

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

70. Jahrgang •• Feb./März 2017

2-3 | 2017



www.springerpflege.de

Management ^x

Personalbemessung

Auf dem Weg zu einem gesicherten Verfahren?

Strategische Pflegeentwicklung erfolgreich umgesetzt
Akademische Qualifikation willkommen

Pflegequalität und Pflegeprozess

Sind Expertenstandards in der Pflege noch nötig?

5. Interprofessioneller Gesundheitskongress

28. und 29. April 2017

Internationales Congress Center Dresden

Pflege • Medizin • Therapie • Wissenschaft

Viele Professionen – ein Patient !

Für Informationen zum Kongress senden Sie den Coupon bitte an:

Fax: 030/82787-5511 | E-Mail: info@gesundheitskongresse.de

Name, Vorname

Institution (bitte nur bei Dienstadresse!)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

PZ

Liebe Leserinnen und Leser,

turbulente Wochen liegen hinter uns. Dutzende von E-Mails und Telefonaten, in denen Prozesse zwischen den Verlagen abgestimmt, neue aufgesetzt sowie Autoren aufgefangen und Anfragen von Lesern beantwortet wurden. Und noch immer tauchen Fragen auf: Ich kann nicht mehr online suchen? Brauche ich ein neues Passwort oder: Wo ist eigentlich Ausgabe 2? Alle diese Fragen beantworten wir Ihnen gern weiter per Mail: pflgezeitschrift@springer.com.

Nicht zuletzt mussten wir auch ein neues Heft erstellen. Die Ausgabe 2 der Pflegezeitschrift wurde zur Doppelnummer 2-3. Wir haben dafür Artikel rund um den Schwerpunkt „Management“ für Sie zusammengestellt: Da geht es in einem Beitrag von Franz Wagner um die Frage der Personalbemessung (Seite 10) und Sabine Brase schreibt über die Rolle akademisch qualifizierter Pflegekräfte (Seite 13). Außerdem lesen Sie über junge, aber auch über versierte Pflegeführungskräfte, wie in dem Interview mit Josef Hug, dem Pflegedirektor aus Karlsruhe. Wichtig war uns aber auch, Ihnen über das Pflegemanagement hinaus in allen weiteren Kernrubriken der Zeitschrift – Pflegepraxis, Pflegewissenschaft

und Pflegepädagogik – interessante Artikel anzubieten. Was es mit der „Chamäleonkompetenz“ auf sich hat, erfahren Sie beispielsweise ab Seite 48. Die Seite „Impuls der Wissenschaft“ (ab Seite 56) wollen wir künftig mit mehr Berichten von Fachkongressen und Literaturreferaten stärker in den Fokus nehmen – daher haben wir ihren Umfang erweitert. Außerdem haben wir mehr Seiten mit Kurzmeldungen in der Zeitschrift. Ein bisschen Veränderung ist also schon da.

Ich danke allen, die so tatkräftig geholfen haben, die Pflegezeitschrift bei uns zu integrieren: den Kollegen bei Kohlhammer in Stuttgart, die diese Ausgabe noch einmal ins Layout gebracht und gedruckt haben. Und natürlich meinem Team – insbesondere Sabine M. Kempa – und all den Kollegen bei Springer, die dafür gesorgt haben, dass Sie die neue Ausgabe der Pflegezeitschrift jetzt auch lesen können.

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen

Ihre
Katja Kupfer-Geißler



Willkommen in Dresden

Zu viele Wege, zu viele Untersuchungen, zu lange Wartezeiten und ungenutztes Mitarbeiterpotenzial – auch

in Krankenhäusern gibt es viel Verschwendung. Der Ansatz des Lean Managements (schlankes Management) will hier Abhilfe schaffen. „Das zentrale Anliegen besteht darin, alles zu unterlassen, was Patienten keinen Nutzen stiftet“, betont Evelyn Möhlenkamp, Generalbevollmächtigte Klinisches Prozessmanagement bei der Kliniken Südostbayern AG. Auf dem 5. Interprofessionellen Gesundheitskongress, der am 28. und 29. April in Dresden stattfindet, stellt die Pflegemanagerin die Schritte zu einem Lean Hospital vor.

Weitere Schwerpunkte des 5. Interprofessionellen Gesundheitskongresses, zu dem rund 800 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erwartet werden, sind Ethik im Gesundheitswesen sowie Demenz im Akutkrankenhaus. Unter dem Leitspruch „Viele Professionen – ein Patient“ steht dabei immer die Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen im Zentrum der Diskussionen. Zusätzlich zu den interprofessionell ausgerichteten Themen finden zahlreiche Seminare speziell für einzelne Berufsgruppen statt, wie Pflege Spezial, Medizin Spezial, MFA Spezial und Notfall Spezial. Auch in diesem Jahr ergänzen das HeilberufesCIENCE-Symposium mit Posterpräsentation und ein Schülertag von Auszubildenden für Auszubildende das Programm.

IntGeKo2017
www.gesundheitskongresse.de

VORSCHAU 4/2017

Schwerpunkt:
Onkologische Pflege

Oft unterschätzt
Schlafstörungen
bei Krebspatienten

Appetitmangel, Übelkeit,
Erbrechen
Ernährungsprobleme bei
Chemotherapie und Bestrahlung

Strafbar?
Das neue Sterbehilfegesetz
verunsichert

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Verlag und Redaktion:

Springer Medizin Verlag GmbH
Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin
Tel.: 030 82787-5500, Fax: 030 82787-5505
E-Mail: pflegezeitschrift@springer.com
Internet: www.springerpflege.de

Abonnenten-Service:

Tel.: 06221 345-4303
E-Mail: leserservice@springer.com

Redaktion:

Katja Kupfer-Geