabekriterien in einem Pflichtenheft festgelegt; diese müssen von den

Stationen auf den Anforderungsformularen dokumentiert werden:

1. **Kriterium:** Anforderungsgrund (erfasst wird beispielsweise kurzfristiger Personalausfall, vakante Stellen und erhöhter Pflegeaufwand),
2. **Kriterium:** Anzahl angeforderter Pflegekräfte pro Station,
3. **Kriterium:** Aktueller Pflegeaufwand,
4. **Kriterium:** Aktuelle Bettenauslastung. <<



Literatur

Bräutigam C., Dahlbeck E., Enste P., Evans M. & Hilbert J. (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege, Arbeitspapier 215, Hans-Böckler-Stiftung

Recken H. & Wieja S. (2011) Personalpool statt Leiharbeit. Health&Care Management, Ausgabe 3/2011

Zusammenfassung

Die Etablierung eines Personalpools ist sowohl für die Mitarbeiter als auch für das Unternehmen lohnend. Kliniken haben mit einem Personalpool eine gute Möglichkeit, personelle Engpässe, wie beispielsweise krankheitsbedingte Ausfälle, bedarfsorientiert zu kompensieren. Personalressourcen können flexibel und effizient nach aktuellem Leistungsgeschehen eingesetzt werden. Gleichermäßen stellt der Pool eine Maßnahme zur Personalgewinnung sowie Personalbindung dar.

Schlüsselwörter: *Bedarfsorientierter Personaleinsatz, Flexibilität und Effizienz in der Personalplanung, Personalbindung und -gewinnung*

Autorenkontakt:

Andrea Schmidt-Rumposch, B.Sc.
Gesundheits- und Pflegemanagement
Stellvertretende Pflegedirektorin, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Kontakt: andrea.schmidt-rumposch@charite.de

Anzeige



Richard Strack

Grundwortschatz für Pflegeberufe

11., aktualisierte Auflage 2016
150 Seiten. Kart. € 12,90
ISBN 978-3-17-029133-1

auch als
EBOOK

Pflegekompakt

Das Verständnis und der sichere Umgang mit der medizinischen Fachsprache gehören zu den Grundvoraussetzungen für Pflegeberufe. Dieses Buch bietet in alphabetischer Reihenfolge leicht verständliche Übersetzungen und Erklärungen geläufiger medizinisch-biologischer Fachbegriffe, Abkürzungen, Zeichen und Symbole sowie eine Zusammenstellung der wichtigsten Labor-Normwerte. Entsprechend den Entwicklungen in den Pflegeberufen wird das Arbeitsbuch regelmäßig aktualisiert – auch die 11. Auflage wurde um aktuelle Begriffe ergänzt.

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

> Personalentwicklung

Mitarbeiter weiterqualifizieren und an das Unternehmen binden

TIM SCHUSTER

Samstagabend, 19 Uhr – Während andere Berufstätige, Studenten und Auszubildende sich zum Abendessen mit Freunden verabreden, müssen sich viele Pflegekräfte beeilen, um pünktlich bei der Übergabe zum zehnstündigen Nachtdienst zu erscheinen.

In Zeiten, in denen ein erhöhtes Maß an Flexibilität gefordert wird, in denen sich die Arbeitsbedingungen allgemein erschwert haben, die Belastung angestiegen und der Umfang vorgegebener Standards enorm gewachsen ist, gewinnt der einzelne Mitarbeiter als Ressource stetig eine größere Bedeutsamkeit.

Wie kann der Pflegeberuf an Attraktivität gewinnen?

Einfluss der Akademisierung

Aktuell kann in deutschen Krankenhäusern zwar in einzelnen Bereichen und Regionen von einem Fachkräftemangel gesprochen werden, nicht aber flächendeckend. Die Krankenhausbereiche OP und Anästhesie zum Beispiel steuerten einem Mangel an Nachwuchs in ihrer Branche mit der Schaffung neuer Ausbildungsberufe (OTA, ATA) entgegen. Die Situation in Pflegeheimen und der ambulanten Pflege stellt sich jedoch deutlich schlechter dar. Außerdem hat sich die Anzahl an Teilzeitbeschäftigten beträchtlich erhöht. Während im Jahr 1999 noch 35,1% der Pflegekräfte einer Teilzeitbeschäftigung nachgingen, waren es zehn Jahre später 47,3%. Grund hierfür ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht die Reduzierung von Personalkosten, aus Sicht vieler Arbeitnehmer aber auch die steigende Arbeitsbelastung. Mit Budgetdeckelungen seit 1993, mehreren Budgetkürzungen seit 1997, internen Umverteilungen der Finanzmittel, häufig zugunsten des ärztlichen Dienstes, und einer Umstrukturierung vieler Krankenhäuser, die eine Entmachtung des Pflegemanagements zur Folge hatte, musste der Bereich Pflege viele spürbare Rückschläge einstecken (Simon 2012).

Daher sind der Nachwuchsmangel, die anhaltend hohe Arbeitsbelastung, der Stellenabbau und die fast allgegenwärtige Unterbesetzung zentrale Probleme deutscher Krankenhäuser. Diese Faktoren tragen maßgeblich zu dem schlechten Image des Pflegeberufes bei.

„Die Personalentwicklung als Motor des Fortschritts“, Becker 1999

Viele Wirtschaftsunternehmen unterschiedlichster Größe haben die Macht der Personalentwicklung bereits erkannt. Diese soll einerseits das Erreichen der Unternehmensziele erleichtern, andererseits aber auch die persönliche und berufliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter fördern. Zu ihren Kernpunkten gehören dabei Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung (Becker 2011).

Die Analyse ob, wann und wo Diskrepanzen zwischen der Mitarbeiterqualifikation und der Anforderung einer bestimmten Aufgabe bestehen, ist hierbei der erste Schritt. Wichtig ist dann, dass konkrete, an der Unternehmensstrategie orientierte Ziele definiert werden (Löffing und Geise 2005).

Beispiel Job-Enrichment: Eine Tagesklinik will ihr Angebotsspektrum für ihre Patienten mit einem Sport- und Fitnessraum erweitern. Das Unternehmen erhofft sich dadurch eine attraktivere Außenwirkung. Hierfür müssen zu-

ständige Mitarbeiter der Pflege, um den neuen Anforderungen gerecht werden zu können, eine entsprechende Ausbildung erhalten. Somit erfährt der Mitarbeiter eine Arbeitsbereicherung auf vertikaler Ebene, also einen Ausbau seiner Befugnisse. Dank der interessanten und qualitativen Erweiterung des Aufgabenbereiches werden die Motivation, die Arbeitsleistung und das Gefühl der Selbstbestimmung gesteigert.

„Eine Organisation kann nur so gut sein wie ihre Mitarbeiter“, Haubrock und Schär 2002

Dieser Grundsatz gilt in der Pflege in besonderem Maße. Der enge Kontakt mit der Pflegekraft hat einen direkten Einfluss auf das Wohlbefinden und die Genesung des Patienten. Die wahrgenommene Qualität der Pflegeleistung ist wiederum grundlegend für die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens. Bei aktuell immer knapper werdenden Ressourcen entstehen Forderungen, soziale Dienstleistungen an den Kriterien der Effizienz und Effektivität auszurichten (Schallermaier 1999). Hierbei wird in der Personalentwicklung häufig Einsparpotenzial gesehen. Allerdings kann die Personalentwicklung, dadurch dass sie zur Aufgabenstellung einer Führungskraft wird, auch als eine gewinnbringende Investition für die Zukunft eines Unternehmens angesehen werden.

Gegenwärtig zählt die Personalentwicklung im Gesundheitswesen eher zu den untergeordneten Managementaufgaben. Doch vor allem in vielen Krankenhäusern und Altenheimen verursachen Konflikte, Unzufriedenheit und hohe Absentismus-/Fluktuationszahlen enorme Kosten (Löffing und Geise 2005). Viele Untersuchungen zeigen, dass eine Investition in die Förderung der eigenen Mitarbeiter von entscheidendem Wert sein kann (Tewes & Stockinger 2014). Ein gut ausgearbeitetes Personalent-

wicklungskonzept, welches Strategien zur Sicherung der Fachkompetenz aller Mitarbeiter und eine Entwicklung von Experten beinhaltet, kann hier einen wirkungsvollen Beitrag zu mehr Attraktivität des Pflegeberufes leisten (Schulz 2007). Wichtig ist dabei, dass die Personalentwicklung nicht nur eine unter vielen Aufgaben der Pflegedienstleitung ist, sondern ein eigenständiges Managementthema. Insbesondere große Unternehmen benötigen entweder eine eigene, qualifizierte Personalentwicklungsabteilung oder sie lagern diesen Aufgabenbereich an externe Dienstleister aus. Kleinere Unternehmen sollten hierfür zumindest eine Stabsstelle schaffen (Löffing und Geise 2005).

Eine ganze Branche akademisiert sich

Mit dem Versuch, die Pflege einerseits attraktiver und andererseits professioneller zu gestalten, erhöht sich kontinuierlich seit fast einem Jahrzehnt die Anzahl an (Fach-)Hochschulangeboten im Bereich der Pflege (Zieher 2013). Mittlerweile existieren weit über 100 Pflege-Studiengänge. Doch gerade hier ist die Meinung sehr gespalten. Auf der einen Seite wird die Pflege, beeinflusst durch die neuen technischen Möglichkeiten der Diagnose und Therapie, immer komplexer. Dadurch steigt auch entsprechend die Anforderung an die Ausbildung (Kälble 2013). Auf der anderen Seite ist, einer Umfrage nach zu urteilen, die Affinität zur praktischen Pflege bei Pflegeakademikern sehr gering (Pundt 2006). Somit wäre dies keine langfristige Lösung für den sich weiter verschärfenden Mangel an Pflegekräften.

In den USA und den skandinavischen Ländern gilt es seit Jahren als selbstverständlich, dass das Pflegepersonal auf Hochschulniveau ausgebildet wird. Dort

arbeiten Pflegekräfte mit Ärzten auf Augenhöhe an Therapiekonzepten. Grund hierfür ist zum einen ein abweichendes Bildungssystem, aber auch das Bewusstsein, dass die Patientenversorgung mehr als nur Waschen und Füttern ist.

Deutschland hat europaweit als einziges Land den Pflegeberuf in mehrere Ausbildungen unterteilt. Hierbei wird zwischen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege unterschieden. Im Ausland ist lediglich die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger anerkannt. Hier kommt es immer wieder zu Problemen beispielsweise für junge Altenpfleger, die im Ausland Berufserfahrung sammeln möchten. Im November 2015, nach langen Diskussionen der Gesundheitsminister, legte die Bundesregierung einen Entwurf für eine am System des Medizinstudiums orientierte Reformierung der Pflegeausbildung vor. Demnach sollen alle angehenden Pflegekräfte zunächst eine generalistische Ausbildung erhalten und sich später auf einen einzelnen Bereich, wie etwa die Altenpflege, spezialisieren. Einige Pilotprojekte dazu laufen bereits.

Die generalistische Ausbildung gewährleistet die europaweite Anschlussfähigkeit (nach EU-Richtlinie 2013/55/EU). Außerdem bewirkt sie eine längst fällige Erneuerung des Ausbildungscurriculums. Ob die generalistische Ausbildung die Attraktivität des Berufes wirklich steigert, ist unklar. Um die Arbeitsbedingungen und das Ansehen des Berufsstands zu verbessern, müssen die Arbeitsbelastung reduziert, die Vereinbarung von Familie und Beruf gewährleistet, der Stellenschlüssel erhöht, die Vergütung verbessert sowie adäquate Arbeitsplätze für ältere Arbeitnehmer

geschaffen werden. Auch die Führungskräfte sind gefordert. Die Arbeit sollte für die aktuellen und zukünftigen Mitarbeiter so interessant und wertschätzend wie möglich gestaltet werden.

Durch eine Akademisierung, parallel zur generalistischen Pflegeausbildung, könnte die Pflege zu einer attraktiven Perspektive für Abiturienten werden, die nach einer gut qualifizierten Führungsposition im Gesundheitswesen streben.

Für die Teilnahme an einer berufsbegleitenden akademischen Weiterbildung müssen in vielen Krankenhäusern die Rahmenbedingungen geändert werden. Es sollten mehr Stellen für Akademiker geschaffen werden. Diese sollten im Laufe des Studiums Freistellungen und finanzielle Unterstützung durch den Arbeitgeber erhalten, die Entlohnung nach Absolvierung des Studiums muss zudem erhöht werden. Des Weiteren sollte eine Zulassung zum Studium auch ohne Abitur gewährt werden, im Falle einer abgeschlossenen Berufsausbildung in der Pflege (Zieher 2013).

Alles in allem ist es dringend erforderlich, einen Freiraum für persönliche und berufliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter im jeweiligen Unternehmen zu schaffen. Hierbei ist es wichtig, auch auf der innerbetrieblichen Ebene, die nötigen finanziellen Mittel für Fort- und Weiterbildungen bereitzustellen.

Personalentwicklung muss zur Selbstverständlichkeit werden und die Mitarbeiter begeistern. Ein optimaler Fit, also eine bestmögliche Übereinstimmung zwischen den individuellen Fähigkeiten, Interessen, Bedürfnissen und Verhaltensweisen des Mitarbeiters und den jeweiligen Anforderungen und Arbeitsbedingungen, führt nachweislich zu höherer Arbeitsleistung und -zufriedenheit (Löffing und Geise 2005). <<

Zusammenfassung

Zweifelsohne haben die Pflegekräfte in einem Krankenhaus einen hohen Stellenwert. Doch häufig wird dieser eher aus einer betriebswirtschaftlichen Sicht betrachtet. Es wird versucht die vielerorts steigenden Kosten durch Einsparungen im Personalbereich auszugleichen. Doch eine Investition in die Weiterbildung und damit eine Steigerung der Zufriedenheit der Mitarbeiter ist entscheidend. Der Pflegeberuf muss für alle Arbeitnehmer an Attraktivität dazugewinnen. Auch die einsetzende Akademisierung der Pflege kann hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Schlüsselwörter: *Personalentwicklung, Akademisierung, Führungsaufgaben, Mitarbeiterqualifikation*

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

Autorenkontakt:

Tim Schuster, Wirtschaftspsychologe, Leiter der telefonischen Mitarbeiter- und Führungskräfteberatung bei der BAD GmbH, Inhaber von miteinander reden, einem Institut für psychologische Trainings im Gesundheits- und Sozialwesen, Berater für Personalentwicklung.
Kontakt: schuster@miteinander-reden.net
www.miteinander-reden.net

> Together Everyone Achieves More

Innovative Projekte zur multiprofessionellen Zusammenarbeit von Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsberufen

DANIELA SCHMITZ & MANUELA LAUTENSCHLÄGER

Multiprofessionelle Teamarbeit findet in innovativen Projekten zu der Versorgung von Menschen mit Demenz statt. Exemplarisch stellen wir folgende Projekte von Studierenden des Masterstudienganges „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“ vor: Schönheitshandeln im stationären Setting, Konsistenz von Einweisungsdiagnosen, Behandlungserwartungen und Behandlungsergebnis im Krankenhaus, kulturelle Teilhabe, Zielsetzung und Initiierung der Hilfsmittelversorgung sowie räumliche Bedürfnisse zukünftiger Bewohner von Pflegeeinrichtungen.

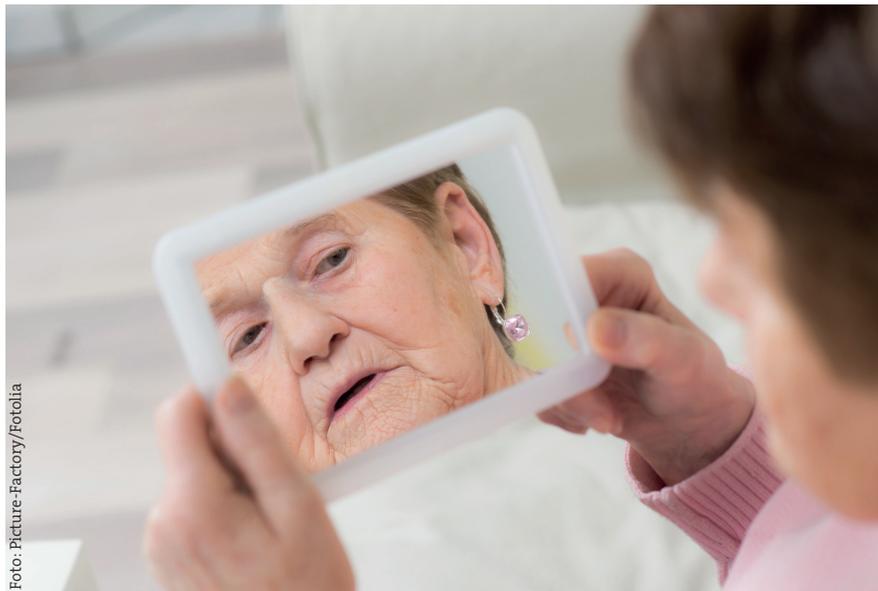


Foto: Picture Factory/Fotolia

Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz

Um Menschen mit Demenz bedarfsgerecht und institutionenübergreifend versorgen zu können, müssen die jeweiligen Akteure berufsgruppenübergreifend kooperieren. Jeder bringt dabei seine professionelle Sichtweise ein und trägt zu einem Gesamtbild als Grundlage einer gemeinsamen multiprofessionellen Problemlösung bei. Dass die Arbeit im multiprofessionellen Team nicht ohne Spannungen verläuft, zeigt die Forschung. Wird das Team noch um rahmensetzende Berufsgruppen

aus Architektur, Politik, Wirtschaft und Technik erweitert, ergeben sich neue Chancen und Lerngelegenheiten. Mit diesem erweiterten Verständnis eines multiprofessionellen Teams arbeitet der berufsbegleitende sechssemestrige Masterstudiengang „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“ an der Universität Witten/Herdecke. Hier lernen Gesundheitsberufe gemeinsam mit Nicht-Gesundheitsberufen, wie Versorgungsbrüche abgemildert, Schnittstellen gestaltet werden können und Wissen institutionen- und berufsgruppenübergreifend transferiert werden kann.

Multiprofessionelle Projektarbeit im Team

Als Herzstück des dreisemestrigen Projektstudium wird der Theorie-Praxis-Transfer gelebt. Die berufsbegleitend Studierenden entwickeln aus ihrer persönlichen Berufspraxis heraus eine Fragestellung, die sie mit wissenschaftlichen Methoden bearbeiten und Zwischenergebnisse stets auf ihre Bedeutung für die Praxis überprüfen. Ziel der Projektarbeit ist zum einen das Überschreiten des eigenen disziplinären Horizonts, zum anderen die multiprofessionelle Zusammenarbeit sowohl im Praxisfeld als auch mit den Kommilitonen (Höhmann et al. 2015). So werden verschiedene Versorgungssettings und Facetten der Versorgung beleuchtet. Im Folgenden werden wir fünf innovative Projekte von Studierenden vorstellen.

Innovative Projekte zur Versorgung von Menschen mit Demenz

Eine Diplom-Sozialpädagogin beschäftigt sich vor ihrem beruflichen Hintergrund mit ressourcenorientiertem Arbeiten und geht in ihrem Projekt der Frage nach, ob Menschen mit Demenz im Alltag eines stationären Pflegeheims Schönheitshandeln tätigen und/oder erleben können. Schönheitshandlungen wie Schmuck anlegen, besondere Bekleidung anziehen, frisieren oder Parfum auftragen können entweder im Rahmen der täglichen Grundpflege stattfinden oder von den Personen im Alltag selbst getätigt werden. Welche Handlungen tatsächlich stattfinden, wird durch teilnehmende Beobachtungen erhoben. Dazu entwickelte die Diplom-Sozialpädagogin einen strukturierten Beobachtungsbogen und beobachtete exemplarisch ausgewählte Männer und

Frauen bei der Grundpflege. Außerdem wählte sie exemplarische Zeitfenster zur Beobachtung von Schönheitshandlungen in Gemeinschaftsräumen. Ihre Ergebnisse sollen Hinweise für andere Berufsgruppen liefern, welche Handlungen in welchem Kontext stattfinden, ob es Unterschiede bei Männern und Frauen gibt und ob Schönheitshandeln als Ressource erkannt und genutzt wird. Für die Arbeit im multiprofessionellen Team müssen so unter anderem die eigenen Altersvorstellungen hinterfragt werden, um eine bedürfnisorientierte Versorgung von Menschen mit Demenz zu gewährleisten.

Ein promovierter Pflegewissenschaftler und ein Oberarzt begegnen in ihrem beruflichen Alltag im Krankenhaus vielen einrichtungs- und berufsgruppenübergreifenden Schnittstellen. Vor diesem Hintergrund befassen sie sich in ihrem gemeinsam konzipierten Projekt mit der Konsistenz zwischen Einweisungsgründen, den Behandlungserwartungen und dem Behandlungsergebnis von Menschen mit Demenz in einer Abteilung für Gerontopsychiatrie aus einer multiprofessionellen Perspektive. Ziel ist es, eine Übersicht über Einweisungs- und Überweisungsgründe in das stationäre Setting der Gerontopsychiatrie zu gewinnen und diese mit den ausgesprochenen und unausgesprochenen Behandlungserwartungen und dem erreichten Ergebnis zu vergleichen.

Über eine systematische Auswertung unterschiedlicher schriftlicher Dokumentationen (z. B. klinikinterner Aufnahmebogen, Einweisungsschein, Arztbriefe über die stationäre Behandlung) erwarten die beiden Vertreter der Gesundheitsberufe ein umfassenderes Verständnis zu medizinischen, pflege-

rischen und sozialen Gründen, die zu einer Krankenseinweisung führen. Letztendlich sollen die Erkenntnisse einen Beitrag zu einer besseren und gezielteren Behandlung von Menschen mit Demenz in der Gerontopsychiatrie leisten und im Idealfall dazu beitragen, dass ein Krankenhausaufenthalt verhindert werden kann.

Die kulturelle Teilhabe von Menschen mit Demenz, die in Privathaushalten leben, zu erhöhen, war das Ziel des Praxisprojekts einer PR-Redakteurin und einer Diplom-Sozialpädagogin. Dabei kooperierten sie mit der Kölner Initiative dementia+art, die Klassikkonzerte des WDR-Sinfonieorchesters speziell für Menschen mit Demenz organisiert. Eine Analyse der Besucherzahlen zeigte, dass im Schnitt mehr als 90 Prozent der Besucher aus der stationären Pflege kommen. Wo bleiben die Menschen aus dem häuslichen Bereich, in dem immerhin 70 Prozent der Betroffenen versorgt werden?

In interdisziplinärer Zusammenarbeit entwickelten die beiden Studierenden deshalb Maßnahmen, um mehr Besucher aus häuslichen Pflegesettings „anzulocken“. Ihre Intervention, eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, beinhaltet einen Mix aus verschiedenen neuen und konventionellen Medien und Kommunikationskanälen sowie deren gezielte Verbreitung über zuvor identifizierte Multiplikatoren und Gate-Keeper wie Hausärzte oder Selbsthilfegruppen. Mit dem Ergebnis, dass zu dem auf diese Weise angekündigten Konzert im Dezember 2015 mit 22 Prozent deutlich mehr Besucher aus dem familiären Umfeld kamen als sonst.

Hilfsmittel können eine erhebliche Ressource für Menschen mit Demenz so-

wie für pflegende Angehörige darstellen, die Selbstständigkeit zu erhalten und den Verbleib in der Häuslichkeit trotz eingeschränkter Selbstmanagementfähigkeiten und Pflegebedürftigkeit zu erhalten.

Die Wirksamkeit der Versorgung (Outcome) hängt in der Regel nicht in erster Linie von der Qualität des Hilfsmittels ab, sondern von der Qualität des Versorgungsprozesses. Eine in den USA akademisch ausgebildete Ergotherapeutin mit Zusatzqualifikation als Case Managerin und Hilfsmittelexpertin geht im Projekt der Frage nach, wann, mit welchen Versorgungszielen und wie die Initiierung der Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Demenz im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung (GKB) erfolgt.

Die Rehabilitation von älteren, multimorbiden Menschen wird durch das Vorliegen einer Demenz erschwert und stellt hohe Anforderungen an das multiprofessionelle Behandlungsteam. Für diese vulnerable Patientengruppe kommt es nicht nur auf die richtige Auswahl der Hilfe und die rechtzeitige Versorgung, sondern auch auf eine ausreichende Schulung im Umgang mit den Produkten an. Das Projekt dient der Vorbereitung einer Studie, in der anschließend Wirksamkeit und Nutzen von Hilfsmitteln in der häuslichen Versorgung, gegebenenfalls in Abgrenzung zu Maßnahmen der Wohnungsanpassung, evaluiert werden. Die Entwicklung entsprechender Kriterien erfolgt in einem multiprofessionellen Diskurs zwischen Pflege, Medizin, Ergotherapie und Architektur.

Eine Diplom-Architektin interessiert sich vor ihrem beruflichen Hintergrund besonders für die räumliche Gestaltung von Pflegeeinrichtungen und ging der Fragen nach, ob diese noch zeitgemäß und für kommende Generationen passend sind. Die Fragestellung lautete daher, welche räumlichen Bedürfnisse zukünftige Bewohner an die versorgende Wohnform im Alter stellen. Der Fokus liegt auf dem raumbildenden Ausbau, der zum einen gewohnte und bevorzugte Aktivitäten auch im Alter ermöglichen soll und zum anderen sogenannte identitätsstiftende Objekte beinhaltet. Aus ihrer beruflichen Perspektive heraus ist der Raum ein Möglichkeitsraum

Zusammenfassung

Fazit: Worauf es in der multiprofessionellen Zusammenarbeit von Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsberufen ankommt

Die Projekte zeigen, wie breit das Thema Versorgung von Menschen mit Demenz aufgestellt ist und dass jede Berufsgruppe einen Beitrag zur Versorgung leisten kann. Damit die Arbeit im multiprofessionellen Team nicht nur bei der Versorgung von Menschen mit Demenz gelingen kann, kommt es darauf an, die Perspektiven der beteiligten Berufsgruppen zu kennen und für das eigene Handeln zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der laufenden Projekte werden am 27. und 28. April 2017 an der Universität Witten/Herdecke präsentiert.

Schlüsselwörter: *Multiprofessionelle Projekte, Gesundheitsberufe und Nicht-Gesundheitsberufe, Demenz*

zur Entwicklung bedürfnisorientierter Nutzungs- und Verhaltensmuster. Welche Bedürfnisse das sein können, erhebt sie im Rahmen einer Ideenwerkstatt mit freiwilligen Teilnehmern und unter dem Motto „Nieder mit den Häkeldeckchen“. Die Ergebnisse sollen Hinweise darauf liefern, für welche Nutzungs- und Verhaltensmuster der Raum Möglichkeiten bieten muss. Neben diesen Anforderungen an die Architektur als ein Vertreter der Nicht-Gesundheitsberufe ist auch der Transfer der Ergebnisse an Vertreter der Gesundheitsberufe geplant. Um den Nutzungserwartungen künftiger Generationen in täglichen Pflegeinterakti-

onen entsprechen zu können, müssen die Ergebnisse die entsprechenden Berufsgruppen erreichen. Im multiprofessionellen Austausch kann so ermittelt werden, welche Anforderungen umsetzbar sind, welche Wohnformen die höchstmögliche Akzeptanz bieten und was sich konkret räumlich verändern muss. <<



Literatur

Höhmann, U., Schmitz, D., Lautenschläger, M., Inhester, O. (2015): Neue Perspektiven: Interprofessionelle Zusammenarbeit für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz. Dr. med. Mabuse (216), S. 50–51.

Schmitz, D. & Höhmann, U. (2016): Besonderheiten, Bedingungsfaktoren und Barrieren multiprofessionellen Lehrens und Lernens von Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsberufen: Eine explorative Befragung aus Sicht der Lehrenden. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 33 (2), S. Doc26.

Autorenkontakt:

Dr. phil Daniela Schmitz und Manuela Lautenschläger, M.A.

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen am Lehrstuhl für „Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen“ und Lehrende im Masterstudiengang „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“

Kontakt: Daniela.Schmitz@uni-wh.de

— Anzeige —



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., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016
130 Seiten, 4 Abb., 4 Tab. Kart. € 19,-
ISBN 978-3-17-029072-3

auch als
EBOOK

Dieses Lehr- und Lernbuch erklärt zunächst ausführlich die allgemeinen Grundlagen der Pflegeplanung. Anschließend werden aus der Praxis formulierte Pflegeplanungen aufgeführt, die mit Korrekturvorschlägen versehen sind. Dieser Form entsprechend folgt ein etappenweise gesteigertes Training bis hin zur Autokorrektur. So wird am Beispiel dargestellt, wie das Buch zum Lernerfolg führt. Abschließend werden zahlreiche am Pflegeprozess orientierte Arbeitsaufgaben samt Lösungsschemata vorgestellt (offene Fragestellungen, Strukturlegungsverfahren, Multiple-Choice sowie Lückentexte und Rätsel). Diese dienen der Klausurerstellung und Unterrichtsgestaltung für Lehrpersonen sowie dem selbstbestimmten Erlernen oder Wiederauffrischen rund um die Pflegeplanung für Auszubildende und examinierte Pflegepersonen. Ein separates Kapitel widmet sich der Erstellung des Pflegeverlaufsberichts gemäß MDK-Prüfung und MDS-Grundsatzstellungnahme. Neu in der 4. Auflage sind ausführliche Hinweise zur Entbürokratisierten Pflegedokumentation für die Langzeitpflege sowie eine exemplarische Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess.

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

› Mobbing im Arbeitsrecht

Arbeitgeber kann zur fristlosen Kündigung verpflichtet sein

MARTINA WEBER

Mobbing am Arbeitsplatz wird seit Jahrzehnten wissenschaftlich untersucht, die ersten Gerichtsentscheidungen von Arbeitsgerichten stammen aus der Zeit der Jahrtausendwende. Inzwischen sind zahlreiche Probleme durch die Rechtsprechung geklärt. Anhand dieser erläutert der Artikel, welche Möglichkeiten der Mobbingbetroffene hat und inwieweit der Arbeitgeber verpflichtet ist, seine Arbeitnehmer vor Mobbing zu schützen.



Foto: von Lieres/fotolia

Der Begriff „Mobbing“ ist ein Kunstwort, eine Wortschöpfung. Er geht zurück auf die lateinische Wendung „mobile vulgus“, was übersetzt werden kann mit „aufgewiegelte Volksmasse“, und auf das englische Verb „to mob“ (über jemanden herfallen). Im Jahr 1963 bezeichnete der Verhaltensforscher Konrad Lorenz einen Gruppenangriff unterlegener Tiere gegen einen überlegenen Gegner erstmals als Mobbing. Es ging dabei um wiederholte Scheinangriffe einer Gruppe von Gänsen im Tiefflug gegen einen Fuchs, die so lange andauerten, bis der Fuchs erschöpft am Boden lag. Als Pionier in der Mobbingforschung der Arbeitswelt gilt der deutsche Arbeitspsychologe Heinz Leymann, der in den 1990er Jahren einen Lehrstuhl für Arbeitswissenschaften in Schweden

innehatte und dessen Buch „Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann“ seit seinem Erscheinen in Deutschland im Jahr 1993 eine anhaltende Diskussion über Mobbing auslöste.

Leymann listet in seinem Buch 45 Mobbinghandlungen auf, die er in folgende fünf Gruppen einteilt (Leymann 2006, S. 33 f.):

- Angriffe auf die Möglichkeiten, sich mitzuteilen (zum Beispiel ständiges Unterbrechen oder Kontaktverweigerung durch abwertende Blicke)
- Angriffe auf die sozialen Beziehungen (zum Beispiel sich von jemandem nicht ansprechen lassen)
- Auswirkungen auf das soziale Ansehen (zum Beispiel hinter dem Rücken von jemandem schlecht über ihn re-

den oder sich über das Privatleben von jemandem lustig machen)

- Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation (zum Beispiel einem Arbeitnehmer sinnlose oder kränkende oder ihn überfordernde Arbeitsaufgaben zuweisen)
- Angriffe auf die Gesundheit (zum Beispiel Zwang zu gesundheitsschädlichen Arbeiten oder sexuelle Handgreiflichkeiten)

Erste Gerichtsurteile

Bis zur Jahrtausendwende umfasste die Fachliteratur zum Mobbing im Arbeitsrecht nur einige Aufsätze und eine Monographie (Bennecke 2008). Im Jahr 2001 sorgten die Landesarbeitsgerichte Rheinland-Pfalz und Thüringen mit drei Entscheidungen, die ein klares Signal gegen Mobbing setzten, für Aufmerksamkeit. Dabei ging es um die Kündigung eines Mobbingtäters und um Ansprüche auf Schadensersatz und Unterlassung zu Gunsten von Mobbingbetroffenen. Problematisch war aus juristischer Sicht im Grundsatz zweierlei: Zum einen die Schwierigkeit, die Mobbinghandlung als tatsächliches Geschehen fassbar und damit rechtlich bewertbar zu machen, denn viele dieser Verhaltensweisen sind – isoliert betrachtet – hinzunehmen. Zum anderen stellte sich die Frage, welches juristische Instrumentarium zur rechtlichen Bewertung von Mobbinghandlungen heranzuziehen sei. Im angloamerikanischen Raum wurde „Mobbing“ als Rechtsbegriff in das jeweilige Rechtssystem integriert. Im deutschen Rechtssystem kommt der Begriff „Mobbing“ hingegen nicht vor, und es gibt kein spezielles Regelwerk, was sich ausschließlich mit Mobbingverhaltensweisen befasst. Deshalb bewerten die Gerichte Mobbinghandlungen im Rahmen des vorhandenen Rechtssystems. Das LAG Thüringen leitete in seinem Urteil vom 10. April 2001 die Verpflich-

tung des Arbeitgebers, den Arbeitnehmer vor Mobbingverhaltensweisen zu schützen, aus dem in Artikel 1 und 2 Grundgesetz geschützten allgemeinen Persönlichkeitsrecht der Arbeitnehmer her (Aktenzeichen 5 Sa 403/2000, NZA-RR 2001, S. 347–363). Zwei Grundsatzurteile des Bundesarbeitsgerichts aus dem Jahr 2007, auf die gleich näher eingegangen wird, stellen das arbeitsrechtliche Instrumentarium zur Bewertung von Mobbinghandlungen auf ein neues Fundament.

Arbeitsrechtliche Definition von Mobbing

Das Bundesarbeitsgericht definiert in seinem Urteil vom 16. Mai 2007 den Mobbingbegriff folgendermaßen: „*Mobbing wird (...) als systematisches Anfeinden, Schikanieren oder Diskriminieren von Arbeitnehmern untereinander oder durch Vorgesetzte verstanden. Die rechtliche Besonderheit der als Mobbing bezeichneten tatsächlichen Erscheinungen liegt darin, dass nicht eine einzelne, abgrenzbare Handlung, sondern die Zusammenfassung mehrerer Einzelakte in einem Prozess zu einer Verletzung des Persönlichkeitsrechtes oder der Gesundheit des betroffenen Arbeitnehmers führen kann, wobei die einzelnen Teilakte jeweils für sich betrachtet rechtlich wiederum neutral sein können. Rechtlich betrachtet geht es damit zunächst um die Qualifizierung eines bestimmten Gesamtverhaltens als Verletzungshandlung im Rechtssinne*“ (Aktenzeichen 8 AZR 709/06, NZA 2007, S. 1154 ff.). In seinem Urteil vom 25. Oktober 2007 (Aktenzeichen 8 AZR 593/06) zieht das Gericht eine Parallele zwischen Mobbing und dem Begriff der Belästigung in Paragraph 3 Absatz 3 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG). (Mit dem AGG trat am 18. August 2006 in Deutschland erstmals ein Gesetz zum Schutz vor Diskriminierungen in Kraft, ausführlich: Weber 2007, S. 404–421). Demnach liegt Mobbing dann vor, wenn unerwünschte Verhaltensweisen bezwecken oder bewirken, dass die Würde der betreffenden Person verletzt und ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird.

Nicht jedes unangemessene Sozialverhalten kann als Mobbing im juristischen Sinn bezeichnet werden. Übliche Konfliktsituationen stellen kein

Mobbing dar (LAG Rheinland-Pfalz, 26. September 2012, Aktenzeichen 10 Sa 121/12, NZA-RR 2013, S. 192), ebenso wenig eine bloße Überschreitung des Direktionsrechts durch den Arbeitgeber oder der Ausspruch einer Kündigung (BAG 24. April 2008, NZA 2009, S. 38). Ob ein Fall von Mobbing vorliegt, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Ein vorgefasster Plan ist nicht erforderlich. Eine Fortsetzung des Verhaltens unter schlichter Ausnutzung der Gelegenheiten ist ausreichend. Ein wechselseitiger Eskalationsprozess, der keine klare Täter-Opfer-Beziehung zulässt, steht regelmäßig der Annahme eines Mobbingsachverhaltes entgegen. (LAG Thüringen, 10. April 2001, Aktenzeichen 5 Sa 203/00).

Pflichten des Arbeitgebers

Indem das BAG eine Parallele zwischen Diskriminierungsschutz und Mobbing zog, konnte es die in Paragraph 12 AGG genannten Arbeitgeberpflichten auf Mobbingsituationen übertragen.

Gegenüber dem Mobber kann der Arbeitgeber Maßnahmen ergreifen:

- Ermahnung
- Abmahnung
- Umsetzung
- Versetzung
- Kündigung

Dabei hat der mobbingbetroffene Arbeitnehmer gegenüber dem Arbeitgeber keinen Anspruch auf eine bestimmte Entscheidung, aber er hat einen Anspruch

auf die im Einzelfall geeignete, erforderliche und angemessene Maßnahme zur Unterbindung des Mobbing.

Das BAG stellte in seinem Urteil vom 16. Mai 2007 klar, dass die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Verteidigung des allgemeinen Persönlichkeitsschutzes der Arbeitnehmer ein besonderer Aspekt seiner in Paragraph 241 Absatz 2 Bürgerliches Gesetzbuch geregelten Fürsorgepflicht ist.

Schadensersatzanspruch und Schmerzensgeld

Der Mobbingbetroffene kann unter Umständen einen Anspruch auf Schadensersatz (zum Beispiel wegen Verdienstausfalls) und/oder Schmerzensgeld gegen den Mobber und/oder gegen den Arbeitgeber erheben. Nicht nur der Mobber selbst haftet, sondern auch der Arbeitgeber, wenn er dem Mobbinggeschehen keinen Einhalt gebietet. In einem Prozess auf Schmerzensgeld wegen Mobbings muss der betroffene Arbeitnehmer die einzelnen Handlungen, aus denen er Pflichtverletzungen herleitet, konkret und unter genauer zeitlicher und örtlicher Angabe vortragen. Grundsätzlich muss der Kläger im Zivilprozess auch den Kausalzusammenhang zwischen der verletzenden Handlung und dem eingetretenen Schaden beweisen. Die Rechtsprechung hat jedoch Beweiserleichterungen zugelassen. So entschied das Arbeitsgericht Eisenach: „*Wenn im zeitlichen Zusammenhang*



Foto: Syda Productions/Fotolia

mit feststehenden Mobbinghandlungen Erkrankungen auftreten, die nach ärztlicher Feststellung auf psychischen Druck zurückzuführen sind, spricht ein starkes Indiz für die Kausalität. Danach ist es Sache der Gegenseite, dieses Indiz zu entkräften“ (Arbeitsgericht Eisenach, 30. August 2005, Aktenzeichen 3 Ca 1226/03, ebenso BAG 16. Mai 2007, Aktenzeichen 8 AZR 709/06).

Die Höhe des Schmerzensgeldes orientiert sich am Gewicht der Mobbinghandlungen und ihren Folgen, wie Gesundheitsbeeinträchtigungen (LAG Rheinland-Pfalz, 16. August 2001, Aktenzeichen 6 Sa 415/01, NZA-RR 2002, S. 121).

Rechte des mobbingbetroffenen Arbeitnehmers

Der von Mobbing betroffene Arbeitnehmer hat ein Recht zur Beschwerde beim Arbeitgeber und beim Betriebsrat. Unter Umständen ist er berechtigt, seine Arbeitsleistung zu verweigern, wenn es ihm nach Paragraph 275 Absatz 3 BGB unzumutbar ist, sie zu erbringen, zum Beispiel weil er Gefahr läuft, in bedeutsamen Rechtsgütern verletzt zu werden. Berufet sich der Arbeitnehmer jedoch zu Unrecht auf dieses Leistungsverweigerungsrecht, droht ihm die fristlose Kündigung (Bundesarbeitsgericht 22. Oktober 2015, Aktenzeichen 2 AZR 569/14). Deshalb sollte sich der Arbeitnehmer beraten lassen, bevor er die Arbeit verweigert.

Ausgewählte Rechtsprechung zum Thema Mobbing

1. Im Hinblick auf den Mobber

Mobbing kann auch ohne Abmahnung und unabhängig davon, ob es in die-

sem Zusammenhang zu einer Störung des Betriebsfriedens gekommen ist, die außerordentliche Kündigung eines Arbeitsverhältnisses rechtfertigen, wenn dadurch das allgemeine Persönlichkeitsrecht, die Ehre oder die Gesundheit des Mobbingbetroffenen in schwerwiegender Weise verletzt werden. Je intensiver das Mobbing erfolgt, umso schwerwiegender und nachhaltiger wird die Vertrauensgrundlage für die Fortführung des Arbeitsverhältnisses gestört. Muss der Mobbingtäter erkennen, dass das Mobbing zu einer Erkrankung des Opfers geführt hat und setzt dieser ungeachtet dessen das Mobbing fort, dann kann für eine auch nur vorübergehende Weiterbeschäftigung des Täters regelmäßig kein Raum mehr bestehen (LAG Thüringen, 15. Februar 2001, Aktenzeichen 5 Sa 102/00, NZA-RR 2001, S. 577).

Eine außerordentliche Kündigung eines Personalratsmitglieds wegen nachhaltiger Störung des Betriebsfriedens liegt vor, wenn sich das Personalratsmitglied, das bislang die Leitung der Küche innehatte, trotz Dienstanweisung, mit der die eigentliche Entscheidungsgewalt auf eine andere Köchin übertragen wird, mit dem Unterordnungsverhältnis nicht abfindet und dies auch wiederholt zu erkennen gibt (OVG Greifswald, 7. Januar 2004, Aktenzeichen 8 L 162/03, NZA-RR 2004, S. 671).

2. Im Hinblick auf den Mobbingbetroffenen

Spricht ein Arbeitnehmer wegen Beleidigungen oder Nötigungen durch einen Kollegen eine Eigenkündigung aus, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf Ersatz des Erwerbsschadens bzw. Verdienstausfalls gegen den Kollegen (Bundesarbeitsgericht, 18. Januar 2007,

Aktenzeichen: 8 AZR 234/06, NZA 2007, S. 1164).

Ist der Arbeitgeber berechtigt, einen Arbeitnehmer, der aufgrund von Mobbinghandlungen arbeitsunfähig erkrankt, aus personenbedingten Gründen zu kündigen? Nein. Eine Kündigung wegen krankheitsbedingter Fehlzeiten, die durch vom Arbeitgeber nicht unterbundenen Mobbing entstanden sind, ist mit dem Grundsatz von Treu und Glauben (Paragraph 242 BGB) nicht vereinbar (Arbeitsgericht Eisenach, 30. August 2005, Aktenzeichen 3 Ca 1226/03).

3. Im Hinblick auf den Betriebs- bzw. Personalrat

Mitglieder des Betriebsrats haben nach Paragraph 37 Absatz 6 in Verbindung mit Paragraph 40 Betriebsverfassungsgesetz einen Anspruch auf eine vom Arbeitgeber finanzierte Schulungsveranstaltung zum Thema Mobbing, wenn im Betrieb Konfliktlagen bestehen, aus denen sich Mobbing ergeben kann. Dabei ist der erforderliche konkrete betriebsbezogene Anlass nicht im Sinn eines akuten Ereignisses, sondern im Sinn eines gegenwärtigen Bedürfnisses zu verstehen (Bundesarbeitsgericht, 14. Januar 2015, Aktenzeichen 7 ABR 95/12, in: NZA 2015, S. 632). <<



Literatur:

Benecke, M. (2008) Mobbing: Persönlichkeitsschutz und Haftung des Arbeitgebers. In: Recht der Arbeit, 61. Jahrgang, Heft 6, S.357–364.

Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht (2016) herausgegeben von Müller-Glöße, R., Preis, U., Schmidt, I., 16. Auflage, C.H.Beck, München.

Leymann, H. (2006) Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann. 13. Auflage, Rowohlt, Berlin.

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

Weber, M. (2009) Bundesarbeitsgericht konkretisiert Arbeitgeberpflichten: Mobbing am Arbeitsplatz. In: Pflegezeitschrift, 62. Jahrgang, Heft 7, S.21–23.

Wolmerath, M. (2013) Mobbing. Rechts-handbuch für die Praxis, 4. Auflage, Nomos, Baden-Baden.

Autorenkontakt:

Martina Weber, Volljuristin (Ass. jur.), wissenschaftliche Autorin, Fachjournalistin, Dozentin.

Kontakt:
marsweber@hotmail.com

Zusammenfassung

Mobbing im juristischen Sinn ist ein systematisches Anfeinden, Schikanieren oder Diskriminieren von Arbeitnehmern untereinander oder durch Vorgesetzte. Ein von Mobbing betroffener Arbeitnehmer hat gegen den Arbeitgeber einen Anspruch auf die im Einzelfall geeignete, erforderliche und angemessene Maßnahme zur Unterbindung des Mobbing, unter Umständen auch auf eine außerordentliche Kündigung des Mobbers. Der Mobbingbetroffene hat das Recht zur Beschwerde beim Betriebsrat und beim Arbeitgeber, er kann gegen den Arbeitgeber oder den mobbenden Kollegen Ansprüche auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld geltend machen, wobei der Mobbingbetroffene die Handlungen, aus denen er Pflichtverletzungen herleitet, konkret angeben muss.

Schlüsselwörter: *Arbeitsrecht, Mobbing*

Campus-Fragebogen

Thema: Mobbing

Punkte: 1



Identnummer: 20151004

Bitte ausfüllen:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

1. Wie kann der lateinische Begriff „mobile vulgus“, von dem der heute benutzte Begriff Mobbing stammt, übersetzt werden?

- a) Beleidigender Mensch
- b) Aufgewiegelte Volksmasse
- c) Feindseliger Kollege

2. In welchem Kontext wurde der Begriff „Mobbing“ erstmals genutzt?

- a) Bei einem Experiment an einer Gesamtschule
- b) Bei einer Anklage eines Arbeitgebers
- c) In der Verhaltensforschung im Tierreich

3. Welchen Schritt kann ein Arbeitgeber gegenüber einem mobbenden Mitarbeiter einleiten?

- a) Unbezahlten Urlaub
- b) Kündigung
- c) Gehaltskürzung

4. Mit welchem Gerichtsurteil wurde 2001 ein klares Zeichen gegen Mobbing gesetzt?

- a) Mit der Festsetzung eines einheitlichen Strafmaßes bei Mobbing
- b) Mit der Kündigung eines Mobbingtäters
- c) Mit der Aufnahme des Begriffs Mobbing in das deutsche Rechtssystem

5. Worin liegt vor Gericht die Besonderheit des Tatbestands Mobbing?

- a) Es gibt keine gerichtliche Verhandlung bei Mobbing.
- b) Dem Ankläger geschieht bei falscher Anschuldigung nichts.
- c) Mehrere Einzelakte können zu einer Persönlichkeitsverletzung führen.

6. Kann neben dem Mobber noch jemand haftbar gemacht werden?

- a) Ja, der Arbeitgeber, wenn er den Mobbingbetroffenen nicht geschützt hat.
- b) Nein, nur der Täter selbst.
- c) Nein, selbst der Täter kann nicht verurteilt werden.

7. Welche Verhaltensweise zählt im juristischen Sinne nicht zu Mobbing?

- a) Schikanieren
- b) Kontakverweigerung
- c) Konfliktaustragung

8. Wer muss in einem zivilrechtlichen Gerichtsverfahren den Zusammenhang zwischen Mobbing und Erkrankung des von Mobbing Betroffenen beweisen/entkräften?

- a) Der von Mobbing betroffene Kläger
- b) Niemand, das Gericht entscheidet
- c) Der Angeklagte

Schulungsnummer: 20151004160007

Einsendeschluss: 31.07.2016

Sieben von acht Antworten müssen richtig sein.

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 Fragenbogen 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.

> Arzneimittelmittel in der Pflegepraxis

Teil 2: Inhalatoren

EVA-MARIA WOLSCHON

Serie! – Zweiter Teil

Arzneimittel sind aus der modernen medizinischen und pflegerischen Versorgung nicht mehr wegzudenken. Im ersten Teil der Serie stellten unsere Autoren die orale Antikoagulation vor (Pflegezeitschrift 4/16). Im zweiten Teil der Serie soll es um die Verwendung von Inhalatoren bei Atemwegserkrankungen gehen. Eva-Maria Wolschon stellt die verschiedenen Wirkstoffe und zwei Typen von Inhalatoren, die Dosieraerosole und die Pulverinhalatoren, vor.



Foto: sarra22/Fotolia

Wann werden Inhalatoren verwendet?

Asthma bronchiale

Eines der Haupteinsatzgebiete von Inhalatoren ist das Asthma bronchiale, eine entzündliche Erkrankung der Atemwege. Durch Reizbarkeit des Bronchialsystems und variable Obstruktion der Atemwege kommt es zu den typischen Symptomen wie anfallsweise auftretender Atemnot, Nebengeräuschen beim Atmen (Giemen, Pfeifen), sowie Husten und Abhusten von glasig-zähem Schleim. Für die Verengung der Atemwege sind v.a. Entzündungsmediatoren (z.B. Prostaglandine,

Leukotriene und Histamin) verantwortlich. Die Freisetzung dieser Mediatoren führt zu einem Spasmus der Bronchialmuskulatur, einer ödematösen Schwellung der Bronchialwand und zu einer gesteigerten Absonderung von Schleim mit zäher Konsistenz. Man unterscheidet zwei Formen des Asthma bronchiale. Zum einen das allergische (extrinsische) Asthma, welches durch verschiedenste Allergene (z.B. Pollen, Tierhaarepithelien) ausgelöst wird. Zum anderen gibt es das intrinsische Asthma – hier triggern unspezifische Reize (z.B. Kaltluft, Zigarettenrauch) einen Asthma-Anfall bei vorliegender Hyperreagibilität des

Bronchialsystems. Asthma tritt selten in einer dieser beiden Reinformen auf: Die meisten Patienten leiden an einer Mischform.

Das Asthma bronchiale wird je nach Schwere der Erkrankung in vier Stufen unterteilt und dementsprechend medikamentös behandelt.

Chronische Bronchitis und COPD (chronic obstructive pulmonary disease)

Die COPD ist eine chronische Bronchitis, die mit einer dauerhaften Atemwegsverengung einhergeht. Die Hauptkennzeichen sind eine starke Schleimbildung

und Husten. Die Ursachen für COPD sind Zigarettenrauch, eine hohe Luftverschmutzung, aber auch wiederholte virale Infektionen, welche zur Schädigung des zilienträgenden Respirationsepithels führen und so einen Sekretstau auslösen können.

Zur Behandlung des Asthma bronchiale und der chronischen Bronchitis werden Bronchospasmolytika eingesetzt. Das sind Arzneistoffe, die den Tonus der Bronchialmuskulatur senken und so zu einer Weitung der Bronchien führen. Außerdem werden entzündungshemmenden Arzneistoffe (u.a. Glukokortikoide) eingesetzt.

Welche Wirkstoffe werden in Inhalatoren verwendet?

Bronchospasmolytika

Zu den Bronchospasmolytika zählen die

- β_2 -Sympathomimetika (Formoterol, Salbutamol u.a.),
- Theophyllin und
- Muscarin-Rezeptor-Antagonisten (Tiotropiumbromid, Ipratropiumbromid u.a.).

Sie führen zu einer Senkung des Tonus der Bronchialmuskulatur und so zu einer Weitung der Atemwege.

Bei den **β_2 -Sympathomimetika** muss unterschieden werden zwischen den kurzwirksamen Stoffen (SABA: short-acting-beta, z.B. Salbutamol/Sultanol[®], Fenoterol/Berotec[®]) und den langwirksamen (LABA: long-acting-beta Formoterol/Turbohaler[®] und Salmeterol/Serevent[®]). Unter diesen gibt es dann wiederum die raschwirksamen β_2 -Sympathomimetika (RABA: rapid-acting-beta), die rasch und kurz (z.B. Salbutamol, Fenoterol) oder rasch und lang wirken können (Formoterol). RABA werden meist als Bedarfsmedikation verwendet, weil sie bei einem Anfall schnell helfen können. Die LABA werden zur Behandlung des persistierenden Asthma bronchiale und der fortgeschrittenen COPD eingesetzt. Falls beim Asthma bronchiale die Symptome höchstens zweimal pro Woche auftreten, erfolgt keine Dauertherapie. Hier werden für die symptomatische Behandlung der Asthma-Anfälle als Bedarfsmedikation die schnellwirksamen RABA angewendet (Abholz et al. 2013).

Theophyllin wird nach den Leitlinien (Abholz et al. 2013, Abholz et al. 2012)

nachrangig empfohlen, da es nur zu einer geringeren Verbesserung der Lungenfunktion führt. Zudem hat es nur eine geringe therapeutische Breite, was eine Kontrolle der Plasmakonzentration erfordert.

Der **Muscarin-Rezeptor-Antagonist** Ipratropiumbromid (Atrovent[®]) wird ebenfalls als Bedarfsmedikation beim Asthma bronchiale eingesetzt. Es ist allerdings aufgrund der schwächeren bronchodilatatorischen Wirkung nur die zweite Wahl nach den β_2 -Sympathomimetika (Abholz et al. 2013). Es kann jedoch zur Therapie bei Kleinkindern unter zwei Jahren und Säuglingen verwendet werden (Abholz et al. 2013). Der zweite Wirkstoff dieser Gruppe, Tiotropiumbromid (Spiriva[®]) wurde zunächst ausschließlich zur symptomatischen Behandlung des COPD eingesetzt. Der Spiriva Respimat[®] ist jedoch ebenfalls als Begleittherapie des Asthma bronchiale zugelassen. Die Zulassung gilt allerdings nur für Patienten, die bereits mit einer Kombination aus einem inhalativen Kortikosteroid (ICS) und einem LABA behandelt werden und im letzten Jahr mindestens eine Exazerbation, d.h. eine deutliche Verschlechterung der Symptome, hatten. Ein aktuelles Cochrane-Review (Kew and Dahri 2016) konnte keinen eindeutigen Vorteil der zusätzlichen Gabe von Tiotropiumbromid bei schwerem Asthma bronchiale zeigen: lediglich eine leichte Abnahme der kurzzeitigen Anwendung von oralen Glukokortikoiden bei einer Exazerbation (Kew and Dahri 2016).

Glukokortikoide (Inhalative Kortikosteroide, ICS)

Die Glukokortikoide gehören zu den stärksten entzündungshemmenden Arzneistoffen. Inhalativ werden Beclometason, Budesonid, Flunisolid und Fluticason eingesetzt. Für die Behandlung des Asthma bronchiale werden sie in der Langzeittherapie verwendet (Abholz et al. 2013). Durch die lokale Anwendung der ICS in den Bronchien kommt es in der Regel nicht zu den typischen systemischen Nebenwirkungen von Kortikoiden. Die ICS hemmen ausschließlich die Entzündungsreaktion in den Bronchien, helfen jedoch nicht gegen die Symptome eines Anfalls (Husten, Atemnot etc.).

Leukotrien-Rezeptor-Antagonist

Der Leukotrien-Rezeptor-Antagonist Montelukast (Singulair[®]) hat ebenfalls

eine entzündungshemmende Wirkung. Leukotriene sind wie oben erwähnt Entzündungsmediatoren, welche in der Lunge freigesetzt werden und zum Spasmus der Bronchialmuskulatur führen. Montelukast hemmt die Rezeptoren und verhindert so die Entzündungsreaktion. Es wird als Alternative zur Behandlung des Asthma bronchiale mit ICS empfohlen (Abholz et al. 2013). Allerdings konnte gezeigt werden, dass die ICS klinisch wirksamer sind (Abholz et al. 2013).

Welche Inhalatoren gibt es und was ist bei der Anwendung zu beachten?

Disperse Systeme

Inhalationssysteme bestehen immer aus einer festen oder flüssigen Phase, die in einer gasförmigen Phase verteilt ist (disperses System). Allerdings erfolgt die feine Verteilung (Dispergierung) der Phasen erst bei der Anwendung des Inhalators. Die festen oder flüssigen Teilchen müssen eine bestimmte Teilchen- bzw. Tröpfchengröße haben, um bis in die Alveolen der Bronchien, ihrem Hauptwirkort, vorzudringen. Zu kleine Teilchen werden wieder ausgeatmet, zu große Teilchen gelangen meist gar nicht erst bis in die Bronchien.

Treibgasbetriebene Dosieraerosole

Am häufigsten werden die treibgasbetriebenen Dosieraerosole verwendet. Sie bestehen aus einer Aluminiumdose mit Dosierventil, die das Treibgasgemisch beinhaltet, in dem der Wirkstoff gelöst oder suspendiert vorliegt, und einer Dosenhalterung. Bei der Anwendung muss beim Auslösen langsam und tief eingeatmet werden. Das Aerosol wird sehr schnell freigesetzt. Die Koordination zwischen Einatmung und Auslösen ist für viele Anwender schwierig. Es gibt inzwischen neuere Systeme bei denen Glycerol zugesetzt wird und so die Applikationszeit deutlich verlängert wird (z.B. Budiair[®], Sanasthmax[®]). Eine andere Weiterentwicklung sind die atemzugsgesteuerten Dosieraerosole, bei denen durch das Einatmen der Wirkstoff freigesetzt wird (z.B. Autohaler und Easibreathe-System). Allerdings braucht der Patient, damit das System ausgelöst wird, ein Mindestatemvolumen von 30 bzw. 20l/min.

Infokasten:

Anwendung von treibgasbetriebenen Dosieraerosolen:

- Schutzkappe vom Arzneimittel entfernen
- Aerosol schütteln
- Kopf in den Nacken legen
- Tief ausatmen
- Mundstück mit den Lippen fixieren
- Langsam einatmen
- zu Beginn Ventil betätigen
- Atem fünf bis zehn Sekunden anhalten
- Mundstück aus dem Mund nehmen und langsam über die Nase ausatmen
- Schutzkappe auf das Arzneimittel aufsetzen

Anwendung von Pulverinhalatoren:

- Tief ausatmen
- Mundstück mit den Lippen fixieren
- Je nach Gebrauchsanweisung rasch oder langsam, kräftig und möglichst tief einatmen
- Atem für fünf bis zehn Sekunden anhalten
- Mundstück aus dem Mund nehmen und langsam über die Nase ausatmen

Pulverinhalatoren

Bei den Pulverinhalatoren gibt es verschiedene Systeme. Gleich ist bei allen, dass das Aerosol durch den Atemstrom des Patienten gebildet wird. Der Wirkstoff ist in dem Pulver enthalten, die Atemluft dient als zweite Phase. Dabei gibt es Systeme in denen Einzeldosen (Kapseln oder Blister, z.B. Viani Diskus®, Breezhaler®) genutzt werden oder Systeme mit einem Reservoir in denen mehrere Anwendungen enthalten sind (z.B. Novolizer®). Allerdings können nur Patienten mit einem Atemvolumen von mindestens 30l/min Pulverinhalatoren verwenden. Somit ist es für Erwachsene mit sehr stark eingeschränkter Lungenfunktion und für Kinder ungeeignet.

Vernebelung einer Lösung

Seit einigen Jahren ist der Respimat® auf dem Markt. Er ist der einzige Inhalator, der eine Wirkstoffflüssigkeit vernebelt. Hier treffen nach dem Auslösen am Düsenausgang zwei Flüssigkeitsstrahle aufeinander wodurch ein Aerosol entsteht. Ein Vorteil des Respimat® gegenüber Treibgas-aerosolen ist die längere Sprühzeit, welche zu einer deutlich längeren Applikationszeit führt. Dies erleichtert die Anwendung und führt dazu, dass mehr Wirkstoff die unteren Atemwege erreicht. Allerdings ist dieses System nur für in wasser-alkohollösliche Wirkstoffe geeignet (z.B. Tiotropium). Ein aktuelles Cochrane-Review (Karner et al. 2014) zeigte in einer Subgruppenanalyse, dass es in der Respimat®-Gruppe zu deutlich mehr Todesfällen kam, als bei der klassischen Behandlung mit Handihaler® (Pulverinhalator). Die aktuelle

TIOSPIR-Studie konnte dies nicht bestätigen (Wise et al. 2013). Der Spiriva® Handihaler® enthält 18 Mikrogramm Tiotropium und der Spiriva® Respimat® enthält 2,5 Mikrogramm Tiotropium. Bei der Behandlung der COPD zeigten beide Präparate eine vergleichbare Wirkung (Karner et al. 2014). <<



Literatur

Abholz H., Berdel D., Buhl R., Dierkesmann R., Fischer J., Hämmerlein A. et al. (2013) Nationale VersorgungsLeitlinie – Asthma S3-Leitlinie. AWMF-Leitlinien, 2. Aufl.

Abholz H., Gillissen A., Magnussen H., Schott G., Schultz K., Ukena D. et al. (2012) Nationale VersorgungsLeitlinie COPD – S3 Leitlinie. AWMF-Leitlinien.

Karner C., Chong J. & Poole P. (2014) Tiotropium versus placebo for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev, CD009285.

Kew K.M. & Dahri K. (2016) Long-acting muscarinic antagonists (LAMA) added to combination long-acting beta2-agonists and inhaled corticosteroids (LABA/ICS) versus LABA/ICS for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev, CD011721.

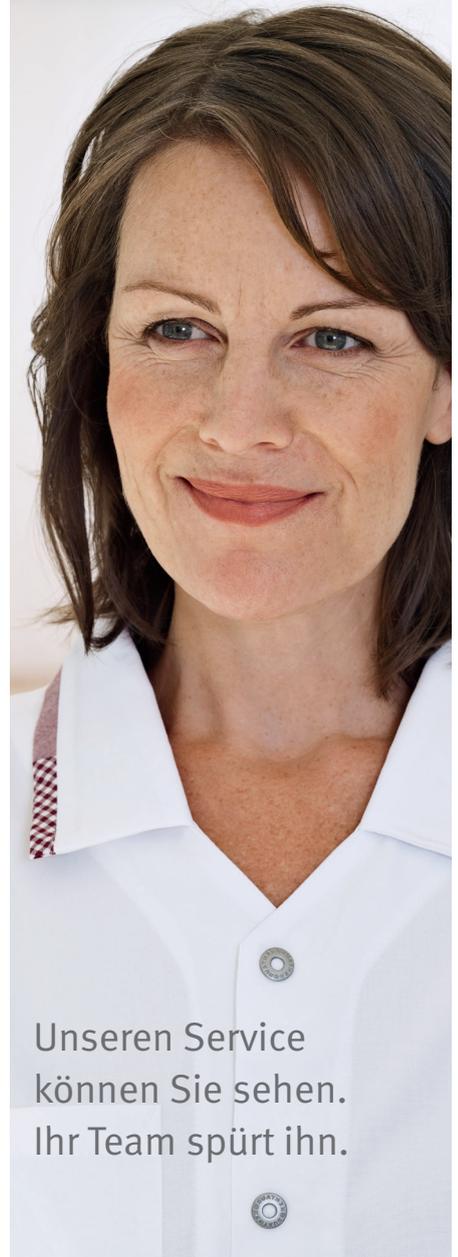
Wise R.A., Anzueto A., Cotton D., Dahl R., Devins T., Disse B. et al. (2013) Tiotropium Respimat inhaler and the risk of death in COPD. N Engl J Med 369, 1491–1501.

Autorenkontakt:

Dr. Eva-Maria Wolschon, Apothekerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck
Kontakt: Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
E-Mail: Eva-Maria.Wolschon@uksh.de

Anzeige

 **dbl** service
Miettextilien



Unseren Service können Sie sehen. Ihr Team spürt ihn.

Mietberufskleidung von DBL.
Wir beschaffen, holen, bringen und pflegen Ihre Berufskleidung. Individuell, pünktlich und zuverlässig. Testen Sie unser Angebot. Rufen Sie an unter 0800/3103110.



DBL – Deutsche Berufskleider-Leasing GmbH
Albert-Einstein-Str. 30 | 90513 Zirndorf
info@dbl.de | www.dbl.de

> Krankenhaushygiene

Nosokomiale Infektionen: Verbreitung und Risikofaktoren

HARDY-THORSTEN PANKNIN

Jüngst beschriebene Hygieneskandale, in denen sich immer mehr Patienten mit multiresistenten Erregern in Kliniken infizieren, werden in den öffentlichen Medien mit großen Schreckensszenarien thematisiert. In der Bevölkerung wird Angst vor einer Krankenhausbehandlung geschürt und von schweren oder nicht mehr therapierbaren Infektionen berichtet. Doch während die populären Medien versuchen Missstände aufzudecken, werden die Lösungsansätze häufig falsch interpretiert.

Bedeutung der Krankenhausinfektionen

Eine Fragenbogenaktion der pädagogischen Hochschule und des deutschen Beratungszentrum für Hygiene in Freiburg zeigte, dass 36 % der Befragten Angst haben, sich als Patient mit einer Krankenhausinfektion zu infizieren und 46 % befürchten, im Falle einer nosokomialen Infektion, diese an Angehörige zu übertragen. Das Fernsehen wurde am häufigsten als Informationsquelle genutzt (76 %) (Bitzer 2014). Dies legt für Krankenträger und besonders für alle Beschäftigten in Diagnostik, Therapie und Pflege nahe, sich mit dem Thema Hygiene im Krankenhaus auseinanderzusetzen.

Nach einer Schätzung des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) kommt es im Durchschnitt bei einem von 20 stationären Patienten zu therapie-assoziierten Infektionen. Das entspricht 4,1 Millionen Patienten

in der Europäischen Union, die sich pro Jahr im Krankenhaus anstecken. Nosokomiale Infektionen verursachen jedes Jahr bis zu 37.000 Todesfälle, so das ECDC (Europäischer Rat 2009).

In Deutschland wurde im Zeitraum zwischen 2011 und 2012 eine Stichprobe

von 132 Krankenhäusern mit insgesamt 41.539 Patienten auf Krankenhausinfektionen untersucht. Die Prävalenz von nosokomialen Infektionen (NI), die während des aktuellen stationären Aufenthalts erworben wurden, lag bei 3,8 %. Zählt man die bei vorangegangenen Krankenhausaufenthalten erworbenen NI mit dazu, betrug die Prävalenz 5,1 %. Auf Intensivstationen (ITS) wurde eine Verbreitung von 18,6 % beobachtet (Tabelle 1). Laut dieser Prävalenzerhebung erkranken in Deutschland bis zu 600.000 Patienten jährlich an nosokomialen Infektionen (Gastmeier & Fätkenheuer 2015).

Die Folgen für dem Patienten sind

- verlängerter Klinikaufenthalt,
- verzögerte Heilung und
- schlimmstenfalls daraus resultierende schwere systemische Infektionen (Sepsis mit Multiorgan dysfunktionsyndrom), die zum Tode führen können.

Studien zeigen, dass sich bis zu 40 % der Infektionen vermeiden lassen. Ursache der meisten Krankenhausinfektionen sind körpereigene Mikroorganismen des Patienten, etwa die auf der Haut. Sie sind deshalb nur schwer zu verhindern (endogene Infektionen). Jedoch zeigen Studien auf der Intensivstation, dass bis zu 38 % der Krankenhauskeime von anderen Patienten oder vom Pflegepersonal übertragen werden – also äußere Ursachen haben. Bis zu 180.000 jährliche Infektionen in Deutschland – davon 4500

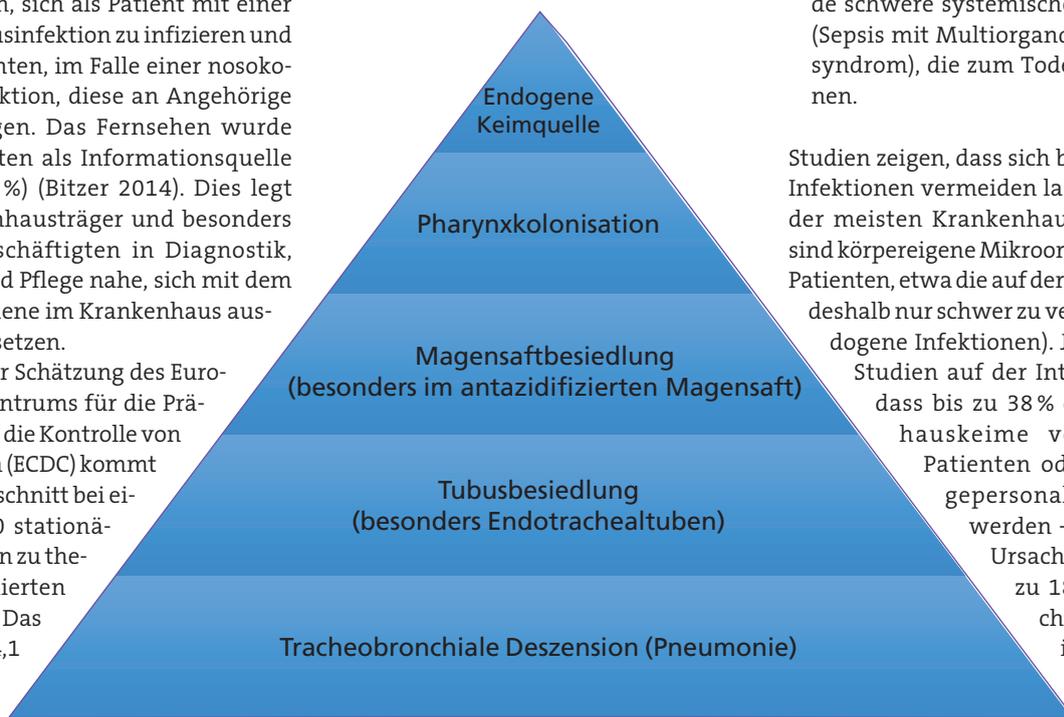


Abbildung 1: Pathogenese nosokomialer Pneumonien, modifiziert nach Schuster 1988. Endotrachealtuben können zu einer Keimbesiedlung der Tubusoberflächen prädisponieren. Die Intubation ist in diesem Zusammenhang von erheblicher pathogenetischer Bedeutung, weil der endotracheale Tubus eine Mikroaspiration erleichtert und darüber hinaus die lokale Abwehr schwächt. Häufig isolierte Problemkeime, wie *Pseudomonas aeruginosa*, sezernieren Exopolysaccharide und produzieren mit Hilfe dieser Substanz einen komplexen Biofilm. Dieser Biofilm ermöglicht den Bakterien die Adhäsion an abiotische Oberflächen und bietet zusätzlich Schutz vor direkter Antibiotikaeinwirkung (Bauer et al. 2000).

	Klinikum Freiburg (1976-1979)	Pilotstudie der PEG (1976-1978)	USA NNIS (1976)	BMA (1981-1982)	DKG (1987)	NIDEP (1994)	ECDC nach PPS für Deutschland (2011)
Anzahl der Patienten	39.802	51.540	1.316.232	4.195	5.561	14.966	41.539
Infektionsart							
Harnwegsinfektion	30,0%	50,1%	41,8%	18,3%	38,2%	42,1%	23,2%
Weichteilinfektion	15,5%	11,7%	22,7%	59,1%	22,1%	15,8%	24,3%
Pneumonie	8,3%	10,7%	15,7%	13,0%	15,0%	20,6%	21,7%
Sepsis	13,8%	6,2%	4,3%	4,5%	1,8%	8,3%	5,7%
Anteil nosokomialer In- fektionen	1.739 (4,73%)	5.065 (9,82%)	46.821 (3,55%)	492 (11,7)	669 (5,7-6,3%)	543 (3,5-8,9%)	9.626 (3,8-5,1%)

PEG: Paul-Ehrlich-Gesellschaft
 NNIS: National nosocomial infection study, National Center for Infectious Diseases Atlanta
 BMA: Bundesministerium für Arbeit- und Sozialordnung
 DKG: Deutsche Krankenhaus Gesellschaft Düsseldorf
 NIDEP: Nosokomiale Infektionen in Deutschland – Erfassung und Prävention, Bundesministerium für Gesundheit
 ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control nach einheitlichem europäischen Protokoll für die Durchführung von Punkt-Prävalenzstudien (PPS) (Behnke et al. 2013)

Tabelle 1: Epidemiologie der Krankenhausinfektionen in Deutschland (modifiziert nach Panknin HT 1996).

Todesfälle – könnten vermieden werden (Behnke et al. 2013, Beilecke 2007).

Häufigkeit von nosokomialen Infektionen

Die Epidemiologie von Krankenhausinfektionen aus fünf Dekaden in Deutschland ist in der Tabelle 1 aufgeführt (Panknin HT 1996). Anzumerken ist dabei die zunehmende Resistenzentwicklung der wichtigsten Erreger auf die häufig angewandten Antiinfektiva. Zudem fehlen neue innovative Antibiotikaentwicklungen gegen die multiresistenten, pathogenen Mikroorganismen (MRE). Die Antibiotika-Anwendungsprävalenz in deutschen Kliniken wurde in der o.g. Prävalenzerhebung mit 24,7 % beziffert (Behnke et al. 2013). Auf Intensivstationen liegt der Anteil der mit Antibiotika behandelten Patienten bei ca. 50 %, auf Intermediate Care-Stationen (Pflegeein-

heit zur Intensivüberwachungspflege) bei 43 %, auf den peripheren Stationen bei 12 %.

Bei der jüngsten Erhebung für Deutschland, haben die Risikofaktoren für das Entstehen von NI bei den Patienten in den Jahren zwischen 1994 und 2011 zugenommen, denn das Durchschnittsalter der deutschen Krankenhauspatienten, ein wichtiger Risikofaktor für viele nosokomiale Infektionen, ist seitdem gestiegen (Behnke et al. 2013).

Bedrohung der Medizin durch Multiresistente Problemerreger

Seit Anfang des 20. Jahrhunderts ist ein Erregerwandel eingetreten: Während in der vorantiseptischen Ära Gasbrand- und Diphtherieerreger im Vordergrund standen, traten nach Einzug der Antiseptik in die Kliniken Streptokok-

ken und Pneumokokken auf den Plan. Nach Einführung der antimikrobiellen Dekontamination übernahmen die Staphylokokken die führende Rolle und brachten den gefürchteten Staphylokokken-Hospitalismus. Dieser war ein großes Problem, obgleich wir seit etwa 45 Jahren eine Zunahme gramnegativer Erreger beobachten. Die Therapie „magna sterilisans“ ist und wird wohl eine Illusion bleiben, so postulierte Prof. Heinrich aus der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universitätsklinik in Magdeburg 1982 die Problematik. Kritiklose, oftmals exzessive Anwendung von Antibiotika hat zur Resistenzentwicklung der humanpathogenen Mikroorganismen geführt (Heinrich 1982).

Die Zunahme von Patienten, die heute mit hochresistenten Erregern infiziert oder auch nur kolonisiert zur stationären Krankenhausbehandlung kommen, nimmt stetig zu. Die amerikanische

- Patienten mit bekannter MRE-Anamnese
- Patienten aus Regionen/Ländern oder Einrichtungen mit hoher MRE-Prävalenz
- Dialysepatienten
- Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (>3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten
- Patienten, die regelmäßig (beruflich) direkten Kontakt zu MRE haben, wie z.B. Personen mit Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren (Schweine, Rinder, Geflügel)
- Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRE-Trägern hatten (z.B. bei Unterbringung im gleichen Zimmer)
- Patienten mit chronischen Hautläsionen
- Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit und einer Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten oder liegenden Kathetern (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)

Tabelle 2: Risikogruppen für Screening auf MRE nach KRINKO (2012).

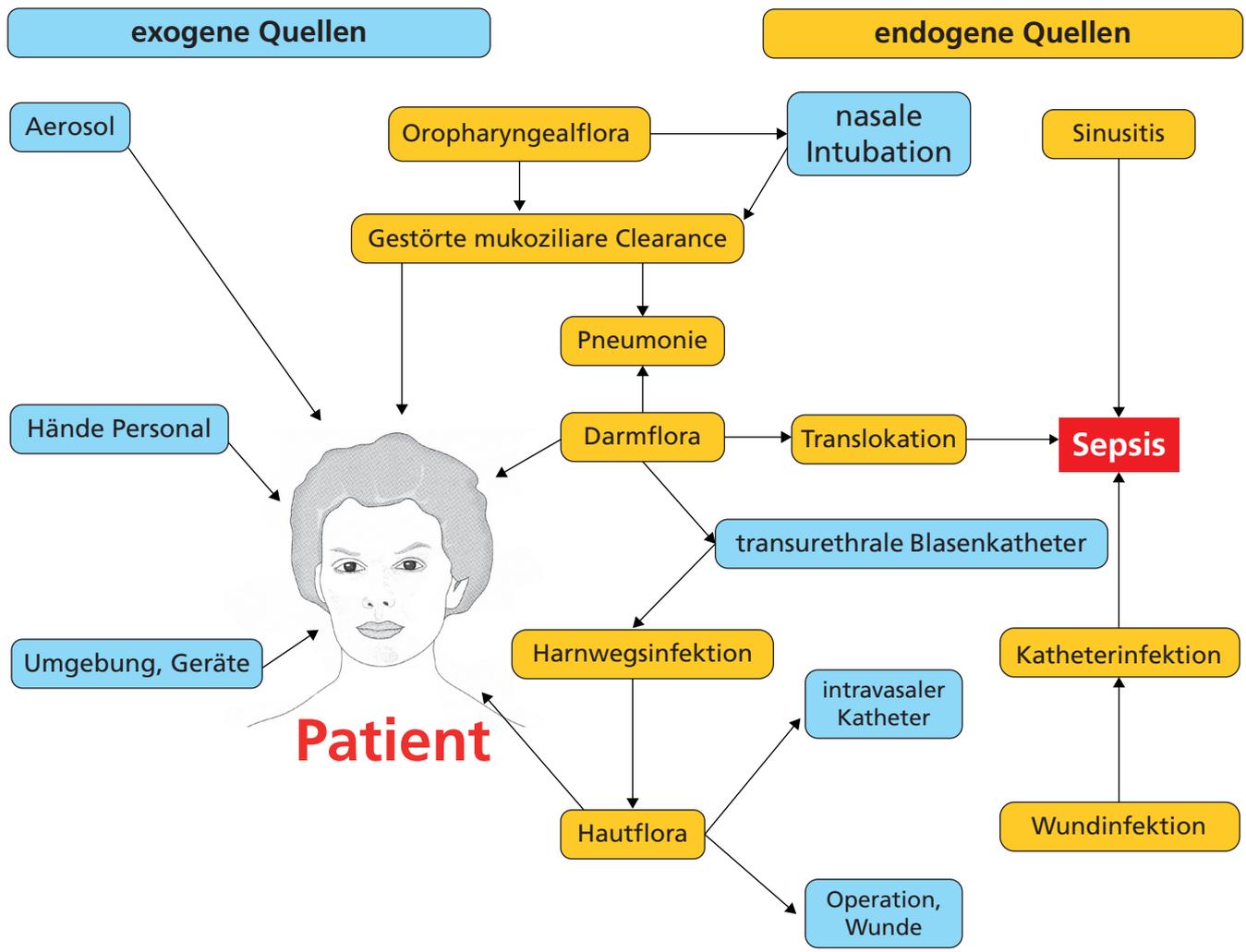


Abbildung 2: Entstehung und Risikofaktoren nosokomialer Infektionen, modifiziert nach Füssle 2001.

Seuchenkontrollbehörde Centers for Disease Control and Prevention schlug 2013 Alarm. Mindestens 23.000 Todesfälle gebe es in den USA jedes Jahr durch Infektionen mit Erregern, die gegen die meisten oder sogar alle Antibiotika resistent geworden sind. „Ist die Lage in Deutschland ähnlich besorgniserregend?“ titelte „Der Spiegel“ 2013 in seiner 39. Ausgabe. Ab 2050 könnten pro Jahr 10 Millionen an Infektionen mit resistenten Erregern sterben. Das behauptet das britische Forschungsprojekt „Review on Antimicrobial Resistance“ in seinem Abschlussbericht im Mai 2016 (O’Neill 2016). Hierzu ist aber anzumerken, dass sich Forscher und Medien inzwischen überbieten im Ausmalen von Schreckensszenarien, wenn es um Resistenzen geht.

Fakt ist, dass zu den heutigen Problemern Methicillin-resistente-Staphylococcus-aureus (MRSA – Tendenz sinkend) und gramnegative Erreger mit besonderen Resistenzen (Tendenz steigend) zäh-

len. Erschreckend ist hierbei die Verbreitung von 3MRGN- und 4MRGN-Erregern, multiresistenten gramnegativen Stäbchen mit Resistenzen gegen drei bzw. vier der vier gängigen Antibiotikagruppen, die auch als panresistente Keime bezeichnet werden.

In Deutschland waren 2013 ca. 6 % der nosokomialen Infektionen durch multiresistente Erreger bedingt. Für die Inzidenzdichte (Fälle pro 1.000 Patiententage) von nosokomialen Infektionen heißt dieses für 2013:

- MRSA 0,05,
- VRE 0,01,
- 3MRGN 0,13 und
- 4MRGN 0,01.

Der Anteil der 4MRGN-Infektionen, welche sehr schwer oder nicht mehr antibiotisch behandelbar sind, an allen Infektionen mit multiresistenten Erregerarten beträgt demnach circa 5 %, was ca. 1.500 4MRGN-Infektionen pro Jahr und einem Anteil von 0,3 % aller

nosokomialen Infektionen in Deutschland entspricht (Wille 2015).

Risikofaktoren für Multi-resistente Erreger sind:

- höheres Alter,
- vorangegangener Krankenhausaufenthalt,
- jüngste Antibiotikatherapie,
- Komorbiditäten,
- Immunsuppression,
- Katheter jeglicher Art,
- bestätigter MRE-Nachweis,
- Kontakt zu MRE-positiven Personen,
- Diarrhoe,
- offene Wunden oder
- Reisen bzw. Herkunft aus einer Region mit hoher MRE-Prävalenz.

Besonders davon betroffen sind der nahe Osten und Nordafrika (siehe Tabelle 2). Das Robert Koch-Institut in Berlin empfiehlt bei den hier aufgezählten Risikopersonen, bei Aufnahme in das Krankenhaus, ein generelles Screening.

- Iatrogene (direkt durch ärztliche oder pflegerische Einwirkung entstandene) Infektion durch direkte Übertragung während diagnostischer oder therapeutischer Eingriffe.
- Apparativ bzw. technisch bedingte nosokomiale Infektion mit indirekter Übertragung durch apparative Ausstattungen, Geräte oder krankenhaustechnische Ausrüstungen (auch als apparativer Hospitalismus bezeichnet).
- Umgebungsinfektion mit Übertragung aus dem Milieu der Gesundheitseinrichtung (z.B. Legionellen über Warmwassersysteme), über Mitarbeiter (die Hände sind als Hauptüberträger für nosokomiale Infektionen anzusehen) und direkt über Flächen als Kontaktinfektion.
- Endogene Infektionen (Selbstinfektionen): die Herkunft der Erreger ist der Patient selbst
- Eingeschleppte Infektion durch andere Patienten, das Team der Einrichtung oder Besucher (überwiegend Erreger von primär nicht-nosokomialen Infektionen, sog. Community-acquired infections).

Tabelle 3: Infektionsmöglichkeiten im Krankenhaus und daraus resultierende Kreuzinfektionen nach Rudolph & Kramer (2003).

Nosokomiale Infektionen in speziellen Fachdisziplinen – die Crux der High-Tech Medizin?

Neue medizinische und operative Technologien, die mehr Interventionen bei Hochrisikopatienten ermöglichen, haben gemeinsam mit der zunehmenden Veränderung der Alterspyramide (Demografie) in Deutschland zu einer kränkeren Patientenpopulation geführt. Dabei sind besonders sehr junge und immer mehr ältere Patienten in den Krankenhäusern anzufinden. Diese speziellen Patienten benötigen immer häufiger auch eine intensivmedizinische Behandlung.

Das Risiko einer Infektion ist für Neugeborene auf einer neonatologischen Intensivstation besonders hoch. Neben der Unreife des Immunsystems werden weitere Faktoren postuliert, die für das Auftreten und für die Manifestation (Sepsis, Pneumonie, Harnwegsinfektion) von Bedeutung sind. Eine Besonderheit bei Neugeborenen ist, dass im Gegensatz zu Erwachsenen die Manifestation meist oligosymptomatisch ist. (Schelonka et al. 2006).

Durch viele Studien konnte belegt werden, dass ein niedriges Geburtsgewicht und ein geringes Gestationsalter mit einem signifikant erhöhten Risiko verbunden sind, eine nosokomiale Sepsis zu entwickeln. Studien der letzten Jahre, die das Auftreten der nosokomialen Sepsis bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500g untersuchten, berichten von Sepsisinzidenzen zwischen 15 und 36 % (Geffer et al. 2008). Mit der Entwicklung der modernen Neonatologie und den damit verbundenen Überlebenschancen immer kleinerer und unreiferer Frühgeborener hat die neonatale Sepsis als Komplikation zugenommen. Die Prävention von Infektionen ist während der Hospitalisierungszeit bei diesen Kindern für ihre gesundheitliche Ent-

wicklung essenziell. Eine Exposition der Frühgeborenen gegenüber Ärzten, Pflegepersonal, Eltern und einer zur bakteriellen Besiedlung prädisponierenden Umgebung kann die Entwicklung einer nosokomialen Infektion fördern.

Jeder chirurgische Eingriff führt aufgrund des operativen Traumas zu einer Veränderung der Immunkompetenz. Dabei sind Zytokine, wie Interleukine und der Tumor-Nekrose-Faktor- α , wichtige regulatorische Mediatoren, die das Immunsystem im Gleichgewicht halten. Ohne Zytokine ist eine normale Entwicklung des Immunsystems nicht möglich. In zu großen Mengen wirken sie allerdings schädigend auf die Kapillarwände, sodass diese vermehrt durchlässig werden und Ödeme in den betroffenen Organen entstehen. Eine eingeschränkte Mikrozirkulation mit Funktionsstörungen der betroffenen Gewebe kann die Folge sein. Zur Gegenregulation werden Mediatoren mit immunsuppressiver Wirkung freigesetzt, z.B. Prostaglandine. Ist auch diese Reaktion überschießend, kommt es zur Immunsuppression mit daraus resultierender Infektanfälligkeit und ggf. Entwicklung einer postoperativen Sepsis.

Die Sepsis kann also sowohl auf eine Überreaktion als auch auf eine Unterdrückung des Immunsystems zurückgehen (Bone et al. 1997). Eine neue

Definition der Sepsis beschreibt das Krankheitsbild, als eine schwere systemische Immunreaktion des Körpers, die auf eine bakterielle, fungale oder virale Infektion folgt (Hotchkiss et al. 2013).

In der Allgemeinchirurgie einer großen Klinik in Texas, USA, wurde eine prospektive Studie mit 363.897 Patienten durchgeführt. Dabei wurde Sepsis bei 8.350 (2,3 %) und septischer Schock bei 5.977 Patienten (1,6 %) nachgewiesen. Die Patienten, die eine Sepsis erlitten, waren häufiger älter als 60 Jahre (51,7 %) als Patienten ohne Sepsis – 40,2 % über 60 (Moore et al. 2010; Tabelle 3).

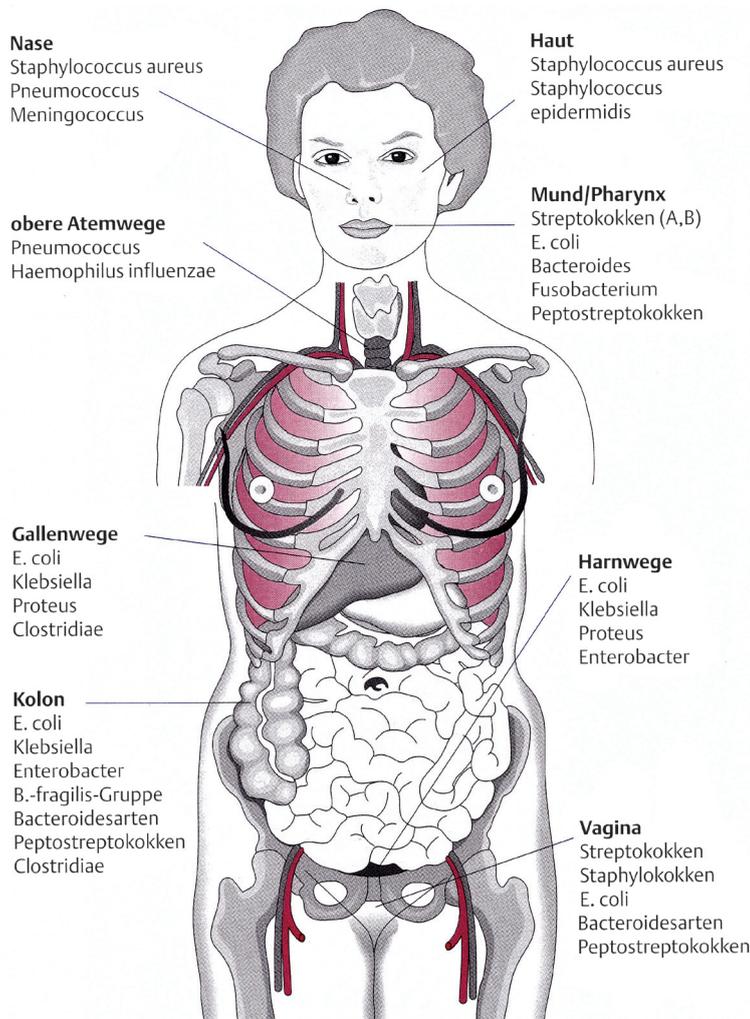
Die Sepsis hat bei älteren Krankenhauspatienten in den letzten zwei Jahrzehnten ca. 20-fach zugenommen. Alle Bereiche des Immunsystems sind von den altersbedingten Veränderungen betroffen, die sich meist durch reduzierte Zellzahlen sowie durch Funktionsverluste bzw. gestörte Balancen bemerkbar machen. Im Alter weisen neutrophile Granulozyten und Makrophagen nur noch eine reduzierte Phagozytosekapazität auf. Die Produktion von Immunmediatoren wie IL-1 oder TNF- α durch die Makrophagen ist vermindert, auch die Lymphozyten verlieren mit dem Alter an Funktion, was die Bedeutung der Zunahme der Sepsis bei diesen Patienten erklärt.

Zusammenfassung

Will man das Wohl der Patienten im Besonderen und der Gesellschaft im Allgemeinen nicht gefährden, ist Hygiene Grundvoraussetzung in Gesundheitseinrichtungen. Desinfektion, Sterilisation und Isolation können Leben retten. Um die dramatische Zunahme von multiresistenten Erregern im Krankenhaus einzudämmen, ist die Optimierung der Antibiotikatherapie – besonders der restriktive Umgang – Gebot der Stunde.

Jeder Tätige in Gesundheitseinrichtungen muss über die infektiologischen Gefahren optimal informiert sein.

Schlüsselwörter: Nosokomiale Infektionen, Epidemiologie, Infektionsrisiken, Entstehung von Infektionen



Patienteneigene Wundinfektionsrisiken nach Wacha 2002

- Alter, Zunahme pro Dezennium
- Diabetes mellitus
- Immuninkompetenz
- Reduzierter Allgemeinzustand
- Übergewicht
- Mangelernährung
- ASA Score > III
- MRSA-Träger
- Fieber/Schüttelfrost innerhalb einer Woche vor OP
- Weibliches Geschlecht, z.B. bei Eingriffen am Kolon
- Männliches Geschlecht, z.B. nach Trauma, Gefäßchirurgie
- Infektionen anderer Lokalisationen
- Arterielle Mangeldurchblutung
- Periphere Ödeme
- Lymphangitis
- Neuropathie

Abbildung 3: Risiken für Infektionen, die auf nicht beeinflussbare endogene, patientenbezogene Faktoren (Normale Flora und die häufigsten Kontaminationen sowie Keimselektion durch Antibiotika induziert) zurückzuführen sind (Verändert nach Lippert H. (Hrsg.) Praxis der Chirurgie Allgemein- und Viszeralchirurgie, Seite 214, Abbildung 14.12, Georg Thieme Verlag Stuttgart – New York 1998).

Sepsis und ein Multiorgandysfunktionssyndrom zählen zu den schwersten Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen oder schweren Verletzungen. Sie sind trotz intensiver Forschungsanstrengungen zum Teil therapieresistent. Sie stellen auf chirurgischen Intensivstationen die häufigste Todesursache dar. Die Letalität hängt von der Ursache und dem Schweregrad der Organdysfunktionen ab.

Daten des Nationalen Überwachungssystems für Nosokomiale Infektionen der USA (National Nosocomial Infections Surveillance System, NNIS) belegen anhand von 498.998 ausgewerteten Patienten, dass nosokomiale Infektionen in direktem Zusammenhang mit einer medizinischen Intervention stehen:

- 83 % der Episoden von nosokomialer Pneumonie hingen mit einer Beatmungstherapie zusammen,

- 97 % der Harnwegsinfektionen mit einer Blasenkatheterisierung und
- 87 % der Bakteriämien mit einem zentral venösen Katheter.

Natürliche Schutzbarrieren des Menschen werden dabei unterbrochen. In Abbildung 1 ist die Pathogenese der Respirator-assoziierten Pneumonie schematisch skizziert. Abbildung 2 verdeutlicht die Infektionsgefahren, die in direkter Verbindung mit medikotechnischen Interventionen stehen.

In den letzten Jahren hat auch die Clostridium-difficile-assoziierte Diarrhö (CDAD) als nosokomiale Infektion folgenswer an Bedeutung zugenommen. Hierbei besteht kein Zusammenhang mit bestimmten Eingriffen oder Hilfsmitteln, sondern mit einer vorausgegangenen Antibiotikatherapie und den Übertragungsbedingungen in dem Krankenhaus (Tabelle 3).

Nicht beeinflussbare Faktoren von Infektionen

Viele große operative Eingriffe wären ohne die moderne Intensivbehandlung in den letzten 50 Jahren heute unvorstellbar. Schildberg und Hoffmann (2011) aus der Chirurgischen Klinik der Universität München weisen zu Recht drauf hin, dass erst die Intensivmedizin durch den Organersatz das Überleben bei schwersten Krankheitsverläufen ermöglicht hat.

Jeder zweite Patienten, der länger als 24 Stunden auf einer Intensivstation betreut wird, hat initial oder erleidet später im Verlauf eine Infektion (Alberti et al. 2005).

Nosokomiale Infektionen müssen leider zu oft als schicksalhaft akzeptiert werden. Schwere Infektionen, durch panresistente Erreger, gefährden inzwischen die gesamte Medizin. Eine völlige

Vermeidung von nosokomialen Infektionen erscheint bei den „endogenen“ Ursachen nicht möglich, so auch das Fazit einer Untersuchung über die Entwicklung nosokomialer Infektionen über 13 Jahre (Weigert 2013). Aktuell hat eine weitere Studie dazu gezeigt, dass eine Reduktion auf null nicht realistisch erscheint und sich auch nicht aus der Literatur ableiten lässt. Insgesamt wurden 2.277 Arbeiten gesichtet und 204 Volltexte akquiriert und beurteilt. In die quantitative Analyse wurden sieben prospektive Kohortenstudien eingeschlossen, die eine Reduktion von nosokomialen Infektionen bei aseptischen Eingriffen untersuchten. Die Maßnahmen beinhalteten Schulungen, antibiotische Prophylaxe sowie Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen des Operationsgebiets. Postoperative Wundinfektionen konnten durch die genannten Interventionen nur geringfügig und nicht signifikant reduziert werden (Tacconelli et al. 2016).

Zum beherrschbaren Risiko des Krankenhauses gehören danach nur solche Infektionen, die auf beeinflussbare, „exogene“ Faktoren zurückzuführen sind und nachweisbar im zeitlichen und kausalen Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt aufgetreten sind.

Durch den Fortschritt der modernen Medizin – besonders der operativen Intensivmedizin bei älteren Patienten mit schweren Vorerkrankungen und Immunsuppression – ist von einer weiteren steigenden Zunahme von schweren systemischen Infektionen (Sepsis) auszugehen (Abbildung 3). <<



Literatur

Alberti C., Brun-Buisson C., Chevret S., Antonelli M., Goodman S.V., Martin C. et al. (2005) Systemic inflammatory response and progression to severe sepsis in critically ill infected patients. *Am J Respir Crit Care Med* 171, 461–468.

Bauer T.T., Ferrer R., Kollmeier J., Torres A., Hering S. & Schultze-Werninghaus G. (2000) Role of bacterial biofilm in the pathogenesis of nosocomial pneumonia. *Intensivmed* 37, 536–540.

Behnke M., Hansen S., Leistner R., Diaz L.A., Gropmann A., Sohr D. et al. (2013) Nosocomial infection and antibiotic use – a second national prevalence study in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 110, 627–33.

Beilecke K. (2007) Transmissionsassoziierte nosokomiale Infektionen auf Intensivstationen. Dissertation der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Bitzer E.M., Frei J. & Schulz-Stübner S. (2014) Hygienewissen und Ängste bezüglich nosoko-

mialer Infektionen: Ergebnisse einer Pilotbefragung und Validierung eines Erhebungsfragebogens. *HygMed* 39, 336–342.

Bone R.C., Grodzin C.J. & Balk R.A. (1997) Sepsis: A new hypothesis for pathogenesis of the disease process. *Chest* 112, 235–243.

Europäischer Rat (2009) Empfehlung des Rates zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen. http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_de.pdf, Zugriff am 26.05.2016.

Füssle R. (2001) Praxis der Infektiologie: Organbezogene Diagnostik und Therapie, Springer Berlin-Heidelberg.

Gastmeier P. & Fätkenheuer G. (2015) Infektiologie: Dilemma mit Begriffen und Zahlen. *Deutsches Ärzteblatt* 112, A-674/B-576/C-559.

Geffers C., Baerwolff S., Schwab F. & Gastmeier P. (2008) Incidence of healthcare-associated infections in high-risk neonates: results from the German surveillance system for very-low-birthweight infants. *J Hosp Infect.* 68, 214–221.

Heinrich P. & Fleischer G.M. (1982) Erfassung krankenhanserworbener Infektionen. *Zbl Chir* 107, 621–627.

Hotchkiss R.S., Monneret G. & Payen D. (2013) Immunosuppression in sepsis: a novel understanding of the disorder and a new therapeutic approach. *Lancet Infect Dis* 13, 260–268.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (2012). Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. *Bundesgesundheitsblatt* 55, 1311–1354.

Moore L.J., Moore F.A., Todd S.R., Jones S.L., Turner K.L. & Bass B.L. (2010) Sepsis in general surgery: the 2005-2007 national surgical quality improvement program perspective. *Arch Surg* 145, 695–700.

O’Neill, J. Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations. REVIEW ON ANTIMICROBIAL RESISTANCE. May 2016. <http://amr-review.org/sites/de->

[fault/files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf](http://files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf). Zugriff am 26.05.2016

Panknin H.T. (1996) Infektionen im Krankenhaus. *Heilberufe* 48: 20–21.

Rudolph P. & Kramer A. (2003) Das Kreuz mit den Kreuzinfektionen. *Journal Anästhesie und Intensivbehandlung* 4, 50–52.

Scheltonka R.L., Scruggs S., Nichols K., Dimmitt R.A. & Carlo W.A. (2006) Sustained reductions in neonatal nosocomial infection rates following a comprehensive infection control intervention. *J Perinatol* 26, 176–179.

Schildberg F.W. & Hoffmann J.N. (2011) Wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn in der operativen Medizin. *Med Klin Intensivmed* 106, 34–40.

Schuster H.P. (1988) Nosokomiale Pneumonien auf Intensivstationen. *Atemwegs-Lungenkrankheiten* 14, 80–84.

Tacconelli E., Müller N.F., Lemmen S., Mutters N.T., Hagel S. & Meyer E. (2016) Infection risk in sterile operative procedures – a systematic review and meta-analysis. *Dtsch Arztebl Int* 113, 271–278.

Wacha H. (2002) Intensiv- und Notfallbehandlung 26, 3–15.

Weigert N. (2013) Entwicklung nosokomialer Infektionen über 13 Jahre (1998 - 2010) Longitudinalstudie mit 16.900 Patienten am Beispiel der Fachabteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung. Dissertation der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Wille B. (2015) Multiresistente Erreger - Presse und Politik. *Krh Hyg Inf Verh* 37, 169–170.

Autorenkontakt:

Hardy-Thorsten Panknin,
Badensche Straße 49, 10715 Berlin
Kontakt: ht.panknin@berlin.de

Anzeige

Andreas Schwarzkopf

Praxiswissen für Hygienebeauftragte

Anleitungen für stationäre Pflegeeinrichtungen einschließlich Rehabilitationseinrichtungen, für ambulante Dienste und Krankenhäuser

4., überarbeitete Auflage 2016
322 Seiten, 21 Abb., 17 Tab. Kart. € 28,-
ISBN 978-3-17-028660-3

Neu!

auch als EBOOK

Die Tätigkeit der Hygienebeauftragten in der Pflege ist in den vergangenen Jahren noch interessanter und vielseitiger geworden, allerdings wird auch mehr Fachwissen verlangt. Die Erstellung und Aktualisierung von Hygieneplänen auf der Basis von Risikobewertungen, wie vom Robert Koch-Institut gefordert, führt zur Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten. Die MRGN als neue Gruppe multiresistenter Erreger, die Ausbreitung von Clostridium difficile und die Aktualisierung vertrauter KRINKO-Empfehlungen stellen neue Herausforderungen dar. Dazu kommt die neue Rechtslage, die Chancen und Pflichten bietet.

W. Kohlhammer GmbH
70549 Stuttgart
vertrieb@kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

> Das Impfverhalten Pflegender

Kleiner Pikser – hoher Nutzen?

PATRICK FEHLING

Durch ihr Impfverhalten tragen Pflegende mindestens aus drei Perspektiven heraus eine hohe Verantwortung: Sie müssen auf ihren Selbstschutz achten, sie beeinflussen die Krankheitsausbrüche bei den Pflegebedürftigen unmittelbar und sie sind, wie alle Bundesbürger auch, aufgerufen, an der Eliminierung gleichermaßen bekannter wie tückischer Krankheiten mitzuwirken. Obwohl Impfungen immer einfacher und risikoärmer werden, halten sich Vorbehalte dagegen hartnäckig. Die bestehenden Zweifel an einzelnen Impfungen und die Impfmüdigkeit im Allgemeinen gilt es abzubauen.



Impfverhalten in der Bevölkerung

Man unterscheidet zwischen einer aktiven und einer passiven Impfung. Bei der letzteren werden im Falle eines akuten Infektes Antikörper appliziert. Die aktive, vorbeugende Impfung, die hier thematisiert wird, bereitet das körpereigene Immunsystem auf spezifische Erreger derart vor, dass Infektionen rasch und möglichst symptomlos verlaufen. Die 1972 im Zusammenhang mit dem Infektionsschutzgesetz gebildete Stän-

dige Impfkommision (STIKO) sieht Impfungen nach wie vor als die „wirksamste und wichtigste präventive medizinische Maßnahme“ (RKI 2015). Die STIKO bewertet kontinuierlich Daten zu Impfstoffen und impfpräventablen Erkrankungen und gibt evidenzbasierte, also empirisch gestützte Impfempfehlungen aus (RKI 2014). Die STIKO, die dem Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin zugeordnet ist, weist den heutigen Impfstoffen eine gute Verträglichkeit nach: „Bleibende unerwünschte gravierende Arzneimittelwirkungen werden nur in

sehr seltenen Fällen beobachtet“ (RKI 2015).

Der Fokus der STIKO liegt allerdings nicht ausschließlich auf der Ebene einzelner Individuen. Auf beruflicher Ebene, wie beispielsweise bei Pflegenden, geht es nur anteilig um Selbstschutz: Die Patienten/Bewohner durch die Impfungen Pflegender zu schützen, ist von ebenso großer Bedeutung. Auf der Makroebene wäre es sogar möglich, durch eine hohe Impfquote einzelne Krankheitserreger regional und schließlich weltweit auszurotten. Konkret ist „die Eliminierung

der Masern, der Röteln und der Poliomyelitis [...] erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik" (RKI 2015).

Einer Umfrage der Stiftung Warentest zufolge stehen die Deutschen dem Impfschutz zwar generell positiv gegenüber, skeptische Stimmen waren aber trotz der Aufklärung der STIKO durch wiederholte Werbeoffensiven deutlich vernehmbar. An der Befragung nahmen Ende 2011 mehr als 10.000 Personen teil, davon standen 17 Prozent Impfungen eher kritisch gegenüber. Mehr als die Hälfte von ihnen konnte sich nicht vorstellen, ihre Impfskepsis zu überdenken. 44 Prozent der Skeptiker gaben an, schlechte Erfahrungen mit Impfungen gemacht zu haben und deutliche 90 Prozent von ihnen behaupteten, dass Impfpfehlungen „ausschließlich von der Pharmaindustrie gesteuert“ werden (Stiftung Warentest 2012a). Den Skeptikern bereiten auch mögliche Nebenwirkungen oder die enthaltenen Konservierungsstoffe Sorgen. Auch Argumente, wie die etwaige Überforderung des Immunsystems durch die Impfung und dass Impfungen dem Körper die Chance zur natürlichen Auseinandersetzung mit der Erkrankung nehmen, werden ins Feld geführt.

Selbst bei den Impfbefürwortern hatten sich 40 Prozent schon mindestens einmal gegen eine Impfung entschieden (insbesondere geben die Grippeimpfung), weil sie als nicht notwendig betrachtet wurde oder weil die Risiken der Impfung als zu hoch erschienen. 15 Prozent der Erwachsenen gaben gar an, ihr Arzt habe ihnen bisweilen deutlich oder zumindest spürbar von einer Impfung abgeraten; 80 Prozent der Befragten folgte dann der ärztlichen Empfehlung, sowohl für sich selbst, als auch für ihre Kinder. Die Ablehnung bestimmter Impfungen könnte auch mit einem lückenhaften Wissen über den aktuellen Impfschutz zusammenhängen: Nur 27 Prozent der Befragten hatten je von der Empfehlung gehört, sich als Erwachsene nochmals gegen Keuchhusten impfen zu lassen (Stiftung Warentest 2012a).

Die Umfrageergebnisse der Stiftung Warentest könnten erklären, weshalb in Deutschland im „Vergleich zu anderen Industrienationen unzureichende Durchimpfungsraten“ erreicht werden (RKI 2015). Die größten Impflücken bestehen bei Pfliegenden, die wie die meisten Erwachsenen nur unzureichend die empfohlenen Auffrischimpfungen ge-

gen Tetanus und Diphtherie annehmen; je älter die Kollegen sind, umso seltener (RKI 2015).

Die in deutschen Umfragen geschilderten Sorgen greift die STIKO in ihrem Epidemiologischen Bulletin vom August 2015 einzeln auf. Sie weist beispielsweise darauf hin, dass selten beobachtete Impfreaktionen wie leichtes Fieber, Unwohlsein und Kopf- und Gliederschmerzen im Allgemeinen höchstens 3 Tage währen (RKI 2015). Laut der STIKO ist auch der Verlust des Impfausweises kein Grund, notwendige Impfungen zu ignorieren. Das eigene Blut untersuchen zu lassen, ob genügend Impfschutz besteht, weil der Impfausweis fehlt, erachtet die STIKO als nicht sinnvoll. Die aktuell verfügbaren Titerbestimmungsmethoden weisen keine ausreichende Aussagekraft auf. Daher empfiehlt die STIKO grundsätzlich, sich bei fehlendem Impfausweis als nicht geimpft zu betrachten, weil von der zusätzlichen Impfung auch bei bestehendem Impfschutz kein besonderes Risiko ausgeht (RKI 2015).

Bezogen auf Unsicherheiten bei den Zeitintervallen zwischen den einzelnen Impfungen beruhigt die STIKO. Bei einer Grundimmunisierung sei zwar ein zeitlicher Mindestabstand zwischen den einzelnen Impfungen einzuhalten (in der Regel sechs Monate), sollte jedoch eine der Impfungen vergessen worden sein, bedeute dies nicht, dass neu begonnen werden müsse. Auch eine für viele Jahre unterbrochene Grundimmunisierung oder verpasste Auffrischimpfungen sollten einfach durch die fehlende Impfstoffdosis komplettiert werden (RKI 2015). Die STIKO pointiert dies in dem Merksatz: Jede Impfung zählt!

Die plausible Scheu vor gleichzeitiger Impfung mit mehreren Impfstoffen versucht die STIKO mit der Begründung zu nehmen, dass Kombinationsimpfstoffe die Anzahl der Injektionen reduziert und damit die Akzeptanz gesteigert werde.

Banale Infekte, selbst mit leicht erhöhter Körpertemperatur, Ekzeme, eine akute Behandlung mit Antibiotika oder Kortikosteroiden, ehemalige Fieberkrämpfe oder vorangegangene Operationen seien ausdrücklich kein Grund, eine Impfung abzulehnen oder aufzuschieben (RKI 2015).

Dass auch bei Pfliegenden eine bisweilen irritierende Angst vor Spritzen besteht, haben Wissenschaftler aufgegriffen und entwickeln Systeme, die flüssige

und feste Impfstoffe durch hohen Druck unter die Haut einbringen können. Mit dieser Methode, welches durch das Bundesforschungsministerium mit rund einer Milliarde Euro gefördert wird, wäre eine Impfung künftig ohne Nadel möglich und erhielte eine noch höhere Akzeptanz (Ärzteblatt 2015).

Allgemeine Impfungen für Erwachsene

Derzeit stehen Impfungen gegen viele virale und bakterielle Infektionskrankheiten zur Verfügung. Nicht nur Pfliegende, sondern alle Erwachsenen sollten sich gegen die folgenden Infektionskrankheiten unbedingt grundimmunisieren lassen oder nach 10 Jahren eine einmalige Impfauffrischung erhalten (RKI 2015):

1. Diphtherie
2. Poliomyelitis
3. Pertussis (Keuchhusten)
4. Tetanus
5. Masern.

Die dringliche Impfpfehlung für Masern gilt für alle Erwachsenen, die nach 1970 geboren sind, die nicht wissen, ob sie gegen Masern geimpft sind, oder die als Kind nur einmalig geimpft wurden. Die vermeintlich harmlose Kinderkrankheit stellt auch für Erwachsene eine Gefahr dar. Masern geht mit Fieber, Mittelohr- und Lungenentzündung einher, sehr selten auch mit bedrohlicher Hirnhautentzündung. Die Inzidenz hat sich 2015 im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt (Stiftung Warentest 2011). Laut Angaben des RKI wurden seit Oktober 2015 allein in Berlin mehr als 1000 neue Masern-Fälle gemeldet (Deutsches Ärzteblatt 2015b). Das ursprüngliche Ziel der Bundesregierung, die Krankheit bis 2015 auszurotten, ist somit gescheitert (Deutsches Ärzteblatt 2015b). 2004 stand für das RKI bereits fest, dass für die geplante Eliminierung der Masern der Impfschutz in Deutschland noch immer unzureichend ist (Reiter 2004).

Aus einer bundesweiten Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Infektionsschutz geht hervor, dass mittlerweile mehr als drei Viertel der Deutschen (77 Prozent) die Masern-Impfung als „besonders wichtig“ oder „wichtig“ einstufen (Deutsches Ärzteblatt 2015c). Diese Einsicht geht auch auf die aufwendige BZgA-Kampagne „Deutschland

sucht den Impfpass“ zurück (Deutsches Ärzteblatt 2015c). 70 Prozent der von der BZgA Befragten, die nicht ausreichend gegen Masern geschützt oder sich dessen nicht sicher waren, gaben an, dass sie nicht auf die Notwendigkeit der Masern-Impfung hingewiesen worden waren. Ein Viertel der Befragten hatte Angst vor Nebenwirkungen und verweigerte daher die Masernimpfung (Ärzte Zeitung 2015). Obwohl in der Bundesrepublik keine Impfpflicht besteht (RKI 2015), drohte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) angesichts der hohen Zahl an Masern-Erkrankungen Impfverweigerern jedoch mit einem Impfwang (Deutsches Ärzteblatt 2015e). Vorstellbar wäre für ihn ein Vorgehen wie in Australien, wo Impfverweigerern Sozialleistungen gestrichen werden. Nicht impfen sei verantwortungslos, sagte Gröhe der Deutschen Presse-Agentur und fügte hinzu, dass die Masern-Krankheit unnötig sei, weil es einen wirksamen Impfschutz gäbe (Deutsches Ärzteblatt 2015e).

Spezielle Impfungen für Pflegende

In dem bereits 1999 initiierten 10-Punkte-Programm des RKI zur Erhöhung der Impfbereitschaft in Deutschland wurden Pflegende explizit angesprochen. Sie sollten in Sachen Impfungen verstärkt einbezogen, motiviert und qualifiziert werden, weil sie als Multiplikatoren im Gesundheitswesen einen „großen Einfluss auf die Meinungsbildung von Erziehungsberechtigten, Kindern, Jugendlichen“ hätten (RKI 1999). Wegen des erhöhten beruflichen Risikos und zum Schutz der Patienten/Bewohner sollten Pflegende gemäß Arbeitsschutzgesetz/Biostoffverordnung/Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (Arb-

MedVV) zu den o.g. Impfungen unbedingt noch folgenden Immunisierungen erhalten (RKI 2015).

1. Hepatitis: Die Impfung gegen Hepatitis A sollten alle in den Gesundheitsberufen Tätigen annehmen. Eine Immunisierung gegen Hepatitis B wird für „expositionsgefährdete Personal in medizinischen Einrichtungen“ empfohlen (RKI 2015). Die Infektion bleibt häufig zunächst unentdeckt, da die Leber trotz Entzündung keinen Schmerz empfindet und die Symptome unspezifisch sind. Spätfolgen der Hepatitis B könnten jedoch Leberzirrhose und Leberzellkrebs sein. Eine Kontrolle der Leberwerte könne Aufschluss über eine mögliche Infektion mit Hepatitis-Viren geben, so die Deutsche Leberstiftung (Deutsches Ärzteblatt 2015d).
2. Mumps: Wie bei Masern gilt die Mumpsimpfung ausdrücklich für Pflegende, die nach 1970 geboren und unzureichend geimpft sind.
3. Röteln: Alle unzureichend geimpften Pflegenden (auch Männer), die auf Kinderstationen oder in Wohngemeinschaften arbeiten, sollten sich gegen Röteln impfen lassen.
4. Varizellen: Pflegende sollten sich dieser Impfung generell unterziehen, erst recht, wenn sie in den Bereichen Pädiatrie, Onkologie, Intensivmedizin arbeiten oder andere Patienten mit Immundefiziten betreuen.
5. Influenza (Virusgrippe): Pflegende haben ein erhöhtes Risiko, an einer Influenza zu erkranken und die Patienten oder Bewohner anzustecken.

Eine US-amerikanische Untersuchung von Influenza-Ausbrüchen zeigte, dass in fast einem Drittel der Fälle medizinisches Personal an der Übertragung beteiligt war (RKI 2001). Eine britische

Studie schilderte, dass Altenheime mit geimpften Pflegenden die Sterberate von 17 Prozent auf 10 Prozent senken konnten (ebd.). Pflegende nehmen in der Influenzaimpfprävention demnach eine wichtige Rolle ein. Eine aktuelle Erhebung des RKI zeigt, dass ein Großteil (81,2 Prozent) der Alten- und Pflegeheime ihre Pflegekräfte über Influenzaimpfungen informiert, dass aber nur jedes zweite Heim (49,3 Prozent) ihren Mitarbeitern eine Impfung durch den Betriebsarzt anbietet (Bödeker et. al. 2014).

Die bundesdeutsche Influenza-Impfquote verzeichnet weiterhin einen Abwärtstrend von 47 Prozent (2009) auf 37 Prozent (2014). Dies divergiert deutlich von der durch die WHO & EU empfohlenen Durchimpfungsrate von 75 Prozent bei älteren Erwachsenen. Die anhaltende Impfmüdigkeit begründet sich einerseits im Misstrauen gegenüber der Impfung, andererseits in der Unterschätzung der Gefahren einer Grippeerkrankung. Sogar die Meinung, die Influenza-Impfung selbst könne die Influenza-Erkrankung verursachen, wird in Umfragen laut. „Influenza-Impfstoffe können auf keinen Fall selbst eine Virusgrippe auslösen, da es sich um inaktivierte Impfstoffe handelt, die nur Teile des Erregers enthalten“, betont Johannes Löwer, Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts (RKI 2002). Gerade die für das „pflegerische Personal empfohlene Influenzaimpfung wird von diesen nur unzureichend akzeptiert“ (Reiter 2004). Dabei ist eine Influenza-Erkrankung nicht ungefährlich: Jährlich sterben in Deutschland zwischen 5000 und 10.000 Menschen daran. 2014/2015 suchten aufgrund grippebedingter Symptome bundesweit rund 6,2 Millionen Menschen den Arzt auf, etwa 31.000 Patienten kamen deshalb ins Krankenhaus (Deutsches Ärzteblatt 2015f). Für Pflegende bedeutete dies die aufwendige Arbeit mit Schutzkleidung wie bei MRSA-Infektionen auch (Fehling 2015). Die STIKO und die Berufsverbände der Pflegeberufe sowie die Berufsgenossenschaft empfehlen Pflegenden eine jährliche Influenza-Impfung im Herbst, da die meisten Krankheitsfälle zwischen Dezember und April auftreten (Deutsches Ärzteblatt 2015g). Nach der Impfung benötigt das Immunsystem ein bis zwei Wochen, um einen vollständigen Immunschutz aufzubauen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) weist daraufhin, dass der

Zusammenfassung

Pflegende sind aus hier näher beschriebenen Notwendigkeiten heraus gefragt, sich über Impfpräventionsentwicklungen zu informieren und ihr Impfverhalten und das zu Pflegenden zu optimieren. Pflegende können unmittelbar mitwirken an der vom RKI propagierten Ausrottung von vermeintlichen Kinderkrankheiten. Daher gelten für Pflegende wie für Erwachsene grundsätzlich einige Impfempfehlungen, andere Impfungen sind ausdrücklich für Pflegende empfohlen, wieder andere sind neuerdings nicht mehr notwendig. Dieser Artikel soll ausdifferenziert informieren, mögliche Zweifel an einzelnen Impfungen ausräumen und die Tragweite einer Impfmüdigkeit aufzeigen.

Schlüsselwörter: *RKI, STIKO, Impfungen, Impfverhalten, Impfmüdigkeit, Impfempfehlung.*

Impfschutz freiwillig ist, aber ein neues Infektionsschutzgesetz Arbeitgebern im Gesundheitssektor erlaubt, Mitarbeiter bei der Einstellung nach deren Impfstatus zu fragen und sie gegebenenfalls abzulehnen, wenn der entsprechende Impfschutz fehlt (Deutsches Ärzteblatt 2015h). Die Kosten für die o.g. Impfungen, die Pflegende dringend akzeptieren sollten, übernimmt seit 2007 auch auf Druck des RKIs hin die Krankenkasse (§ 20d SGBV); vor 2007 war die Kostenübernahme durch die Kassen freiwillig.

Welche Impfungen sind für Pflegende nicht zwingend nötig?

Laut des RKI brauchen Pflegekräfte berufsbedingt folgende Impfungen nicht:

- Humane Papillomviren
- SME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)
- Haemophilus influenzae Typ b
- Cholera
- Gelbfieber: Die STIKO empfiehlt hier keine Auffrischimpfung mehr, weil neue Studien auf einen lebenslangen Impfschutz nach einmaliger Gelbfieberimpfung hingewiesen haben (Deutsches Ärzteblatt 2015i).
- Pneumokokken und Meningokokken: Diese Impfempfehlung wird kontrovers diskutiert. Die STIKO empfiehlt sie eindeutig bei Laborpersonal. Daneben empfiehlt das RKI allen Menschen über 60 und Menschen mit chronischen Erkrankung wie Diabetes mellitus, Leber-, Lungen-, Herz- oder Nierenleiden sich gegen eine Pneumokokken-Erkrankung impfen zu lassen (RKI 2002). Stiftung Warentest hingegen erachtet es als wenig sinnvoll, ältere Menschen gegen Pneumokokken impfen zu lassen. Die Wirksamkeit bei dieser Altersgruppe sei „nicht gut belegt“. Nach Ansicht der Experten der Stiftung Warentest sei es sinnvoller, bei Kindern und Jugendlichen hohe Impfraten gegen Pneumokokken durchzusetzen, weil dies auch die Ansteckung älterer Menschen verhindere (Stiftung Warentest 2012b).
- Tuberkulose: Die Impfung mit dem derzeit verfügbaren BCG-Impfstoff wird ausdrücklich nicht empfohlen (RKI 2015).

Wie dargestellt wurde, sind Pflegende aus verschiedenen Verantwortlichkeiten heraus gefragt, sich nicht nur

bezüglich der epidemiologischen und pharmakologischen Impfpräventionsentwicklungen zu informieren und zu positionieren, sondern auch zum Selbstschutz und zum Schutz anderer ihr eigenes Impfverhalten aktiv zu optimieren. Vertiefende Informationen dazu finden Sie unter www.rki.de und #FokusImpfen. <<



Literatur

Ärzte Zeitung (2015) Schutz vor Masern: Viele wissen nichts von Impf-Empfehlung. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/praevention/article/891425/schutz-masern-viele-wissen-nichts-impf-empfehlung.html, Zugriff am 01.01.2016.

Bödeker B., Wichmann O., Mertens B., Seefeld L. & Pott E. (2014) Umsetzung der Influenzaimpfempfehlung in Alten- und Pflegeheimen. Ergebnisse einer Erhebung im Rahmen der nationalen Influenza-Impfaufklärungskampagne. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 57, 1315–1321.

Deutsches Ärzteblatt (2015a) Impfen ohne Nadel. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Impfen?nid=62229>, Zugriff am 01.01.2016.

Deutsches Ärzteblatt (2015b) Masernausbruch beutelt Berlin. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Impfen?nid=61722>, Zugriff am 01.01.2016.

Deutsches Ärzteblatt (2015c) Die Impfkampagnen zeigen Wirkung. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Impfen?nid=63168>, Zugriff am 01.01.2016.

Deutsches Ärzteblatt (2015d) Impfung gegen Virushepatitis bleibt wichtig. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Impfen?nid=64006>, Zugriff am 01.01.2016.

Deutsches Ärzteblatt (2015e) Masern: GröÙe droht mit möglichem Impfwang. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Impfen?nid=62452>, Zugriff am 01.01.2016.

Deutsches Ärzteblatt (2015f) Experten werben für die Grippeimpfung. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Impfen?nid=64145>, Zugriff am 01.01.2016.

Deutsches Ärzteblatt (2015g) Grippe: Impfraten stagnieren auf niedrigem Niveau.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Impfen?nid=64672>, Zugriff am 01.01.2016.

Deutsches Ärzteblatt (2015h) Bei der Einstellung von Mitarbeitern nach Impfschutz fragen. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Impfen?nid=64083>, Zugriff am 01.01.2016.

Deutsches Ärzteblatt (2015i) Robert Koch-Institut gibt neue Impfempfehlungen heraus. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Impfen?nid=63890>, Zugriff am 01.01.2016.

Fehling P. (2015) Von Schleppnetzen und French Nails. Antibiotikaresistente Mikroorganismen sind auf dem Vormarsch. Pflegezeit-schrift 68, 540–544.

Reiter S. (2004) Ausgewählte Daten zum Impf- und Immunstatus in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47, 1144–1150.

Robert Koch-Institut (1999) 10 Punkte-Programm zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/10_punkte_programm.html, Zugriff am 01.01.2016.

Robert Koch-Institut (2001) Aufruf zur Grippeimpfung für Beschäftigte im Gesundheitswesen, in Pflege- und Altenheimen. http://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemittelungen/2001/29_01.html, Zugriff am 01.01.2016.

Robert Koch-Institut (2002) Bald an die Grippe-Schutzimpfung denken – wichtig auch für Beschäftigte im Gesundheitswesen. http://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemittelungen/2002/22_02.html, Zugriff am 01.01.2016.

Robert Koch-Institut (2014) Aufgaben und Methodik. http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Aufgaben_Methoden/methoden_node.html, Zugriff am 01.01.2016.

Robert Koch-Institut (2015) Mitteilung der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (RKI): Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin 34, 327–362.

Stiftung Warentest (2011) Umfrage Impfen: Wie stehen Sie zum Impfschutz? <https://www.test.de/Umfrage-Impfen-Wie-stehen-Sie-zum-Impfschutz-4298342-0/>, Zugriff am 01.01.2016.

Stiftung Warentest (2012a) Impfungen für Kinder: Dieser Impfschutz ist sinnvoll. test 03/2012.

Stiftung Warentest (2012b) Impfen: Welche Impfungen für Erwachsene wichtig sind. test 10/2012.

Autorenkontakt:

Patrick Fehling, Pflegefachkraft, Diplom-Pflegepädagoge, wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand der Charité zu Berlin
Kontakt: Dipl.P.Fehling@gmail.com

> Kulturelle Teilhabe und künstlerischer Ausdruck

Basales Theater

LEA BULLERJAHN & RAHEL KURPAT



Hellbraun, rosinenbraun, weißer Zuckerguss. Es riecht nach Muskat, Zimt und Weihnachten. Es schmeckt honigsüß, die Mandeln knacken beim Zubeißen. „Knusper, Knusper Knäufchen, wer knuspert an meinem Häuschen?“ Der Teig fühlt sich kühl und klebrig an. Beim Bäckereibesuch spüren wir die Hitze des Steinofens. Die Hexe selbst kommt zu Besuch (inklusive Maskenbildner vom Theater) und beim Lebkuchenkindertanz ist ein Rollstuhl nur noch ein Grund mehr sich besonders schnell zu drehen. Gretel sieht die Hexe zum ersten Mal, Hänsel und sie streiten darum welche Süßigkeit am besten schmeckt. Und mitten zwischen den Geigern sitzend, selbst den Dirigentenstock schwingend oder die Vibrationen des Kontrabass spürend, wird Humperdincks Oper „Hänsel und Gretel“ plötzlich greifbar, Teil der eignen Welt, wird sinnlich, ganzheitlich, lebendig.

„Der wahre Sinn der Kunst liegt nicht darin, schöne Objekte zu schaffen. Es ist vielmehr eine Methode, um zu verstehen. Ein Weg, die Welt zu durchdringen und den eignen Platz zu finden“ (Auster zit. n. Bockhorst 2011).

Das Basale Theater ist eine Methode, die jedem Menschen ermöglicht, ganzheitlich künstlerisch aktiv zu werden und kulturell teilzuhaben – rezeptiv und par-

tizipativ. Jegliche Inhalte werden nicht nur kognitiv wahrnehmbar aufbereitet und nachvollziehbar gemacht, sondern zunächst elementarisiert, also auf ihre wesentlichen Aspekte heruntergebrochen. Anschließend werden sie so gestaltet, dass sie im gemeinsamen Spiel über alle Sinne erlebt werden können – riechend, tastend, hörend, schmeckend, durch Bewegung und Atmosphäre im Raum.

In interaktiver spielerischer Auseinandersetzung mit Materialien, Geräuschen und Licht entsteht ein ganz individuelles ästhetisches Theatererlebnis, das sich immer an den Themen und Bedürfnissen seiner Beteiligten, aber auch an ästhetischen Ansprüchen orientiert.

„Ästhetisch“ abgeleitet von „aisthesis“ (griech.) meint die Vollkommenheit der sinnlichen Wahrnehmung (Baumgarten zit n. Theunissen 2006, S. 244), und ist somit methodische und künstlerische Richtlinie im Basalen Theater.

Basale Stimulation

Methodisch stützt sich das Basale Theater auf die Basale Stimulation. Der Sonderpädagoge Andreas Fröhlich entwickelte 1975 die Basale Stimulation für Kinder und Jugendliche mit Schwerstmehrfachbehinderungen. Dank der Pflegewissenschaftlerin Christel Bienstein fand dieses Konzept rasch Einzug in die Krankenpflege.

Der Grundgedanke ist es, Menschen, die in Kommunikation, Wahrnehmung und Aktivität schwer eingeschränkt sind, über ihre physische Realität den eigenen Körper, das Gegenüber und letztendlich auch die Umwelt zugänglich zu machen. Schlüssel hierzu ist die Fähigkeit eines jeden Menschen, über die sinnliche Wahrnehmung Kontakt zu sich und der Umwelt aufzunehmen, Kommunikation und Beziehungen zu gestalten und individuelle Lern- und Entwicklungsprozesse in Gang zu setzen.

Durch gezielte sensorische, vestibuläre oder vibratorische Anregungen sollen der Körper erfahrbar gemacht, die Bewegungs- und Aktivitätsmöglichkeiten erweitert und alle Wahrnehmungsbereiche gefördert werden. Hierbei wird die Basale Stimulation immer als Angebot verstanden, welches den Aspekt der Freiwilligkeit wahrt.



Wie bei der Basalen Stimulation geht es auch bei Basalem Theater um das Erleben der Welt mit allen Sinnen, aber hier steht auch das Gruppengefühl im Vordergrund.

Die Zielgruppe und ihre Bedürfnisse

Basales Theater greift die Methoden der Basalen Stimulation auf und richtet sich ebenso speziell an Menschen, die aufgrund von körperlicher oder geistiger Einschränkung auf individuelle Zugänge und Kommunikationsformen angewiesen sind. Kinder und Erwachsene mit körperlichen und geistigen Behinderungen gehören genauso zur Zielgruppe wie Menschen mit einer demenziellen Erkrankung.

Neben der Zielgruppe ist vor allem das grundlegende Menschenbild ein wesentliches verbindendes Element. Man sieht den Teilnehmenden als gleichwertig, als Mensch mit eigener Geschichte, eigener Identität und elementaren Bedürfnissen nach Ausdruck und Kom-

munikation (Nydahl & Bartoszek 2003, S. 3). Der Aspekt der Selbstbestimmung ist gleichermaßen fest verankert und beide Konzepte bedienen sich der körpernahen und -fernen Sinne und aller Möglichkeiten zwischenmenschlicher Kommunikation um Selbstreflexion, Weltaneignung, Kontakt und Ausdruck zu ermöglichen.

Um an die Bedürfnisse dieser Menschen anzuknüpfen und künstlerische Zugänge möglichst vielfältig und individuell zu gestalten, öffnet sich das Basale Theater für kunstspartenübergreifende Ansätze und Methoden aller Art und verwischt die Grenze zwischen Bühne und Zuschauerraum zugunsten eines gemeinsamen Erlebnisfeldes. Es können ganz andere und neue Formen der Begegnung und Kommunikation mög-

lich werden, als es im Alltag der Fall ist. Hier begegnen sich alle Beteiligten auf Augenhöhe, als autonome Kulturschaffende und Beteiligte am gemeinsamen ästhetischen Erlebnis.

Der einzelne Mensch, seine vielfältigen körpernahen und körperfernen Möglichkeiten sich die Welt anzueignen und seine individuellen künstlerischen Ausdrucksformen stehen im Mittelpunkt. Die Autonomie und Selbstbestimmung aller Beteiligten spielen demnach eine besondere Rolle.

Basales Theater

Die enge Verbindung zwischen Basaler Stimulation und Basalem Theater ist nicht nur namentlich erkennbar. Allerdings gibt es einen wesentlichen Unterschied, der die beiden Ansätze klar voneinander trennt: Die Basale Stimulation ist ein pädagogisches Konzept, das Basale Theater eine Kunstform mit ästhetischem Anspruch.

Während Basale Stimulation, auch wenn sie als freiwilliges Angebot verstanden und praktiziert wird, immer auch die therapeutische Perspektive, den Förderanspruch (Manecke 1997, S. 322) und individuelle pädagogische Ziele impliziert, geht es im Basalen Theater um das ästhetische Erlebnis, unter anderem durch das zweckfreie Spiel auf Augenhöhe. Eine Grundvoraussetzung für Spiel ist, dass keiner der Spielpartner etwas anderes als den gemeinsamen Erlebnisgewinn beabsichtigt, was auf eine Fördersituation nicht zutrifft.

Die ähnliche Methodik beider Ansätze impliziert, dass auch basale Theaterangebote ganzheitlich und allumfassend fördern und zur Entfaltung individueller Entwicklungspotenziale beitragen. Jedoch entfalten sie ihre pädagogischen und therapeutischen Qualitäten gerade deswegen, weil diese nicht von vornherein angestrebt sind (Ruping 1999b, S. 11f.). Im offenen Spielraum finden gerade aufgrund der Zweckfreiheit ganz andere wertneutrale und offene Interaktions- und Aktivitätsmomente sowie andere Kommunikationsformen und ganzheitliche Körper- und Selbsterfahrungen statt. Dies ist bei einem therapeutischen oder pädagogischen Hintergrund nicht möglich, da hier andere Ziele die Begegnung bestimmen.

Das Basale Theater nutzt die personenzentrierten Ansätze der Basalen Stimulation als Zugang zu den Beteiligten,

Zusammenfassung

Das Basale Theater ist eine Methode, welche jedem Menschen ermöglicht, künstlerisch aktiv zu werden. Es handelt sich hier um eine völlig barrierefreie Kunstform, deren Ästhetik in der gemeinsamen, spielerischen Auseinandersetzung mit Inhalten, Materialien, Atmosphäre und Raum liegt. Methodisch stützt sich das Basale Theater auf die Basale Stimulation. Das Basale Theater und die Basale Stimulation konzentrieren sich auf dieselbe Zielgruppe, haben das gleiche Menschenbild und nutzen dieselben methodischen Grundsätze, um jeden Menschen voraussetzungslos zu erreichen und Kommunikation zu ermöglichen. Dennoch: Basales Theater ist eine Kunstform, die Basale Stimulation ein pädagogisches Konzept.

Schlüsselwörter: Basale Stimulation, Kulturelle Teilhabe, Basales Theater

als Gewährleistung ihrer eigenaktiven Beteiligung am ästhetischen Ereignis und als Vermittlung von ästhetischen Erfahrungen. Weltaneignung und künstlerische Selbstreflexion finden hier über das gemeinsam gestaltete ästhetische Erlebnis innerhalb eines dramaturgischen Rahmens und nicht über die gezielte Stimulation der Sinne und sensorische Anregung allein statt.

Und hier taucht ein weiteres wesentliches Unterscheidungskriterium auf: der Aspekt des gemeinsamen Erlebens. Basale Stimulation findet aufgrund ihrer ursprünglichen Zielgruppe zumeist in einer 1:1-Betreuung statt. Im Basalen Theater sind jedoch das kollektive Erlebnis und die Freude an der geteilten Erfahrung wesentliche Bestandteile. Zudem ist Theater immer ein gleichermaßen nach außen wie nach innen gerichtetes Medium. Auch wenn bei Basalem Theaterarbeit nicht zwangsläufig ein Produkt entstehen muss, welches vor einer Öffentlichkeit Bestand haben soll, so ist es dennoch zur vollen Entfaltung aller möglichen positiven Wirkweisen dieses Mediums enorm hilfreich. Damit kreative Handlungen im Rahmen des Weltaneignungsprozesses positiv auf den Einzelnen rückwirken können, braucht er soziale Rückmeldung (Csikszentmihalyi zit. n. Schuppener 2006, S. 65). Allein deswegen ist eine wie auch immer gestaltete Form öffentlicher Präsentation sinnvoll und bietet sich auch nahezu immer an. Ob Film, Fotoausstellung, Installation oder Präsentation – entscheidend ist, dass das Produkt aus einem gemeinsamen Prozess entsteht, allen Beteiligten und der dramaturgischen Rahmenhandlung gerecht wird und in seiner Präsentationsform möglichst zugänglich ist. Zudem muss es hinsichtlich ästhetischer Kriterien bestehen, da nur so tatsächliche Wertschätzung der künstlerischen Leistung die Folge sein kann. Im Rahmen einer künstlerischen Perspektive geht es nicht darum, Behinderungen oder vermeintliche Schwächen zu kaschieren oder zu kompensieren. Stattdessen gilt es individuelle Ausdrucksformen zu gestalten (Ruping 1999a, S. 81 f.).

Fazit

Spielerische Weltaneignung und interaktive Auseinandersetzung mit sich und dem Anderen und die dadurch ermöglichte Teilhabe im ganzheitlichen Sinn

sind Kernelemente von Theater. Das Basale Theater erfüllt dies in ganz elementarer und somit voraussetzungsloser Form. Es nutzt die Ansätze der Basalen Stimulation für die Suche nach dem individuellen künstlerischen Ausdruck eines jeden Menschen. Die Folge daraus ist eine völlig neue und erweiterte Sicht auf Methoden und Möglichkeiten der Basalen Stimulation, welche wiederum zusätzliche Chancen eröffnet: kulturelle Bildungspraxis und demnach kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe für jeden Menschen – ein Schritt auf dem Weg in ein inklusives Miteinander. <<



Literatur

Bockhorst H. (2011): Begrüßung bei der Tagung Didaktikdialog. Zukunft ist jetzt! Kulturelle und politische Bildung für nachhaltige Entwicklung vom 17. bis 19. November 2011, in Berlin. <http://www.bpb.de/system/files/pdf/UFMNEW.pdf>, Zugriff am 05.03.2015.

Manecke A. (1997) Basales Theater – Ein Beitrag schwerstbehinderter Menschen. In: Reuter W. & Theis G. (Hrsg.) Spielräume, Spaßräume, Lernräume. Sommertheater Pustebume: Theaterpädagogische Anregungen nicht nur für Sonderpädagogen. Dortmund: Modernes Lernen, S. 315–333.

Nydahl P. & Bartoszek G. (2003) Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. Unter wissenschaftlicher Begleitung von Christel Bienstein und Prof. Dr. Andreas Fröhlich. 4. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer.

Ruping B. (1999 a) Ihr Anderssein ist unser Ausgangspunkt. Einblicke in europäische Kulturarbeit mit behinderten Menschen. In: BKJ – Bundesvereinigung Kultureller Jugendbildung e.V. (Hrsg.) EigenSinn & EigenArt. Kulturarbeit von und mit Menschen mit Behinderung. Schriftenreihe der Bundesvereinigung Kulturelle Jugendbildung. Band 48. Remscheid: Topprint, S. 75–86.

Ruping, B. (1999 b) Poesie und Eigensinn – Motive und Bauform eines Lies- und Werkbuchs für Theater. In: Ruping, B. (Hrsg.): Theater Trotz & Therapie. „Im ästhetischen Prozeß gibt es keine Behinderung außer der, der wir uns stellen“. Ein Lies- und Werkbuch des Theaterpädagogischen Zentrums der Emständischen Landschaft e. V. und des Studiengangs Theaterpädagogik der Fachhochschule Osnabrück, Standort Lingen. Lingen (Ems), S. 8–15.

Schuppener S. (2006) Kreativität und Identität. In: Großwendt U. & Theunissen G. (Hrsg.) Kreativität von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen. Grundlagen. Ästhetische Praxis. Theaterarbeit. Kunst- und Musiktherapie. Kempten: Verlag Julius Klinkhardt Bad Heilbrunn, S. 61–71.

Theunissen G. (2006): Basale Stimulation im Kontext ästhetischer Erziehung. In: Laubenstein, D., Lamers W. & Heinen N. (Hrsg.) Basale Stimulation. Kritisch – Konstruktiv. Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben, S. 241–252.

Autorenkontakt:

Das Theaterkollektiv **Art & Weise** besteht aus **Lea Bullerjahn** und **Rahel Kurpat**. Gemeinsam haben sich die beiden Theaterpädagoginnen auf die integrative Theaterarbeit mit hochaltrigen und demenziell erkrankten Menschen spezialisiert.

Kontakt: www.theater-artundweise.com
kontakt@theater-artundweise.com
Rahel Kurpat ist Theaterpädagogin (B.A.) und Klinikclown mit (Forschungs-) Schwerpunkt Theaterpädagogik in Pflege und Medizin.

Lea Bullerjahn ist Theaterpädagogin (B.A.), Kulturpädagogin & Heilpädagogin, hat sich freiberuflich auf die integrative und intergenerative Theaterarbeit spezialisiert und arbeitet mit Menschen aller Altersstufen mit und ohne besonderen Unterstützungsbedarf.

— Anzeige —



Bartels/Eckardt/Wittekindt/
Wittrich

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Band 1: Grundlagen und Formulierungshilfen

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

auch als
EBOOK

W. Kohlhammer GmbH
www.kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

› Kultur ist kein Luxus. Sie ist eine Notwendigkeit

Musikgeragogik: Aktivierung unter Berücksichtigung der Biografie

HEIKE BANDNER-WAPPLER

Der Begriff „Musikpädagogik“ ist allen geläufig: Ein Pädagoge führt Kinder und Jugendliche an die Musik heran. Aber „Musikgeragogik“? Wenn wir uns die Bedeutung des zusammengesetzten Wortes anschauen, wird klar: „Geraios“ bedeutet der Greis, „ago“ ich führe jemanden hin. Also: Ich führe den Greis zur Musik hin.



Musik ist in jedem Alter anregend: Senioren-Chorwerkstatt Körbecke

Es wird immer wieder offensichtlich – schaut man in die Altersheime hinein – dass gerade die Aktivierung häufig in den Händen von Erziehern liegt, die ihre Ausbildung für den pädagogischen Bereich, also für Kinder und Jugendliche, absolviert haben. Sie kommen in bester Absicht, sind froh, einen Job zu haben, denn aufgrund des Geburtenrückgangs sind die Stellen rar geworden. Nicht so jedoch bei den Heimen. Hier wird händelndes Personal gesucht.

Es passiert, was passieren muss: Ein Pädagoge macht die Arbeit eines Geragogen. So kursiert das Phänomen der Kindergartenpädagogik in der Heimlandschaft mit der Konsequenz, dass oftmals die älteren Bewohner wie Kinder angesprochen und behandelt werden. Nehmen wir aber an, ein Professor oder ein Arzt, ein Verwaltungsdirektor oder die ehemalige Chefsekretärin ist auf Grund eines Schlaganfalls pflegebedürftig. Schlimm genug, dass sie ihre häusliche Umgebung verlassen müssen, aber noch schlimmer, dass sie vielleicht jetzt Weihnachtssterne im Gruppenverband

ausschneiden müssen, diese an die Fenster im Tagesraum geklebt werden und sie dazu noch „Ihr Kinderlein kommet“ singen sollen.

Den Aktivierungskräften obliegt die verantwortungsvolle Aufgabe, die Balance zwischen Unter- und Überforderung zu finden. Denn im Optimalfall tragen die Beschäftigungen aus den verschiedensten Sparten dazu bei, dass ein sinnerfülltes Altern durch das eigene Tun möglich ist. Dies gelingt jedoch nur, wenn man sich mit dem Thema „Alter“ und der Biografie und Zeitgeschichte der jeweiligen Personen ausreichend beschäftigt hat.

In der Musikgeragogik finden diesbezüglich Ausbildungsinhalte zu folgenden Themen statt:

- Demografische Entwicklung und Alterstheorien
- Institutionen musikgeragogischer Bildung
- Musiklernen im Alter
- Praxisprojekte
- Altersbedingte Beeinträchtigungen und Musizieren

- Musikgeragogische Orientierungen und Haltungen

Die Musikgeragogik geht weit über das Singen von Volksliedern hinaus.

Inhaltlich und in der Praxis wird die Musikgeragogik in folgende Sparten unterteilt:

- Musik und Bewegung
- (Senioren-)Tanz
- Instrumentalspiel und Singen
- Verklänglichung (Texte, Geschichten, Bilder etc.)
- Improvisation
- Ensemblespiel
- Musikhören

Wenden wir uns einmal dem Aspekt des Singens zu: Singen ist eine der beliebtesten Beschäftigungen für ältere Menschen. Gemeinsames Singen in der Gemeinschaft trägt dazu bei, sich in einer Gruppe wohl zu fühlen. Gemeinsames Tun schafft Gemeinschaftsgefühl. Altbekannte Lieder werten den Sänger auf, der dabei feststellt, dass er ja den Text noch kann –

ihn über die Jahrzehnte behalten hat. Das macht ihn stolz, er glaubt an sich und das Lob des Singleiters bestärkt die Gruppe. Auch das Lernen neuer Lieder macht viel Freude. Stimmt der Inhalt, dann wirken diese Singstunden stets stimmungsaufhellend. Und finden diese wöchentlich statt, hat man etwas Besonderes, worauf man sich immer wieder freuen kann. Musik und Gesang sind auch immer ein Verbindungsglied zwischen Jetztzeit und Jugend und haben biografische Bezüge und Bedeutungen. Die Erinnerung an die Kindheit und Jugend stellt sich oft sehr verklärt dar, deswegen werden auch die Lieder aus der Zeit gerne gesungen.

Durch das Singen lassen sich auch schwer an Demenz erkrankte Bewohner gut aus ihrer Lethargie holen – Musik ist der Königsweg zu Menschen mit Demenz! Die Erfahrung zeigt immer wieder: Auch Menschen, die praktisch nicht mehr sprechen, werden durch Musik nach ca. 15 Minuten erreicht und singen ihnen bekannte Lieder mit. Wenn alle Zugänge versiegen, ist die Musik ein guter Türöffner zu den Emotionen und löst deutlich wahrnehmbare Reaktionen aus. Daher sind 10-Minuten-Aktivierungen gerade für Menschen in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz nicht geeignet, da sie eine „Aufwärmphase“ brauchen. Kaum hat die Aktivierung angefangen, ist das Ganze auch schon wieder vorbei. Die Reaktionszeit wird praktisch überhaupt nicht erreicht.

Auch das Wissen um die Wirkung von Musik auf Menschen einer bestimmten Kohorte (beispielsweise Kriegskinder) und die Wirkung der Inhalte muss bedacht werden. Denn Musik hat eine ungeheure Kraft, Erinnerungen wachzurufen. Dies können sowohl schöne als auch traumatische Erlebnisse sein. Daher ist bei der Liedauswahl Vorsicht geboten!

Erstes Beispiel: „Ein Heller und ein Batzen“ war ein beliebtes Marschlied der Nazis und die Melodie ist heute noch in Polen bekannt. Eine 26-jährige Polin, die in Polen lebt, hat diese Melodie als Kriegslied erkannt, obwohl sie schon der Enkelgeneration angehört. Übertragen auf Heimbewohner polnischer Herkunft könnte das Singen des Liedes der Trigger sein, der Angst, Panik und Entsetzen auslöst. Eine Erinnerung an traumatische Ereignisse im 2. Weltkrieg würde damit provoziert werden.

Zweites Beispiel: Das Lied von der „Lili Marleen“ wurde während des 2. Weltkriegs am Ende der Nachrichten täglich im Radio gespielt. Dies hatte den Zweck, die Soldaten an der Front „aufzumuntern“. Es hat daher eine zwiespältige Wirkung: Einerseits die Erinnerung an „das geliebte Mädchen“, die Braut, für die ein Soldat in den Krieg zog und der Gedanke an eine Rückkehr, um diese wieder zu sehen oder zu heiraten. Andererseits erinnert es jedoch auch an die Ereignisse im Schützengraben oder an andere Vorfälle, die auch tragisch gewesen sein können. Daher ist das Lied ebenso ein möglicher Trigger, der bewirken kann, dass traumatische Kriegserlebnisse wieder an die Oberfläche kommen können. Beachtet man jedoch geschichtsrelevante Aspekte, können diese Vorkommnisse durch entsprechende Liedauswahl reduziert werden.

Das Lernen neuer Lieder ist sehr gut möglich. Es sollte auf Wiederholung basieren. Text und Melodie können dabei je nach kognitiver Verfassung unterteilt werden. Neurologen konnten feststellen, dass das aktive Musizieren im Vergleich zu anderen Tätigkeiten die Methode ist, bei der die meisten Synapsen gebildet werden konnten.

Leider lassen die Budgets nicht immer die Anstellung eines ausgebildeten Musikgeragogen zu. Was das Sin-

gen mit nicht-professionellen Musikern im Pflegeheim angeht, möchte ich dem Pflegepersonal Mut machen. Denn Singen geht immer – auch bei der Pflegehandlung (Waschen, Essen, Anziehen).

Es wäre wünschenswert, wenn Musik ein Bestandteil der Ausbildung von Altenpflegern wäre. Musik steht gar nicht so weit außerhalb vom Leben junger Menschen. Sonst würde die Musik- und Unterhaltungsindustrie nicht derart boomen. Musik ist im Alltag überall gegenwärtig, ganz besonders bei den Jungen, die beispielsweise mit Ohrstöpseln unterwegs sind. Sie sind im Prinzip Tag und Nacht von Liedern umgeben. Außerdem sollte es das Unterrichtsfach „Zeitgeschichte“ geben. Geschichte, die relevant sein könnte für erlittene Traumata. Geschichte, die Verständnis schafft, für die Zeit, in der ein Bewohner in einer bestimmten Region gelebt hat.

Eine gute Pflege ist das Fundament einer funktionierenden Altenpflege. Darüber hinaus müssen jedoch Lebensinhalte geschaffen werden, die ein sinnerfülltes Altern in Freude und Würde ermöglichen. Satt und sauber reicht heutzutage nicht mehr aus. <<

Zusammenfassung

Altenpflege ohne Kultur bedeutet eine Vernachlässigung eines sehr wichtigen Aspekts im Leben älterer Menschen, wenn nicht sogar des Lebenselixiers an sich. Beim Einsatz von Liedern beispielsweise sind jedoch immer Biografie und geschichtsrelevante Zeitbezüge mit zu berücksichtigen. Andersfalls kann es zu unerwünschten Reaktionen kommen, die durch den unbedachten Einsatz hervorgerufen werden können.

Schlüsselwörter: *Musikgeragogik, Singen im Alter, Singen und Demenz, Singen und Pflege, Aktivierung auf Augenhöhe, Königsweg*

Autorenkontakt:

Heike Bandner-Wappler, Diplom-Musiklehrerin, Musikgeragogin, Kulturgeragogin.
Kontakt: www.heikebandner.de
E-Mail: heike.bandner@freenet.de

› Gelassenheit im gemeinsamen Miteinander

Toxische (alte) Menschen

ULRICH BRENNER

Es ist wohl unstrittig, dass jeder einen schwierigen Menschen kennt. In all meinen beruflichen Tätigkeitsfeldern traf ich auf schwierige Menschen. „Schwierige Menschen gibt es, sie wird es immer geben: beide Geschlechter, alle Altersstufen, jeder Zivilstand, jede soziale Schicht, jeder Bildungsgrad – und natürlich in jeder Nation das gleiche“ (Faust 2015). Es stellt sich aber auch die Frage, ob es den schwierigen Menschen tatsächlich gibt, oder ob er nur als solcher bezeichnet wird, weil er uns an unsere menschlichen Grenzen bringt (Manshausen 2015).



Foto: Vera Kuttelvaserova/Fotolia

Toxische Menschen verhalten sich oft defensiv und wollen die Verantwortung für ihre Situation nicht übernehmen. Ihr negatives Verhalten beeinflusst auch ihre Umwelt – Menschen in ihrer Umgebung fühlen sich seelisch ausgelaugt und wie vergiftet.

Es liegt in der Natur der Sache, dass diejenigen über schwierige Menschen klagen, die mit Menschen häufige oder alltägliche Kontakte haben, die durch negative Ereignisse belastet sind. Es scheint so zu sein, dass sich die Menschen in helfenden Berufen immer öfter mit unangenehmen, zeit- und kraftraubenden Personen konfrontiert sehen, die doch eigentlich zu Dankbar-

keit und Wohlverhalten verpflichtet wären (Faust 2015, S. 2).

Gloria M. Davenport lenkt mit ihrem Buch „Working with Toxic Older Adults“ mit einem neuen Blick das Interesse auf das Thema schwierige alte Menschen. Alte Menschen, meist zwischen 70 und 90 Jahren, die sich fortwährend defensiv und negativ verhalten, bezeichnet Gloria M. Davenport (2009, S. 27) als „giftig“.

Person – Persönlichkeit

Die beiden Begriffe Person und Persönlichkeit sind streng auseinander zu halten. Die Person ist eine Einheit, die mehrere Persönlichkeiten oder Rollen in sich vereinen kann, die für ihr Handeln und Verhalten aber auch verantwortlich ist (Kowarowsky 2011, S. 17).

Nach Lelord und André (2014, S. 7) handelt es sich beim Begriff Persönlichkeit um ein Synonym für den Begriff Charakter. Die Persönlichkeit bildet sich aus Persönlichkeitsmerkmalen oder Charakterzügen, die sich im Laufe der Zeit wandeln können: „In jungen Jahren war er ein Spaßvogel, jetzt ist er pessimistisch.“ Persönlichkeitsmerkmale kennzeichnen, wie man sich normalerweise verhält oder reagiert, wie man sich gewöhnlich selber wahrnimmt oder von anderen wahrgenommen wird.

Die Ausführungen zu „Person – Persönlichkeit“ machen in Anlehnung an Immanuel Kant deutlich, dass der Mensch allein Zweck ist: Er ist Mensch. Persönlichkeit hingegen entwickelt sich aus erworbenen, vererbten oder erlernten Merkmalen, Eigenschaften oder Eigenheiten. Gert Kowarowsky (2011) bezieht in seinem Buch „Der schwierige Patient“ auch den „schwierigen Helfer“ ein, und stellt damit die Interaktion in den Brennpunkt seiner Überlegungen. So kann ich Kowarowsky zustimmen, wenn er schreibt: „Den schwierigen Menschen gibt es nicht. Es gehören immer zwei dazu“ (2011, S. 13).

Schwierige Menschen

Die Frage, was ist eine schwierige Persönlichkeit, beantworten Lelord und André (2014, S. 19) folgendermaßen: „Man kann also sagen, dass eine Persönlichkeit schwierig wird, wenn bestimmte Züge ihres Charakters zu markant oder zu verfestigt sind, den Umständen schlecht angepasst, so dass

das Individuum selbst oder ein anderes darunter leidet (bzw. beide)“.

Schwierige Menschen lassen sich wie folgt beschreiben:

- Sie kosten viel Kraft, Mühe, erfordern im Umgang mit ihnen besondere Fähigkeiten, sie sind schwierige Fälle.
- Sie vermitteln einem das Gefühl, dass man etwas falsch macht und dass man deshalb ein hohes Maß an Umsicht und Geschick walten lassen muss. Sie bringen den anderen in eine schwierige Lage oder in ein schwieriges Verhältnis.
- Sie sind schwer zu behandeln oder zufriedenzustellen. Sie sind schwierig oder werden immer schwieriger.

Die Verlockung, Patienten, die als schwierig empfunden werden, als gestört oder gar persönlichkeitsgestört zu bezeichnen, ist groß. „Schwierige Patienten sind meistens Patienten, die bei den Helfern negative Gefühle auslösen, ihnen also Schwierigkeiten machen. [...] Entwickelt sich die Beziehung zum Patienten zu einer schwierigen Beziehung, so sind immer beide Seiten daran beteiligt, der Helfer und der Patient.“ (Horlacher 1999, S. 131).

Persönlichkeitsstörungen

Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen, [...] sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher (DIMDI 2014).

Giftige Alte – Toxic older adults

Aber warum bezeichnet man schwierige Alte als „toxisch“? Nach mehreren Interviews mit nicht erfolgreich alternden Menschen stellte Davenport fest, dass sich körperlich bei ihr etwas

veränderte. Sie fühlte sich wie vergiftet, seelisch ausgelaugt, verärgert, deprimiert. Im Gegenzug dazu fühlte sie sich nach Interviews mit erfolgreich alternden Menschen erfrischt, angeregt und entspannt (Davenport 2009, S. 24 f.). Menschen, die sie toxisch nennt, „personifizieren auf emotionaler Ebene einen psychosozialen Zustand, der die Lebensgeister aller Leute, die für das Gift empfänglich sind, schwer beeinträchtigen kann. [...] Die Wirkung des Gifts reicht von leichter Verärgerung bis zu Frustration, emotionaler Verstricktheit und Depression, bis zum Rückzug und zu Suizidgedanken“ (Davenport 2009, S. 24 f.).

Toxizität ist eine Form von Persönlichkeitsstörung, aber nicht im Sinne einer psychischen Störung. Die meisten „giftigen“ Alten kommen in der Öffentlichkeit gut zurecht und ihr subjektives Leiden übertragen sie meistens auf andere. Für Davenport ist es ein Entwicklungsproblem – ein Problem der Erziehung (Davenport 2009, S. 31).

Toxisches Verhalten

Davenport beschreibt Toxizität als ein Muster, ein kontinuierliches, zwanghaftes und meist exzessives Ausagieren, das unweigerlich eine negative Reaktion auslöst und alle Menschen auslaugt, die sich in die psychologischen Spiele und Projektionen des toxischen alten Menschen hineinziehen lassen. Schwaches Selbstbewusstsein, fehlendes Vertrauen, verborgene Ängste, Abhängigkeit und unterdrückte Wut sind einige der unbewussten Ursachen für die Abwehrmechanismen, die toxische Menschen sehr geschickt einsetzen, um ihr verzweifertes, idealisiertes, falsches Selbstbild zu schützen. Toxisches Verhalten bedeutet nach Davenport meist unablässiges und lautstarkes Klagen, Beschuldigungen, Jammern und stets andere für Probleme verantwortlich zu machen. Toxisch alternde Menschen wehren auf diese Weise jegliche Verantwortung für ihre Handlungen ab, wobei es ihnen überhaupt nicht bewusst ist, dass sie ihre Schwierigkeiten oft durch ihr selbstgewähltes Verhalten auslösen.

Die meisten „giftigen“ Alten sind von dem Drang beseelt, ihre Umgebung zu kontrollieren. Es ist für sie typisch, dass sie als externes Copingmuster nur Unterdrückung kennen.

Nach Davenport (2009) lässt sich schwieriges Verhalten in drei Grade unterteilen:

- Anpassungsprobleme
- zeitlebens vorhandene Maladaptation und Toxizität
- Persönlichkeitsstörung

Merkmale von Toxizität

Um Veränderungen bei Toxizität herbeiführen zu können, müssen die Merkmale von Toxizität benannt werden. Davenport übernahm einige der von Greenwald beschriebenen toxischen Verhaltensmuster. Toxische Menschen weisen nach Greenwald und Davenport u.a. folgende Merkmale auf (Davenport, 2009, S. 43–49):

- Toxische alte Menschen lechzen nach Zuwendung.
- Toxische Menschen können nicht schenken.
- Toxische Menschen können schlecht etwas annehmen.
- Toxische Menschen flößen Schuldgefühle ein.
- Toxische Menschen sind gierig und unersättlich.
- Toxische Menschen sind unsicher und ängstlich.
- Toxische Menschen fühlen sich als harmlose Opfer.
- Toxische Menschen können tyrannisch und bedrückend sein.
- Toxische Menschen können nicht gut kommunizieren.
- Toxische Menschen fühlen sich nur wohl, wenn sie sich nicht wohlfühlen.

Die genannten Merkmale können auch Charaktermerkmale eines gesunden, unkomplizierten Menschen sein. Sowohl Kowarowsky (2011, S. 185–193) als auch Lelord und André (2014, S. 25–313) weisen in ihren Klassifikationen von Persönlichkeitsstörungen oder Persönlichkeiten auf den fließenden Übergang von Störung zur Normalität hin.

Schwierige Verhaltensweisen lassen den Umgang mit dem Menschen zu einer Herausforderung, einem Problem werden. Reimer (1991) fasst die Kennzeichen schwieriger Verhaltensweisen zusammen: Anspruchshaltung, Egozentrik, Uneinsichtigkeit, Anklammerungstendenzen, Verweigerungshaltung, Entwertungen, großspurige, narzisstische Attitüden.

Schwieriger Mensch – Thema in der Altenpflege

Dass Toxizität ein wichtiges Thema in der Altenpflege ist, zeige ich in einer Studie bei Heimleitungen, Pflegedienstleitungen, Schülern der BFS Altenpflege Miesbach, Studierenden der Katholischen Stiftungshochschule München. Unabhängig von der Bezeichnung schwieriger Mensch, schwieriger Patient, „Giftige“ Alte, wurden Heim- und Pflegedienstleitungen stationärer Einrichtungen der Altenhilfe gebeten, einen Kurzfragebogen auszufüllen, ob die Thematik für die Praxis bedeutsam ist.

Die Aussage, dass jeder mindestens einen schwierigen Menschen kennt, wurde bestätigt. In allen 20 teilnehmenden Einrichtungen trifft man auf schwierige Menschen, sowohl bei Pflegekräften, anderen Mitarbeitern als auch bei Bewohnern/Patienten. Dass man auf schwierige Bewohner/Patienten trifft, wurde mit 100% zurückgemeldet. Die Wahrscheinlichkeit, auch bei den Mitarbeitern auf schwierige Menschen zu treffen, wird mit 75% bis 85% ebenfalls hoch eingeschätzt.

Erleben wir einen schwierigen Menschen, dann erleben wir höchstens einen Teil von ihm – den schwierigen (Kowarowsky 2011, S. 18 f.). Dies gilt auch umgekehrt. Wann ein Mensch als schwierig betrachtet wird, ergänzte eine Befragungsteilnehmerin ihre Angabe, ist abhängig von der Situation.

Was tun?

Schwierige Menschen, toxische Menschen wird es immer geben. Sie gehören dazu. Was ist zu tun, um sich davor zu

schützen, selber schwierig oder toxisch zu werden? Was ist zu tun, um den schwierigen oder toxischen Menschen zu helfen? Als Fachkraft sollte man folgende grundlegende Leitlinien in der Arbeit mit Alterstoxizität beachten (Davenport 2009):

- Konzentrieren Sie sich auf Coping und Management; versuchen Sie nicht, die Dinge in Ordnung zu bringen und zu „heilen“.
- Betrachten Sie toxische Menschen mit anderen Augen – das ist der Schlüssel.
- Lassen Sie sich nicht zu toxischen psychologischen Spielen verleiten.
- Widerstehen Sie dem Sog der Schuldgefühle.
- Versuchen Sie nie, einen toxischen alten Menschen glücklich zu machen.
- Vergessen Sie nicht, sich täglich etwas Gutes zu tun; das ist ihre Hauptaufgabe.

Dilemma Veränderung

Anpassungsfähigkeit, die Fähigkeit sich zu wandeln, ermöglichen ein zufriedenes Leben. Schwierige Persönlichkeiten sind dazu weniger in der Lage (Lelord & André 2014, S. 314). Das Ändern von Gewohnheiten fällt schon schwer. Noch schwerer ist es, seine Persönlichkeit zu ändern. Persönlichkeit bildet sich schon ab dem ersten Lebenstag. Tritt es ins Bewusstsein, dass sich die eigene Art ändern müsste, haben sich die Verhaltensgewohnheiten, insbesondere problematische, schon tief eingepägt. So ist der Wille zur Veränderung schon häufig zu Beginn geschwächt. „So bin ich eben!“, diese Floskel grenzt unsere Persönlichkeit gegenüber den Anderen ab. Bei schwierigen Persönlichkeiten

verhindert diese Sicht die Bereitschaft zur Wandlung. Sie fürchten ihre Persönlichkeit zu verlieren (Lelord & André 2014).

Wie kann Veränderung unterstützt werden? Gibt es Regeln, mit denen man die Bemühungen um Veränderung steigern kann? Es gilt das problematische Verhalten zu verstehen und zu akzeptieren. Wird der andere akzeptiert, kann man über sein eigenes Verhalten nachdenken (Lelord & André 2014). Jeder Helfer kann umso mehr störungsfreier und hilfreicher sein, desto mehr er sich seiner eigenen Persönlichkeit bewusst ist (Kowarowsky 2011, S. 61).

Annerkennung, Konkurrenz, Verdeckung

„Jeder darf so sein, wie er ist. Auch du möchtest so sein dürfen, wie du bist.“ Manhausen (2015, S. 10) formuliert diesen Grundsatz in seinem Artikel „Warum habe ich mich aufgeregt?“. Für ihn sind die Grundbausteine jeden Konfliktes Anerkennung, Konkurrenz und die persönliche Schattenseite.

Die persönliche Schattenseite, das Verdecken der eigenen Schwächen, insbesondere wenn das Idealbild von sich mit schmerzhafter Realität konfrontiert wird, ist ebenfalls tief im Menschen verwurzelt. „Je mehr wir unser ‚ideales Selbst‘ aufrechterhalten wollen, desto mehr werden wir es mit allen Mitteln verteidigen (Mayers 1998, S. 37–49).

Bewegte Ausgewogenheit

Da es sich nicht ändern lässt, dass es immer schwierige oder toxische Menschen geben wird, muss eine generelle Sensibilisierung für die Thematik angeboten werden. Allen, die mit einem schwierigen oder toxischen Menschen ohne emotionale, berufliche oder, familiäre Verpflichtungen zu tun haben, kann leicht mit der Empfehlung „You don't need permission to walk away“ (Newman 2014) geholfen werden. Bei Beziehungen, die mit der Übernahme von freiwilligen oder unfreiwilligen Pflichten verbunden sind, ist diese Empfehlung wenig hilfreich.

Pflichterfüllung bedeutet nicht, in bedingungslosem Gehorsam und zum eigenen Schaden die gestellte Aufgabe zu bewältigen. Das Handeln, das miteinander, die Interaktion müssen darauf ausgerichtet werden, eine bewegte

Zusammenfassung

Die Zahl der alten Menschen nimmt zu. Damit nimmt auch die Zahl der „toxischen“ alten Menschen zu, die Angehörige, Pflegenden und Personen aus anderen Gesundheitsberufen seelisch auslaugen und „vergiften“. Aber auch die Reaktionen auf das Verhalten von offensichtlich toxischen alten Menschen sind oft unangemessen. Mit seinen Anregungen zur Sensibilisierung für den Umgang mit (alten) Menschen und deren toxischen Verhaltensweisen durch die Beschäftigung mit den Begriffen Person – Persönlichkeit – Persönlichkeitsstörung – Toxizität und dem Aufzeigen förderlicher Interventionsmöglichkeiten im Sinne bewegter Ausgewogenheit möchte der Autor zu einem von Gelassenheit geprägtem Miteinander beitragen.

Schlüsselwörter: *Toxizität, Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörung, bewegte Ausgewogenheit*

Ausgewogenheit zwischen Egoismus und Altruismus zu leben. Bewegte Ausgewogenheit steht für ständiges Austarieren. Wie bei einer Wippe geht es auf und ab. Einmal ist der Egoismus obenauf und der Altruismus unten, im nächsten Augenblick ist es schon umgekehrt. Solange die beiden wippen, solange wird das Spiel Spaß machen.

Zum Erreichen bewegter Ausgewogenheit benötigt es ein gutes Gespür. Die Möglichkeit, dass es eine zufriedenstellende Lösung gibt, wird größer, wenn sowohl Egoismus als auch Altruismus im Wechsel mal oben oder unten sind, wie ich mit folgendem Beispiel erläutern will.

Frau B., verheiratet, versorgte Ihre demenzkranke Mutter, die sich zeitlebens immer gewählt ausgedrückt hat und stets zuvorkommend war. Mit der Demenz wurde sie zunehmend hemmungslos, ihre Ausdrucksweise wurde aggressiv und ordinär. Frau B. sah sich in der Pflicht, ihre Mutter nicht ins Heim zu geben. Die Ehe von Frau B. litt stark unter dem schwierigen Verhalten ihrer Mutter. Es hat regelrecht die Beziehung von Frau und Herrn B. vergiftet. Rettung gab es, als Frau B. sich zugestand, ihre Mutter wenigstens für ein paar Stunden in der Woche abzugeben. Nachdem sich die Mutter von Frau B. in der Tagesbetreuung sichtlich wohl fühlte, sie we-

niger verbal aggressiv war, verbesserte sich auch die Gefühlslage von Frau B. und ihre Ehe verlief wieder harmonischer. Frau B. konnte ihre Pflicht erfüllen. Im Austausch mit den Mitarbeiterinnen der Tagesbetreuung lernte Frau B., dass das problematische Verhalten und die negativen Persönlichkeitsveränderungen ihrer Mutter auf die Demenzerkrankung zurückzuführen sind, was ihr half, gangbare Wege im Umgang mit ihrer Mutter zu finden. Als letztendlich eine Heimunterbringung unumgänglich war, hatte Frau B. für die Bewältigung der Situation ein gutes Gespür für ihre Bedürfnisse und Verpflichtungen entwickelt. Und der Umgang bei den täglichen Besuchen mit ihrer schwierigen Mutter war gelassener und entspannter. Für beide Seiten.

Es gibt nicht den Heilsweg, wie ihn oftmals sogenannte Ratgeber verkünden. Vielmehr sollen die Denkanstöße zur Sensibilisierung für den konstruktiven und kreativen Umgang mit Menschen und deren schwierigem oder toxischem Verhalten dazu beitragen, dass die Pflegenden, die Angehörigen und alle ande-

ren Helfenden sich nicht vergiften, sich nicht überfordern und auf sich selbst achten und dabei Spaß haben. <<



Literatur

Davenport G.M. (2009). „Giftige“ Alte. Schwierige alte Menschen verstehen und konstruktiv mit ihnen umgehen. Bern: Hans Huber.

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2014). ICD-10-GM, Version 2015. www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/online-fassungen/htmlgm2015/block-f60-f69.html. Zugriff am 17.01.2015.

Faust V. (2015) Der schwierige Patient – Teil 1. www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Der_schwierige_Patient-Teil_1.pdf, Zugriff am 16.02.2015.

Horlacher M. (1999) Der schwierige Patient. In: Mürner J., Ettl T.M. (Hrsg.) HWS-Distorsion und Leichte traumatische Hirnverletzung. Kongressband, Basel.

Kowarowsky G. (2011). Der schwierige Patient. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Lelord F. & André C. (2014) Der ganz normale Wahnsinn. Vom Umgang mit schwierigen Menschen. 14. Aufl. Berlin: Aufbau Taschenbuch

Manshausen U. (2015) Warum habe ich mich aufgeregt? Pflegezeitschrift 68, 6–10.

Mayers G. (1998) Weisheit aus der Wüste. 1. Aufl. Münsterschwarzach: Vier Türme.

Newman S. (2014). Toxic People: You Don't Need Permission to Walk Away. Psych Central. <http://psychcentral.com/blog/archives/2014/12/07/toxic-people-you-dont-need-permission-to-walk-away/>, Zugriff am 18.02.2015.

Autorenkontakt:

Ulrich Brenner, Altenpfleger, Gerontologe (FH), Schulleiter einer BFS Altenpflege und Altenpflegehilfe
Kontakt: ubrenner@gmx.de

Anzeige



Susanne Danzer

Palliative Wundversorgung

2016. 143 Seiten, 28 Abb., 26 Tab. Kart. € 16,-
 ISBN 978-3-17-029096-9



Pflegekompakt

Die Zahl der Patienten, die eine palliative Wundversorgung benötigen, nimmt stetig zu. Insbesondere die Versorgung von Tumorwunden und deren Problematiken ist eine Herausforderung. Das Werk, das diesen Aspekt bei der Versorgung von Betroffenen im Palliativbereich herausgreift, bietet als kompaktes Nachschlagewerk hierfür eine Lösung. Durch die anschauliche Verknüpfung von Theorie und Praxis zeigt es die Umsetzung bei der Versorgung von Menschen mit Wunden in Palliativsituationen.

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

150 Jahre
Kohlhammer

> Cochrane-Review

Maßnahmen zur Steigerung des Gebrauchs von elektronischen Gesundheitsinformationen durch medizinisches Fachpersonal

ANDREA KOBLEDER

Für Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten und andere medizinische Fachpersonen gibt es zahlreiche verfügbare Gesundheitsinformationen. Heutzutage ist die Mehrheit dieser Informationen elektronisch. Diese Informationen können vom Fachpersonal genutzt werden, um gute Patientenversorgung zu gewährleisten, dies ist aber nicht immer der Fall.



Foto: mitkang/Fotolia

Reviewfrage

Das Review geht der Frage nach, ob medizinisches Fachpersonal, dem elektronische Gesundheitsinformationen (EGI) zur Verfügung gestellt werden, diese auch nutzt. Zusätzlich wurde untersucht, ob dadurch eine bessere Patientenversorgung gewährleistet wird.

Studienmerkmale

Die Cochrane-Autoren werteten 6 Studien mit 535 medizinischen Fachpersonen aus. Die Studien untersuchten Strategien zur Ermutigung von Fachpersonen zum Gebrauch von EGI bei der Betreuung von Patienten. Der Gebrauch von EGI wurde durch die Anzahl der Log-Ins quantifiziert. Die Studien verglichen folgende Strategien:

- EGI versus gedruckter Information (eine Studie)
- EGI auf einem mobilen Gerät (z.B. Laptop) versus einem Standcomputer (eine Studie)
- EGI ausgestattet mit unterschiedlichen Suchmaschinen (eine Studie)

- EGI mit einem Training bereitgestellt (drei Studien).

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Reviews zeigten, dass bei der Kombination von EGI und Training Fachpersonen die Informationen häufiger nutzten. Zwei Studien erhoben den Gebrauch von elektronischen Behandlungsleitlinien durch Ärzte. Es wurde gezeigt, dass der Zugriff auf eine elektronische Leitlinie nicht zwangsweise auch die Befolgung dieser bedeutete. Dieses Review bietet keine Informationen, ob ein häufigerer Gebrauch von EGI zu einer besseren klinischen Praxis führt oder ob es Patienten besser geht, wenn Ärzte und Pflegepersonen bei der Betreuung Gesundheitsinformationen gebrauchen.

Qualität der Evidenz

Alle eingeschlossenen Studien waren randomisierte kontrollierte Studien (klinische Studien, in denen Personen

zufällig in eine von zwei oder mehreren Behandlungsgruppen zugeteilt werden), welche als qualitativ hochwertige Quellen angesehen werden. Jedoch wurden drei der vier Vergleiche, die hier untersucht wurden, jeweils durch nur eine Studie unterstützt, und einzelne Studien erzeugen üblicherweise keine qualitativ hochwertige Evidenz. Insgesamt bewerten die Cochrane-Autoren die Beweislage in diesem Review als qualitativ niedrig.

Literatur



Original Cochrane-Review:

Fiander M., McGowan J., Grad R., Pluye P., Hannes K., Labrecque M. et al. (2015) Interventions to increase the use of electronic health information by healthcare practitioners to improve clinical practice and patient outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD004749.

Informationen

Diese laienverständliche Zusammenfassung (Plain Language Summary) wurde im Rahmen der Internetplattform FIT-Nursing Care des nationalen Kompetenzzentrums für Evidenzbasierte Pflege swisseBN in Zusammenarbeit mit Cochrane Deutschland als Teil der Serie Cochrane Kompakt erstellt. Die Beiträge informieren Pflegefachpersonen schnell und direkt über den aktuellen Stand der Forschung zu unterschiedlichen pflegerelevanten Themen

Kontakt: swissebn@fhsg.ch
www.cochrane.org/de/kompakt
www.fit-care.ch

Autorenkontakt:

Andrea Kobleder, Mag., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St. Gallen.
Kontakt: andrea.kobleder@fhsg.ch

Warum sie gehen

Beeinflussende arbeitsplatz- und organisationsbezogene Faktoren der beruflichen Verweildauer von Pflegepersonen mit bis zu drei Jahren Berufserfahrung

LEONIE MAIER & MARGARETA JUKIC-PUNTIGAM

Hintergrund: Angesichts der demografischen Entwicklungen der Industriestaaten muss der hohen Personalfuktuation von neu ausgebildeten Pflegepersonen entgegen gewirkt werden, um auch künftig eine Deckung des Pflegebedarfs gewährleisten zu können.

Ziel der Arbeit: Ziel der Literaturrecherche war die Identifikation von arbeitsplatz- und organisationsbezogenen Faktoren, welche die Absicht der Verweildauer am Arbeitsplatz von neu ausgebildeten Pflegepersonen mit bis zu drei Jahren Berufserfahrung positiv oder negativ beeinflussen.

Methodik: Es wurde eine Literaturrecherche in den Monaten Februar, März und Juli im Jahr 2014 durchgeführt. Dabei wurden folgende Datenbanken durchsucht:

- Academic Search Elite
- CINAHL Complete
- Embase
- CareLit
- Medline
- PASCAL
- PsycInfo
- Scopus
- DIP
- Cochrane Database of Systematic Reviews

Nach dieser Recherche- und dem anschließenden Bewertungsprozess wurden 19 Publikationen in die Literaturrecherche aufgenommen.

Ergebnisse: Die Literaturrecherche ergab, dass die Absicht von Pflegepersonen mit bis zu drei Jahren Berufserfahrung die Arbeitsstelle

zu wechseln von folgenden arbeitsplatz- und organisationsbezogenen Faktoren beeinflusst wird:

- Arbeitslast bzw. Jobstress
- Beziehung zu bzw. Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen
- Bindung an die Organisation
- Beteiligung an Krankenhausangelegenheiten
- interpersonelle Beziehungen
- unterstützende Programme am Berufseinstieg
- Autonomie am Arbeitsplatz
- berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten
- Anerkennung für die geleistete Arbeit

Schlussfolgerung und Implikationen für die Praxis: Führungspersonal im Pflegebereich kann durch die Verantwortung über einen beträchtlichen Teil der arbeitsplatz- und organisationsbezogenen Faktoren einen starken Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und auf die Absicht der Verweildauer von neu ausgebildeten Pflegepersonen nehmen. Es ist essenziell, dass Pflegemanagement in Zeiten eines drohenden Pflegekräftemangels sensibel auf die Bedürfnisse von neu ausgebildeten Pflegepersonen reagiert, um ihnen helfen zu können, eine positive Arbeitseinstellung zu bewahren und um sie möglichst lange im Unternehmen zu halten.

Schlüsselwörter: neu ausgebildete Pflegepersonen, Verweildauer, Fluktuation, organisationsbezogene Faktoren, arbeitsplatzbezogene Faktoren

Die Artikel zu dem hier vorgestellten Abstract finden Sie online unter www.kohlhammer-pflege.de in der Rubrik „Pflegerwissenschaft“. Die Beiträge dieser Rubrik sind für Abonnenten der „Pflegerzeitschrift“ kostenfrei.



› Herausforderungen an Pflegepädagogen

Auf die Kommunikation in der Pflegepraxis vorbereiten

ELISABETH HÖWLER

Unterschiedliche Herausforderungen im Gesundheitssystem begründen seit Jahren die zunehmende Akademisierung von Pflege- und Therapieberufen. Es stellt sich die Frage, aus welchen Gründen Forschungserkenntnisse verzögert oder nicht in die Pflegepraxis umgesetzt werden. Mit dieser Frage müssen sich primär angehende Berufspädagogen auseinandersetzen. Fakt ist, dass die Pflegeausbildung nach bundeseinheitlichen Lehrplänen auf Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse ausgerichtet sein sollte. Damit dies mit Erfolg gelingt, sollte ein wissenschaftlich orientierter Pädagoge selbst Freude an seinem Fach zeigen, das er unterrichtet.

Herausforderungen an Pflegeberufe

Pflegepraxis und Pflegelehre verändern sich, nicht nur aufgrund der demografischen Entwicklung. Vielschichtige Gesundheitsprobleme treten infolge wachsender Frühgeburtlichkeit und Immigration auf. Dadurch ergeben sich im Gesundheitsbereich medizinische, psychische und soziale Themen mit vielfältigen Forschungsdesiderata.

Pflegende und Berufsanfänger mit erst kürzlich abgeschlossener Kranken- und Gesundheitspflegeausbildung kennen nicht immer bedeutsame Forschungserkenntnisse. Gleichzeitig unterweisen Praxisanleiter nicht immer konform zu dem theoretischen Wissen aus der Fachschulausbildung. Pflegedirektoren klagen darüber, dass Pflegende bei ärztlichen Visiten ihre Fachkompetenz kommunikativ unzureichend einbringen.

Prädiktoren einer guten Pflegebildung

Auszubildende benötigen Berufspädagogen mit fachspezifischen Expertisen und kontinuierlicher Unterrichtspräsenz, um das Examen sicher zu absolvieren. Sie benötigen an der Pflegepraxis ausgerichtete Aufgaben zu wissenschaftlichen Fragestellungen und Er-

kenntnissen, um der Theorie-Praxis-Vernetzung und dem akademischen Anspruch an Pflegeberufe besser gerecht zu werden. Dazu trägt ein methodisch ideenreicher Unterricht bei, der Inhalte aus Fachpflege, Psychologie und Pädagogik verknüpft. Im Unterricht sind motivierte Pädagogen wichtig, die aktuelle Fallstudien einbringen und dazu analytische Fragen mit den Auszubildenden formulieren. Qualitativ gute Lehrbücher, in denen wichtige Forschungserkenntnisse nachzulesen sind, können aktiv den Lernprozess unterstützen. Grundkenntnisse über Pflegeforschung sind in der Ausbildung erforderlich, um mit fachlicher Sicherheit und Selbstbewusstsein auf gleicher Augenhöhe mit Ärzten und Angehörigen anderer Therapieberufe zu kommunizieren. Erst dann kann Pflege gleichwertig am Behandlungsprozess interdisziplinär beteiligt werden. In der praktischen Ausbildung sind qualifizierte Praxisanleiter erforderlich, die gezielt Lernprozesse gestalten oder auch informelle Lernprozesse hinterfragen.

Eine verzögerte Umsetzung von evidenzbasiertem Wissen in die Praxis kann sich aus folgenden Faktoren ergeben:

- Ökonomische Rahmenbedingungen: In Gesundheitsfachschulen werden Honorarprofessoren eingesetzt; diese befinden sich meistens bereits im Ruhestand und bringen nicht immer

aktuelle Forschungsergebnisse in den Unterricht ein. Es fehlt an Lehrmaterial, wie z.B. gut ausgestatteten Bibliotheken und Onlinezugängen zu den wichtigsten Datenbanken der Pflege.

- Pädagogen haben ihre Wochenstundenzahl zu absolvieren; selten werden Freiräume geschaffen, um gemeinsam innerhalb komplexer Krankheitsbilder z.B. Krankheitslehre, Pädagogik und Psychologie zu unterrichten.
- Geringe Theorie-Praxis-Vernetzung: Wegen häufigem Einsatz von Honorarprofessoren können Theorie und Praxis nicht ausreichend vernetzt werden. Obwohl von diesen fachspezifische Themen vermittelt werden, bleiben Praxisaufgaben dazu aus.
- Keine gesetzliche Verpflichtung für Pflegende zur Teilnahme an Fortbildungen, außer für Betreuungsassistenten gemäß § 45c SGB XI.
- Solange es keine akademisch ausgebildeten Praxisanleiter auf Bachelor-niveau gibt, können die hohen Ansprüche an die Pflegebildung nicht erfüllt werden.

An einem Beispiel aus der psychiatrischen Pflege wird die Notwendigkeit der Umsetzung von evidenzbasiertem Wissen deutlich, um z.B. eine effektive Suizidprävention umsetzen zu können.

Kommunikationsprobleme der Fachpraxis

Jedem von uns ist die Macht von Sprache bewusst. Sprache ist Therapie bei Patienten mit einer problematischen Krankheitsverlaufskurve: In diesen Fällen sind fachlich-inhaltliche Überzeugungsarbeit, Vertrauen und Empathie gefragt.

Auszubildende erleben in Praxiseinsätzen öfters problembehaftete Situationen, in denen sie nicht wissen, wie sie mit vulnerablen Patienten kommu-



Junge Pflegende, die keine Erfahrung mit psychiatrischen Patienten haben, sind oft mit der Äußerung des Suizidwunsches überfordert. Damit sie auch in solchen schwierigen Situationen souverän kommunizieren können, müssen sie entsprechend ausgebildet und mit evidenzbasiertem Wissen ausgestattet werden.

nizieren sollen. Insbesondere bei psychisch oder psychosomatisch erkrankten Patienten können sie schnell subtile Signale überhören. Von der Psychologie und Hirnforschung ist bekannt, dass in kritischen Situationen mentale Latenzphasen vorliegen. Das heißt ein „Stehenbleiben“ von Gedanken. Situationen können nicht eingeordnet werden, weil die Wahrnehmung unter dem Einfluss von Distress verlangsamt wird. Es werden nur Teilstücke aus der Pflegesituation gesehen und gehörte Worte als bedeutsame Schlüsselbegriffe daher nicht ausreichend gedeutet.

Auszubildende sind herausgefordert, gegenüber Patienten notwendige Empathie zu zeigen, geeignete Türöffnerfragen zu formulieren, selbstbewusst aufzutreten und Patienten und deren Angehörige sowie andere therapeutische Berufsgruppen fachlich zu überzeugen. Unsicherheit und Unempfindsamkeit sind Resultate, insbesondere, wenn es sich um Tabuthemen, wie z.B. suizidale Äußerungen von Patienten z.B. in depressiven Phasen, handelt.

Erkennen von psychiatrischen Syndromen

In der klinischen Praxis wird die Bedeutung psychischer Syndrome für den Gesamtverlauf jedweder Krankheit immer offensichtlicher. Dies gilt nicht nur für die länger andauernden, sondern auch für akut auftretende Krankheitssymptome, die bei nicht in der Psychiatrie erfahrenen Pflegenden große Verunsicherungen hervorrufen. Es gehört zu den Erkenntnissen einer modernen Pflegeausbildung, dass der Organismus eine bio-psycho-soziale Einheit ist, die nicht an Organgrenzen haltmacht. Somit sollte sich jede angehende Pflegeperson mit verschiedenen akuten psychischen Syndromen z.B. Desorientierung, Bewusstseinsstörungen, Angst, Suizidgefährdung, Dissoziation und Erregung beschäftigen und diese erkennen und zu würdigen wissen.

Suizid als eine psychiatrische Notfallsituation

Auszubildende werden recht häufig mit dem erklärten Todeswunsch oder dem

Ansinnen nach einer Hilfestellung bei der Selbsttötung (u.a. assistierten Suizid) konfrontiert. Abhängig von dem jeweiligen Tätigkeitsfeld sind sie auf diese existenziellen Anfragen von Patienten, Bewohnern oder deren Angehörigen nur unzureichend vorbereitet.

Suizid ist nicht nur in der Psychiatrie, sondern fast in jeder medizinischen Disziplin häufig. Die Suizidgefahr zu erkennen und ausgesendete Signale des Patienten wahrzunehmen, sollte zu den Fähigkeiten jedes beruflich Pflegenden gehören. Auszubildende müssen unterrichtet werden, zeitnah eine Krisenintervention durchzuführen und einen gefährdeten Patienten, je nach seiner aktuellen Befindlichkeit, an andere therapeutische Berufsgruppen, z.B. Fachärzte und Psychotherapeuten weiterzuleiten. Erst dann kann eine effektive Suizidprävention umgesetzt werden.

Im Jahr 2013 lag die Suizidzahl in Deutschland bei 10.076 (Todesursachenstatistik). Diese Zahl ist gemeinsam mit der Dunkelziffer keineswegs beruhigend. Zum Vergleich: Die Anzahl

der Verkehrstoten beträgt ca. 3.350 pro Jahr, Tendenz fallend.

Bedenkzeit von der Suizididee bis zum Versuch

Die Bedenkzeit von der ersten Suizididee bis zum Entschluss liegt bei 67 % der Suizidenten unter 24 Stunden. Vom Entschluss bis zum Suizidversuch dauert es bei 97 % der Betroffenen ebenfalls weniger 24 Stunden; bei 57 % sogar weniger als eine Stunde. Dies bedeutet, dass Suizidgedanken in der Regel temporäre Entscheidungen ambivalenter emotionaler Verfassungen sind und suizidale Handlungen meist kurzfristig (Wolfersdorf et al. 2015).

Schlussfolgerungen für den Unterricht

Auszubildende sollten im Unterricht eine Kommunikationskultur erfahren, die Sicherheit bietet, wie sie in herausfordernden Situationen mit einer professionellen Wortwahl, wie z.B. geeigneten Türöffnerfragen, gegenüber Patienten empathisch kommunizieren können. Bedeutsame Situationen in der Pflegepraxis gestalten sich situativ immer wieder anders und werden von mehreren Faktoren determiniert, z.B. Umgebungsgestaltung, kulturellem Kontext, Krankheitsverlauf und beteiligten Interaktionspartnern.

Die sprachliche Ebene, wie z.B. das Formulieren von geeigneten Türöffnerfragen, steht im Vordergrund einer Krisenintervention, damit diese zu einer beschützenden, heilsamen Begegnung werden kann.

Darüber hinaus sind Grundlagenwissen über Pflegeforschung und Kenntnisse über aktuelle Pflegestudien wichtig. Dazu sollten Pädagogen Grundlagenwissen über Pflegeforschung in den Unterricht einbringen und den Auszubildenden wissenschaftliche Begriffe

erläutern, damit sie die Studien leichter verstehen können. Zudem sollten aktuelle Studienergebnisse zu häufigen Problemen der Pflegepraxis kritisch gesichtet sowie Interpretationen von Statistiken geübt werden. Vermittelt werden sollte auch, wie ein Patienteninterviewleitfaden hergestellt wird.

Der Unterricht sollte so ausgerichtet sein, dass Pflegende in der Lage sind, aktive Pflegeforschung an ihrem Arbeitsplatz zu betreiben. Dadurch wird nicht nur ihr eigenes Arbeitsfeld verbessert, sondern besonders auch die Patientenversorgung. Somit würden Pflegende ein ähnliches berufliches Ansehen finden wie Ärzte. Aus den Studienergebnissen könnten neue Leitlinien für die Pflegepraxis entwickelt werden.

Anforderungen an Berufspädagogen

Wie ein Regisseur führt der Pädagoge von der ersten bis zur letzten Minute strukturiert den Unterricht und ist auf wissenschaftliche Inhalte gut vorbereitet. Er vermittelt den Lernenden von Anfang an, was er von ihnen an Ergebnissen erwartet. Als guter Didaktiker nimmt er die Perspektive der Lernenden ein. Fehlende Lernfortschritte wertet ein Pädagoge nicht als eine Schwäche der Lerngruppe ab. Stattdessen überlegt er, ob es an ihm liegt, dass ein Lernerfolg ausbleibt. Anschließend findet er neue Wege, den Lernenden die wissenschaftlichen Fachinhalte anschaulicher zu vermitteln (Hattie et al. 2013).

Fazit

Auszubildende vertiefen ihr wissenschaftliches Wissen, indem sie im Unterricht mit Grundlagen und Methoden der Pflegewissenschaft konfrontiert werden. Erst dann sind sie in der Lage, den Anforderungen in der Pflegepraxis sicher und selbstbewusst gerecht zu wer-

den. Durch Präsentation von Studienerkenntnissen im Rahmen einer kollegialen Diskussion im Unterricht werden Lehr- und Lernprozesse intensiv weiterentwickelt. Somit werden Probleme bei kritischen Krankheitsverlaufskurven, wie z.B. suizidales Verhalten bei niedergedrückter Stimmungslage, rechtzeitig analysiert und gelöst, was zur effektiven Suizidprävention beiträgt. <<



Literatur

- Gründer G., Veselinovic T. & Paulzen M. (2015) Antidepressiva und Suizidalität. *Nervenarzt* 85, 1108–1116.
- Hattie J., Beywl W. & Zierer K. (2013) Lernen sichtbar machen. Schneider, Hohengehren
- von Klitzing K., White L.O., Otto Y., Fuchs S., Egger H.L. & Klein A.M. (2014) Depressive comorbidity in preschool anxiety disorders. *J Child Psychology Psychiatry* 55, 1107–1106.
- Linden K.J. (1969) Der Suizidversuch. Versuch einer Situationsanalyse. Enke, Stuttgart.
- Neu P. (2015) Diagnose und Differentialdiagnostik psychiatrischer Akut- und Notfallsituationen. *Nervenarzt* 86, 1091–1096.
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2013) Todesursachenstatistik
- Terhart E., Hrsg. (2014) Die Hattie-Studie in der Diskussion: Probleme sichtbar machen. Kallmeyer Verlag, Seelze Velber.
- Wolfersdorf M., Schneider B., Schmidtke A. (2015) Suizidalität. Ein psychiatrischer Notfall, Suizidprävention: eine psychiatrische Verpflichtung. *Nervenarzt* 86, 1120–1129.

Zusammenfassung

Damit praktisches Pflegehandeln zukünftig besser an Studienergebnissen ausgerichtet wird, muss der Unterricht in der Erstausbildung von Pädagogen interessant gestaltet werden, damit Pflegende in der Berufspraxis mit Motivation wissenschaftlich orientiert bleiben. An einem Beispiel aus der Psychiatrie wird die Notwendigkeit von evidenzbasiertem Pflegewissen in Hinblick auf eine zeitnahe Krisenintervention bei Selbstgefährdung deutlich. Pflegende benötigen dazu pflegewissenschaftliches Wissen sowie kommunikative Kompetenz.

Schlüsselwörter: *Ausbildung, evidenzbasiertes Wissen, Suizid, Pflegepädagogin*

Autorenkontakt

Dr. rer. cur. Elisabeth Höwler ist Autorin des Fachbuchs „Gerontopsychiatrische Pflege“ (6. Auflage im März 2016 erschienen) und beruflich tätig in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.
Kontakt: elisabethhoewler@yahoo.de

> Generalisierung der Pflegeausbildung

Kompetenzorientierte Anleitung in der Altenpflege

REINHARD BRODEHL

Mit der Generalisierung der Pflegeausbildung werden Pflegeheime aufgrund der kürzeren praktischen Einsätze der Auszubildenden die Kompetenzgenese genauer planen und gestalten müssen. Wenn dieser Prozess nicht dem Zufall überlassen werden soll, stellt sich die Frage, wie eine kompetenzorientierte Anleitung methodisch gestaltet werden muss. In diesem Artikel klärt Reinhard Brodehl den Kompetenzbegriff und stellt ein einfaches und wirkungsvolles Prinzip für Praxisanleitung vor.

Das Europäische Parlament und der Rat haben im April 2008 die Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen empfohlen, mit dem verschiedene berufliche Qualifikationen, die in den Mitgliedsstaaten erworben wurden, miteinander verglichen werden können. Bildungsverantwortliche in Deutschland haben dies mit dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) umgesetzt und im Mai 2013 verabschiedet. Der DQR ordnet die allgemeinen Kompetenzen acht Stufen zu. Die Pflegeausbildung ist der vierten Niveaustufe zugeordnet worden. Die Beschreibung

der 4. Stufe lautet: „Über Kompetenzen zur selbstständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2013). Dazu gibt es vier Kompetenzsäulen. Alle Kompetenzsäulen werden durch Anforderungen beschrieben, die personale Eigenschaften und Fertigkeiten enthalten (Tabelle 1).

Mit dem Kompetenzniveau sind einerseits ein Bildungsanspruch der Auszubildenden und andererseits ein

Bildungsversprechen der Auszubildenden verknüpft, die über das Kompetenzprofil beurteilt und gemessen werden sollen. Deutlich wird dies daran, dass im Berufsschulzeugnis das Kompetenzniveau ausgewiesen wird. Für Praxisanleitungen stellen sich daher folgende Fragen:

- Was ist Kompetenz?
- Wie kann in der Pflege kompetenzorientiert angeleitet werden?

Als Voraussetzung zur Beantwortung dieser Fragen wird nachfolgend der Kompetenzbegriff für die Pflege als Arbeitsdefinition wie folgt bestimmt:

Kompetenz im Sinne der Klugheit ist das Ergebnis eines persönlichen Bildungs- und Entwicklungsprozesses und beinhaltet theoretisches Wissen und praktisches Können (Fertigkeiten). Aus diesen beiden Säulen lassen sich folgende übergeordneten Ansatzpunkte für die Förderung der Kompetenzgenese erkennen:

- Tüchtigkeit im Sinne von Exzellenz (hervorragend, vortrefflich) bzw. „best practice“ (beste Erfolgsmetho-

Fachkompetenz		Personale Kompetenz	
Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbstständigkeit
<ul style="list-style-type: none"> •• Über vertieftes allgemeines Wissen oder über fachtheoretisches Wissen in einem Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen. 	<ul style="list-style-type: none"> •• Über ein breites Spektrum kognitiver und praktischer Fertigkeiten verfügen, die selbständige Aufgabenbearbeitung und Problemlösung sowie die Beurteilung von Arbeitsergebnissen und -prozessen unter Einbeziehung von Handlungsalternativen und Wechselwirkungen mit benachbarten Bereichen ermöglichen. •• Transferleistungen erbringen. 	<ul style="list-style-type: none"> •• Die Arbeit in einer Gruppe und deren Lern- oder Arbeitsumgebung mitgestalten und kontinuierlich Unterstützung anbieten. •• Abläufe und Ergebnisse begründen. •• Über Sachverhalte umfassend kommunizieren. 	<ul style="list-style-type: none"> •• Sich Lern- und Arbeitsziele setzen, sie reflektieren, realisieren und verantworten.

Tabelle 1: Kompetenzen die laut der DQR-Matrix für das Niveau 4 gefordert werden (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2013).

Foto: momius /Fotolia



In seiner Ausbildung muss der Schüler zunächst theoretisches Wissen erwerben, um die Möglichkeiten der Pflege zu kennen. Im nächsten Schritt muss er Regeln erlernen und sich eine Routine aneignen. Erst danach kann die Exzellenz in bestimmten Bereichen im Vordergrund stehen.

de) ist die durch eigene Lernanstrengung erworbene, von der Gemeinschaft positiv bewertete dauerhafte Fertigkeit.

- Diese Klugheit besteht ergänzend auch aus ethischen Einstellungen und weiteren inneren Dispositionen, z.B. privaten und beruflichen Erfordernissen voll und ganz genügen zu können, bzw. angemessen handeln zu können.

Wie kann nun diese Klugheit durch eine praktische Anleitung erworben werden? Erste Spuren einer Orientierungsmöglichkeit für die Umsetzung ergeben sich bei Patricia Benner (2000).

In der Pflegewissenschaft ist das Kompetenzstufenmodell von P. Benner als das „Können in realen Situationen“ definiert, allgemein anerkannt, aber kaum umgesetzt. Das Besondere dieses Kompetenzverständnisses besteht in der Annahme, dass sich Kompetenz als Können in fünf Stufen, vom Neuling, über den fortgeschrittenen Anfänger, den Kompetenten und den Erfahrenen,

schließlich zum Experten entwickelt. Dabei vollzieht sich die Änderung der Handlung in drei Prozessschritten:

- Die ausschließliche Befolgung abstrakter Regeln sollte durch konkrete Erfahrungen ersetzt werden.
- Dadurch verändert sich die Wahrnehmung, indem die Situation immer weniger als eine Summe gleich wichtiger Einzelteile gesehen wird, sondern vielmehr als ein Ganzes, in dem nur bestimmte Teile wichtig sind.
- Der dritte Aspekt beschreibt die Entwicklung vom unbeteiligten Beobachter hin zum engagierten Handelnden (Benner 2000, S. 35).

In diesem Ansatz geht P. Benner davon aus, dass Erfahrungen überwiegend durch schmerzhaft und negative Ereignisse gemacht werden, wenn vorgefasste Vorstellungen und Erwartungen durch die Realität in Frage gestellt, verfeinert oder verworfen werden. Diese Erfahrungen bilden ebenfalls ein Vorwissen für die Wahrnehmung, die in der Folge auch die Beziehung zu den zu

Pflegenden beeinflusst (Benner 2000, S. 30). Dabei bringen Auszubildende stets ihre individuellen Geschichten, ihre persönliche Lernbereitschaft und ihre intellektuellen Möglichkeiten mit ein. Dieses individuelle Wissen leitet in pflegerischen Situationen das Entscheidungsverhalten (Benner 2000, S. 32). Kritisch anzumerken ist jedoch, dass sich dieser Theorieansatz schwer verwirklichen lässt und die Kompetenzgenese nur schwer messbar ist. Ein wesentlich einfacheres und auch praktikableres Modell beschreibt Wilhelm Schmid (2015), das aus einem Dreischritt besteht und nicht zwingend dem Ansatz von P. Benner widerspricht.

Viele Praxisanleiter sind der Meinung, dass eine Anleitung nur dann qualitativ gut ist, wenn sie wie ein Unterrichtsentwurf nach didaktischen Überlegungen ausgearbeitet wurde. Dieses Verfahren hat sehr viele Vorteile, kann aber nicht immer geleistet werden. Zudem ergeben sich viele Anleitungssituationen spontan. Wenn in diesen Fällen die Anleitung unterlassen würde, käme die Ausbil-

dung wesentlich zu kurz. Denn das meiste wird im pflegerischen Vollzug en passant gelernt. Beide Anleitungsverfahren sind für die Kompetenzgenese gleich bedeutsam. Als Voraussetzung für beide Anleitungssituationen werden als Rahmenorientierung Anleitungsprinzipien im Sinne von Grundsätzen benötigt. Ist dies gegeben, sind die spontanen und improvisierten neben den „überlegten“ Anleitungen von Schülern gleichberechtigt gut.

Worauf kommt es in der Schüleranleitung für die Kompetenzgenese an? Zunächst ist zu beachten, dass die Kompetenzgenese nach dem Prinzip „Work in progress“ die gesamte Berufs- und Lebensdauer für sich beansprucht und am Ende dennoch fragmentarisch bleiben kann. Trotz der Unabschließbarkeit dieses Prozesses gibt es einen Anfang und einen Entwicklungsprozess, dessen weitere Stufen nicht eindeutig abgrenzbar sind. Feinfühligkeit, Sensibilität, das Gespür für Situationen und das Wissen, worauf es ankommt, bezeichne ich als Pflegekunst im Sinne von Pflegekönnen, die dreistufig entfaltet werden kann:

1. *Erschließung von Möglichkeiten zur Gestaltung von Pflege.*
2. *Regeleinübung als reales Können für die Bewältigung einer konkreten Pflegesituation.*
3. *Ausgestaltung und Verfeinerung des Wissens und Könnens.*

1. Erschließung von Möglichkeiten zur Gestaltung von Pflege.

Wenn Pflege mehr als Körperreinigung sein soll, muss der Schüler die Fülle dessen, was Pflege ausmacht, zunächst theoretisch kennen lernen. Dieser Prozess wird als „Erschließung von Mög-

lichkeiten“ bezeichnet und ist Schülern nicht immer einleuchtend. Sie sehen oft die Pflegetätigkeit aus der Perspektive der Arbeitsbewältigung. Der Auszubildende erträumt nicht mehr Möglichkeiten, sondern erarbeitet sich zunächst eine Wissensbasis, um wirklich über sie verfügen zu können. Wie beim Erlernen eines Musikstückes, muss nicht nur das Spiel, sondern auch Noten und Musiktheorie gelernt werden. Dadurch werden Möglichkeiten zum Musizieren geschaffen. So funktioniert es auch in der Pflege.

Anatomisches, methodisches, praktisches, interdisziplinäres Theoriewissen und vieles mehr sind Voraussetzungen (Möglichkeiten) für die Gestaltung einer pflegerischen Situation. Hinzu kommt ein umfangreiches Regelwissen. Als Beispiel können die Regeln zur Händedesinfektion genannt werden. Wissen heißt in dieser Phase zunächst nur: Ich weiß, was in einer bestimmten Situation zu tun ist, ohne diese Situation real erlebt zu haben.

Worauf kommt es für die Kompetenzgenese in diesem ersten Schritt an? Die Praxisanleitung kann in Ergänzung zum theoretischen Unterricht ebenfalls Wissen vermitteln, z.B. über pflegerische Abläufe oder Pflegesituationen, in denen Möglichkeiten des Könnens gezeigt werden. Ist z. B. ein Bewohner mit einem Schlaganfall zu versorgen, ist Kenntnis des Bobath-Konzepts und der Umsetzungsvarianten Voraussetzung. Im Mittelpunkt der Praxis steht hierbei das Ziel, Fertigkeiten zu entwickeln. *„Fertigkeiten bezeichnen die Fähigkeit, Wissen anzuwenden und Know-how einzusetzen, um Aufgaben auszuführen und Probleme zu lösen. Wie im Europäischen Qualifikationsrahmen werden Fertigkeit-*

ten als kognitive Fertigkeiten (logisches, intuitives und kreatives Denken) und als praktische Fertigkeiten (Geschicklichkeit und Verwendung von Methoden, Materialien, Werkzeugen und Instrumenten) beschrieben“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2013). Wissen wird schwerpunktmäßig in der Schule vermittelt.

Die zentrale Frage an den Auszubildenden könnte lauten: *Was weißt du über dieses Krankheitsbild und wie kann dir das Wissen helfen, eine gute Pflegearbeit zu leisten?* Nicht alle Möglichkeiten lassen sich in jeder Fallsituation verwirklichen, wird dies versucht, entsteht für alle Beteiligten unnötiger Stress. Erst dieses Wissen schafft die Möglichkeit für die Gestaltung einer eigenständigen Pflege. Es befähigt zum Urteilen über die Möglichkeit einer Pflege nach dem „Best-practice-Prinzip“, ohne dieses zunächst auch ausführen zu können. Hierbei müssen Praxisanleiter aufpassen, dass das Wissen keinen „Rezeptcharakter“ erhält. Vielfach wird auch die Meinung vertreten, Pflege sei erst dann gut, wenn sie die Vorgaben eines Pflegelehrbuchs abbildet. Diese Auffassung verrät, dass Individualität, die immer wieder abweichendes Vorgehen erfordert, nicht verstanden wurde.

2. Regeleinübung als reales Können für die Bewältigung einer konkreten Pflegesituation.

Im zweiten Schritt stehen die Regeln für die Bewältigung einer konkreten Pflegesituation im Mittelpunkt. Konkret wird eine an Bobath orientierte Pflege nach bestimmten Prinzipien eingeübt. Im Mittelpunkt der Pflege steht jetzt das Üben des realen Könnens! Der Didaktiker H. Gudjons unterscheidet mechanisches und elaboriertes (durchdenkendes) Üben. Er definiert das Ziel des Übens darin, von einer „öden Routine zu intelligenten Strategien“ zu kommen (Gudjons 2006, S. 131). Das Ziel des Übens ist eine intelligente und gekonnte Routine, aber dieser Prozess geht über den Weg des mechanischen Übens. „Ich kann das“ heißt nun, an der Realisierung zu arbeiten und ein Resultat vorweisen zu können. Es kommt darauf an, unter den vielen Möglichkeiten die richtige auszuwählen und verwirklichen zu können. Leider bleiben viele Auszubildende auf dieser Ebene stecken und beklagen dann mit Recht den „öden“

Zusammenfassung

Wenn eine Schüleranleitung kompetenzorientiert sein soll, muss zunächst als Voraussetzung der Begriff „Kompetenz“ definiert werden, andernfalls bleibt er ein Containerbegriff. Eine „best practice“ in Verbindung mit einer „exzellenten Pflege“ setzt nicht nur Fachwissen voraus, sondern vielmehr eine durch eigene Anstrengungen entwickelte Klugheit, die wiederum für die Entwicklung von Fertigkeiten leitend ist. Das Ziel der Anleitung besteht somit in der Entwicklung dieser personalen Klugheit, die über die funktionale Qualifikation hinausgeht. Für eine kompetenzorientierte Schüleranleitung wird ein einfacher Dreischritt vorgeschlagen, der das en passant als auch das didaktisch arrangierte Anleiten und Lernen unterstützen kann.

Schlüsselwörter: *Tüchtigkeit, Klugheit, Kompetenzorientierte Anleitung, Exzellente Pflege, Best practice*

Aspekt der Routine. Die Praxisanleiter haben in dieser Phase eine Vorbildfunktion für das exzellente Ergebnis und müssen den Schülern zeigen, wie eine Pflegesituation gekonnt bewältigt wird. P. Bennen spricht deshalb auch von der „Könnerschaft“ als Ziel einer kompetenten Pflege. Pflegewissenschaftler betonen, dass der Routineerwerb eine Voraussetzung für Aufmerksamkeit ist, die wiederum für weiterführende, das heißt exzellente Lernprozesse bedeutend ist (Fichtmüller und Walter 2007, Seite 205). Die Praxisanleiter müssen vor Augen haben, dass die Beherrschung einer Handlungsroutine notwendig für die Ausführung komplexer pflegerischer Handlungen mit einem Kompetenzanspruch ist.

Routine hat zwei Seiten. Bleibt der Auszubildende auf einer einfachen methodischen Ebene in der Entwicklung stehen, ist er mit Recht eventuell unmotiviert und unaufmerksam, weil es keinen Entwicklungsprozess gibt. Schule und Praxis müssen deshalb gemeinsam dem Auszubildenden verdeutlichen, dass Routine überwunden werden muss, um auf eine Exzellenzebene zu kommen.

Routine ergibt sich natürlicherweise aus der menschlichen Gewöhnung und kann sehr bequem sein. Diese Form der Routine ist physisch und psychisch kräftesparend, weil sie den Einzelnen von der Notwendigkeit befreit, Entscheidungen zu fällen und eine Arbeitsteilung ermöglicht. Dadurch kann im Alltag auf einem einfachen Qualitätsniveau eine gewisse Standardsicherheit erzeugt werden. Für die Entwicklung der Kompetenz ist das Verharren in der ersten Stufe aber problematisch, weil die Routine zur Monotonie wird. Routine ist somit stets auf das Typische einer Situation oder einer Handlung bezogen, d.h., das Individuelle wird nicht bzw. kaum beachtet. Unterentwickelt bleiben auch die Sensibilität und das Gespür für Menschen und Situationen.

Dennoch kann für technische Tätigkeiten eine Routinebildung in der Pflege gut genutzt werden. Als Beispiel kann hygienisches Regelwissen genannt werden, dass gerade in hektischen Situationen Handlungslogiken ohne Reflexion zur Verfügung stellt, die, wenn man sich daran hält, ein sicheres Handeln garantieren.

3. Ausgestaltung und Verfeinerung des Wissens und Könnens.

In dieser Stufe wird durch verfeinerte und intensiviertere Übung ein Können im Sinne der exzellenten Realisierung von Möglichkeiten, als „gekonnt“ im eigentlichen Sinne eingeübt.

Im Mittelpunkt steht das exzellente Können. Ähnlich wie bei einem Musiker verläuft es auch in der Pflege: Nach vielen Übungen einer Tonleiter ist er in der Lage, ein Stück von Mozart zu spielen. Nach weiteren Übungen und Verfeinerungen wird das Spielen virtuos und die Zuhörer sind begeistert. Die entscheidende Frage ist dabei nicht mehr das grundlegende „Ob“ oder das „Was“, sondern das „Wie“ der pflegerischen Tätigkeit. In dieser Stufe steht die Prozessqualität mit ihrem Bemühen um Exzellenz. Exzellenz ist hier nicht einfach nur „ich habe es gut gemacht“, sondern es geht um eine aus den gewöhnlichen Möglichkeiten der einfachen Routine herausragende Weise (Schmid 2015, S. 55f.). Es ist das, was Musiker virtuos macht und im Gegensatz zu „perfekt“ steht. Exzellenz ist nicht perfekt, sondern vortrefflich. Pflegerisch bedeutet dies, es wurde zum richtigen Zeitpunkt mit den richtigen Fachkenntnissen in intelligenter Weise gekonnt zur Zufriedenheit der Bewohner eine Tätigkeit erbracht. Diese Exzellenz setzt die traumwandlerische Sicherheit der Routine aus der zweiten Stufe voraus. Traumwandlerische Sicherheit entsteht aber nur durch Gewöhnung, Geduld und vor allem durch nachhaltiges Training. Die dritte Stufe darf also nicht leichtfertig oder zu schnell angestrebt werden. Je nach Begabung benötigen Schüler unterschiedlich viel Zeit für ein Training.

Ausblick

Die bisherige Ausbildung war gebunden an eine Einrichtung, die ähnlich Familiensystemen, einen hohen normativen Einfluss auf die Kompetenzgenese hatte. In vielen Fällen sind Schüler dadurch auch in einem Segment der Pflege exzellent geworden, weil sie während der gesamten Ausbildungszeit in einem Bereich waren. Aus berufspädagogischer Sicht ist das nicht immer wünschenswert, weil diese Kompetenzgenese sehr eingeschränkt ist und die vielfachen Möglichkeiten der Pflege zu kurz kommen. Mit dem Neuen Pflegegesetz ist dieses Problem durch den generalisti-

schen Ansatz gemindert. Gleichzeitig wird es aber sehr schwer werden, die dritte Stufe zu erreichen, weil Schüler mehrfach die Institution wechseln müssen. Damit die Kompetenzgenese nicht leidet, wird es zu einer intensiveren Ausbildungsbegleitung durch Praxisanleiter kommen müssen. Was bisher en passant geschah, muss zukünftig intensiver reflektiert werden. Vor allem müssen sich Praxisanleiter mit der Kompetenztheorie, der Kompetenzgenese und ihrer Gestaltungsmöglichkeiten intensiver auseinandersetzen. Sie sollten sich unbedingt in den Gestaltungsprozess einbringen, die praktische Ausbildung nach einem Stufenmodell kompetenzgenetisch zu gestalten.

Ein unabdingbarer Prozess ist schon jetzt die Reflexion der Kompetenzgenese. Eine Reflexion ist ein gezielt rückwärts gerichteter Blick, der sich auf vorab bestehende Lernziele bezieht, die wiederum Grundlage der Schülerbeurteilung sind. Am Beginn der Ausbildung dominiert z.B. dann die Frage, welche „Möglichkeiten“ für die Pflegearbeit erworben wurden und welchen Routinestand das Können hat. Droht der Schüler in der Kompetenzgenese stehen zu bleiben? <<



Literatur

- Benner P. (2000) Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert. 3. Nachdr. Hans Huber, Bern.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013) Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR).
- Fichtmüller F. & Walter A. (2007) Pflegen lernen. V&R unipress, Göttingen.
- Gudjons H. (2006) Neue Unterrichtskultur - veränderte Lehrerrolle. Klinkhardt, Frankfurt.
- Schmid W. (2015) Mit sich selbst befreundet sein. Von der Lebenskunst mit sich selbst. 8. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Autorenkontakt

Reinhard Brodehl, Dipl. Pflegepädagoge, tätig als Religions- und Pflegepädagoge an einer Berufsbildenden Schule

Kontakt: Reinhard.Brodehl@web.de

Interprofessionelles Lernen der Gesundheitsfachberufe

In der täglichen Versorgungsrealität müssen Angehörige der verschiedenen Gesundheitsprofessionen, darunter Pflegeberufe, Therapeuten und Ärzte, eng miteinander zusammenarbeiten. Jedoch werden sie in ihren monodisziplinären Ausbildungswegen nur selten darauf vorbereitet und häufig gibt es teaminterne Konflikte, die auf unklare Rollenverständnisse oder berufsständische Vorurteile zurückzuführen sind.

Bislang vorliegende Forschungserkenntnisse zeigen, dass professionsübergreifende Lehrformate positive Effekte auf die Zufriedenheit, Einstellungen und Fertigkeiten der Lernenden haben. Allerdings wird die Umsetzung von gemeinsamen Lehrveranstaltungen durch unterschiedliche Niveaus (Studium, Berufsausbildung), unterschiedliche Lernorte (Hochschule, Berufsfachschule) und uneinheitliche rechtliche Regelungen erschwert.

Das Pilotprojekt interTUT hat ein interprofessionelles Lehr-Lern-Angebot für Studierende/Auszubildende der Medizin, der Ergo-, Physiotherapie sowie der Pflege entwickelt und evaluiert. Merkmale des Programms sind ein extracurriculares Konzept, also eine freiwillige Teilnahme außerhalb der Pflichtlehre, sowie ein peer-gestütztes Lernangebot, also der Einsatz von Studierenden/Auszubildenden höherer Semester.

Während der einjährigen Pilotphase wurden vier Lerneinheiten entwickelt und erprobt. Es nahmen insgesamt 74 Personen an den Tutorien teil. Diese wurden anschließend sowohl schriftlich als auch in Fokusgruppen befragt. Die Teilnehmer waren

- Studierende der Pflege (14%),
- der Physio- und Ergotherapie (22%),
- der Medizin (28%) sowie
- Auszubildende der Pflege (26%).

Die Rücklaufquote bei der schriftlichen Befragung betrug 97% (n=72 von 74). In Fokusgruppen wurden drei Tutoren und fünf Teilnehmer interviewt. Die Bewertungen des Projekts waren durchgängig positiv. Es wurden ein sehr produktives Lernklima, eine Förderung des Austauschs zwischen den Berufsgruppen und eine wertschätzende Atmosphäre genannt. Die Lehrveranstaltungen waren mit den jeweiligen Stundenplänen vereinbar, die Gesamtzufriedenheit war sehr hoch und der inhaltliche Anspruch angemessen. Aus den Interviews wur-

de deutlich, dass die Teilnehmer eine Veränderung ihrer Haltung und Wahrnehmung beobachtet haben, sie sehen einen Wissenszuwachs über die jeweiligen Aufgaben, das Selbstverständnis und die unterschiedlichen Perspektiven auf die gemeinsame Praxis.

Die Autoren sehen die Stärke des interTUT-Konzepts in der relativ leichten Implementierbarkeit und Übertragbarkeit in andere Bildungskonzepte, da es sich um ein extra-curriculäres Angebot handelt. Aufwändige Anpassungen an bestehende curriculare Vorgaben sind nicht nötig. Allerdings erfordert dies auch zusätzliche zeitliche Investitionen der Teilnehmer. Die Autoren geben weiter zu bedenken, dass die Teilnahme an dem Lernangebot freiwillig war, wodurch eine Selektion von ohnehin interessierten Studierenden/Auszubildenden anzunehmen ist. Für eine erfolgreiche Umsetzung werden Ressourcen für die Qualifizierung der Tutoren und für die Koordination der Lehrangebote benötigt.

Quelle: Reichel K., Dietsche S., Hölzer H. & Ewers M. (2016) Interprofessionelles Peer-Assisted Learning als niedrigschwelliges Angebot für gemeinsames Lernen: Evaluationsergebnisse des Projektes interTUT. *GMS Journal for medical Education* 33, Doc30.

http://aco.charite.de/forschung_entwicklung/projekte/intertut_j/

Autorenkontakt:

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

Kommentar



Eine vorurteilsfreie und kooperative Haltung anderen Professionen gegenüber ist eine zwingende Voraussetzung für eine funktionierende Teamarbeit in einer komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Gesundheitsversorgung. Unklare Verantwortlichkeiten und Unkenntnis über die Kompetenzen und Sichtweisen „fremder“ Fachdisziplinen erschweren jedoch eine reibungslose und konfliktfreie Kollaboration.

Das interTUT-Projekt greift auf nationale und internationale Forschungserkenntnisse im Bereich interprofessionelles Lernen und Arbeiten zurück und hat darauf aufbauend ein für das deutsche Gesundheits- und Bildungssystem kompatibles Programm entwickelt. Erste Ergebnisse aus der Pilotphase sind vielversprechend und geben wertvolle Impulse für die Übernahme oder Weiterentwicklung von professionsübergreifenden Lernangeboten.

Die positiven Resultate sind jedoch nicht nur auf ein durchdachtes und engagiert umgesetztes Konzept zurückzuführen, sondern möglicherweise auch auf eine Selektion motivierter und interprofessionell aufgeschlossener Teilnehmer. Zu dem Erfolg des Pilotprojekts haben wahrscheinlich auch die guten Rahmenbedingungen am Standort Berlin beigetragen, darunter räumliche Nähe von Universität, Fachhochschulen und Gesundheitsakademie, personelle und fachliche Ressourcen sowie bildungswissenschaftliche Vorarbeiten.

UNSER TEAM SUCHT IHR HERZ UND IHREN VERSTAND!

Als Krankenhaus der Maximalversorgung sind wir mit ca. 9.000 Mitarbeitern/-innen der größte Arbeitgeber der Region. In unseren fortschrittlichen Kliniken und Instituten behandeln wir jährlich etwa 70.000 Patienten stationär und 344.000 Patienten ambulant. Neben Diagnostik und Therapie beweisen wir auch in der Pflege fundierten Sachverstand und großes Fingerspitzengefühl.



Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Ihr Kontakt für Fragen:

☎ 07071 2987661

✉ pflagedirektion@med.uni-tuebingen.de

Wir freuen uns schon jetzt darauf, Sie als Bereicherung für unser Team begrüßen zu dürfen.

Alle weiteren Infos finden Sie außerdem schnell und einfach auf unserer Website.

Deshalb brauchen wir Sie als:

Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger/-innen für PKMS mit Hochschulabschluss

Die pflegerische Versorgung von Patienten ist kein Job wie jeder andere. Für Menschen da zu sein und ihnen ein Gefühl der Sicherheit zu geben, erfordert hohen Einsatz, Kompetenz und Besonnenheit. Weil wir das wissen, wird Ihre Leistung bei uns belohnt.

Unsere Anerkennung für Sie:

- > Regelmäßig höheres Entgelt als in kommunalen Krankenhäusern
- > Krankenhausspezifische Tarifverträge, z. B. für Beruf und Familie sowie Langzeitkonten
- > Sondervergütung für Springer-Einsätze
- > Flexible Schichtdienste inklusive Berücksichtigung individueller Termine
- > Vielfältige Möglichkeiten zur Weiterbildung
- > Sozialberatung für persönliche Anliegen, zum Beispiel zur Pflege von Angehörigen
- > Günstige Mitarbeiterwohnungen in direkter Kliniknähe für Sie und Ihre Familie
- > Betriebliche Kindertagesstätte für Kinder ab 1 Jahr
- > Sportkurse im Fitnessstudio vor Ort – zur Förderung Ihrer Gesundheit
- > Ein vergünstigtes Jobticket, das Ihr Portemonnaie und auch die Umwelt schont



[www.medizin.uni-tuebingen.de/
Mitarbeiter/Karriere](http://www.medizin.uni-tuebingen.de/Mitarbeiter/Karriere)

LVR-Klinikverbund
LVR-Klinik Bonn



Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) sucht für die LVR-Klinik Bonn zum 01.03.2017 eine/einen

Pflegedirektorin/Pflegedirektor

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

Die LVR-Klinik Bonn ist eine nach modernsten Erkenntnissen geführte innovative Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie mit 819 Betten und über 1.500 Beschäftigten in insgesamt 8 Abteilungen. Der Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie umfasst drei allgemein psychiatrische Abteilungen sowie jeweils eine Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Gerontopsychiatrie. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist durch eine eigene Klinik mit mehreren Standorten vertreten. Im Fachbereich Neurologie steht neben den Behandlungsmöglichkeiten für Erwachsene das Kinderneurologische Zentrum zur Verfügung. Die LVR-Klinik Bonn verfügt über ein Bildungszentrum für Pflegeberufe mit einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule und einem innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildungsbereich.

In Trägerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland, einem kommunalen, innovativen und familienfreundlichen Klinikverbund, versorgen wir als psychiatrische Klinik sowohl stationär als auch tagesklinisch und ambulant jährlich etwa 42.000 Patientinnen und Patienten.

Ihre Aufgaben

- Leitung des Pflege- und Erziehungsdienstes
- Kooperative Mitarbeit im Vorstand der Klinik (Krankenhausbetriebsleitung gem. KHG NRW)
- Team- und zielorientierte Personalführung von derzeit ca. 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Steuerung und Verantwortung der pflegerischen Versorgung unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte
- Partnerschaftliche, kooperative und zielbezogene Motivation der Beschäftigten zur Förderung ihrer Eigeninitiative und Eigenverantwortung
- Erstellen und Weiterentwicklung von Personalentwicklungskonzepten, insbesondere zur Mitarbeitergewinnung, Mitarbeiterbindung und zur Fortbildungsstrategie
- Weiterentwicklung von Pflegestandards im Rahmen des Qualitätsmanagements
- Überwachung der Umsetzung der Pflegeplanung und der Pflegedokumentation
- Mitverantwortung für die Einhaltung des Klinikbudgets
- Mitarbeit in den Gremien des LVR-Klinikverbundes, insbesondere des Fachforums der Pflegedirektionen

Ihr Profil

- Staatliche Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Krankenschwester/Krankenpfleger oder Altenpflegerin/Altenpfleger
- Erfolgreicher Abschluss eines Studiums im Pflegemanagement (mindestens FH)
- Mindestens dreijährige Erfahrung mit Führungs- und Managementaufgaben im Pflege- und Erziehungsdienst



Wünschenswerte Voraussetzungen

Fachweiterbildung Psychiatrie

Fähigkeit zur zeitgemäßen und zielorientierten Mitarbeiterführung, Teamfähigkeit auf Managementebene
Fundierte und umfassende pflegerische Fachkenntnisse – möglichst auch in der Tätigkeit mit psychisch kranken Menschen

Umfassende Kenntnisse des Gesundheitssystems, des Krankenhausmanagements, der Qualitätsmanagement- und Zertifizierungssysteme sowie des Projektmanagements

Gründliche Kenntnisse des Krankenhausrechts, insbesondere der Finanzierung

Kenntnisse der einschlägigen Bestimmungen in der Sozialgesetzgebung, des Arbeitsrechts sowie des Landespersonalvertretungsrechts

Selbständiges, prozessorientiertes, innovatives, strategisches und betriebswirtschaftliches Denken und Handeln

Fundierte Kenntnisse in der Steuerung von Personaleinsatzprozessen

Erfahrungen mit Arbeitsansätzen zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen und zur Optimierung von Sicherheitsfragen in der akutpsychiatrischen Versorgung

Wir bieten Ihnen

Einen interessanten, abwechslungsreichen und verantwortungsvollen Arbeitsplatz in Führungsposition bei einem der großen öffentlich-rechtlichen Gesundheitsdienstleister im Rheinland

Den Abschluss eines auf 4 Jahre befristeten Sondervertrages mit der Möglichkeit zur Verlängerung

Eine Bestellung zum Mitglied im Klinikvorstand (Krankenhausbetriebsleitung) für einen Zeitraum von zunächst vier Jahren mit der Möglichkeit der Verlängerung

Eine den Anforderungen entsprechende Bezahlung mit leistungsbezogenen Entgeltanteilen (Sondervertrag), welche der anspruchsvollen Tätigkeit entspricht

Betriebliche Zusatzversorgung zur Alterssicherung

Betriebliche Gesundheitsförderung

Gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Ein umfangreiches externes und innerbetriebliches Fortbildungsangebot

Als Mitglied im Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ hat die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für uns eine hohe Priorität. Wir bemühen uns um familienfreundliche Arbeitszeiten und unterstützen Sie durch unseren Eltern- und SeniorenService. Auch der mögliche Wunsch einer Teilzeitbeschäftigung sollte kein Hinderungsgrund sein.

Haben Sie noch Fragen?

Dann wenden Sie sich bitte an die Leiterin des Dezernates „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen“, Frau LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski, Telefon: 0221 809-6619, E-Mail: Martina.Wenzel-Jankowski@LVR.de oder an den Vorstandsvorsitzenden und Kaufmännischen Direktor der LVR-Klinik Bonn, Herrn Ludger Greulich, Telefon: 0228 551-2129, E-Mail: Ludger.Greulich@LVR.de. Sie werden Ihnen gerne weiterhelfen.

Frauen werden gemäß Landesgleichstellungsgesetz NRW bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung bevorzugt berücksichtigt, sofern nicht in der Person eines Mitbewerbers liegende Gründe überwiegen.

Der Bewerbung schwerbehinderter Frauen und Männer wird bei sonst gleicher Eignung der Vorzug gegeben.

Wir freuen uns über Bewerbungen von Menschen mit Migrationshintergrund. Aus umwelttechnischen Gründen bitten wir auf die Benutzung von Klarsichthüllen und Bewerbungsmappen zu verzichten.

Allgemeine Informationen über den Landschaftsverband Rheinland finden Sie im Internet unter www.lvr.de. Dort finden Sie auch Informationen zur LVR-Klinik Bonn.

Bitte senden Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen mit Angaben zu Ihren Gehaltsvorstellungen bis zum **31.07.2016** an die E-Mail-Adresse: Martina.Wenzel-Jankowski@lvr.de

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



APOLLON
Hochschule

**Bachelor
per Fernstudium –
ohne Abitur!**

Bachelor Pflegemanagement (B. A.)

Bachelor Sozialmanagement (B. A.)

Zertifikatskurse! U. a. Gerontologie, Ernährungsberater, Public Health

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

apollon-hochschule.de

Ein Unternehmen der Klett Gruppe



DV049



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.)

Zugangsberufe: 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



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.

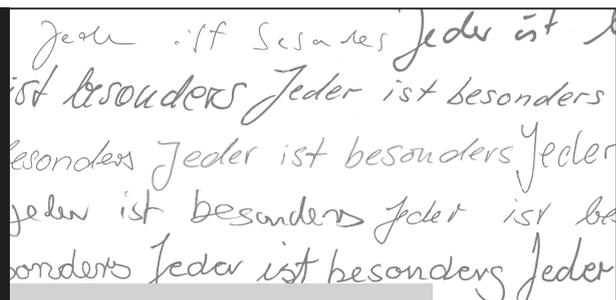
HPP2GO

Ihr Spezialist unter den Heilpraktikerschulen

INSTITUT EHLERT

www.ehlert-institut.de

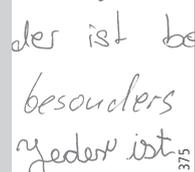
Tel: 02171 / 7 64 64 54



Jeder ist besonders

Bethel setzt sich für Menschen mit Behinderungen ein.

www.bethel.de



375



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



Neu!

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.

Wolfgang Schäfer ist Stationsleiter einer gastroenterologischen Allgemeinstation des Klinikums der Universität München. **Peter Jacobs** war bis März 2014 Pflegedirektor des Klinikums der Universität München. Seit 2014 ist er als Berater für Personen und Institutionen im Gesundheitswesen tätig. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Coaching von Führungskräften.

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

Die Sprache: Ein wertvolles Gut



Sandra Mantz

Kommunizieren in der Pflege

Kompetenz und Sensibilität im Gespräch

2016. 181 Seiten. Kart. € 19,-

ISBN 978-3-17-025750-4

auch als
EBOOK

Pflegekompakt

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

2., aktualisierte Auflage 2016

160 Seiten, 35 Abb., 3 Tab. Kart. € 26,-

ISBN 978-3-17-031627-0

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

Fachliteratur für die Pflegepraxis



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

auch als
EBOOK

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.

Wolfgang Schäfer ist Stationsleiter einer gastroenterologischen Allgemeinstation des Klinikums der Universität München. **Peter Jacobs** war bis März 2014 Pflegedirektor des Klinikums der Universität München. Seit 2014 ist er als Berater für Personen und Institutionen im Gesundheitswesen tätig. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Coaching von Führungskräften.



Jutta Kaltenecker

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.

Jutta Kaltenecker, Dipl.-Pflegerin, Altenpflegerin, ist selbstständig in der Beratung von Pflegeeinrichtungen tätig.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de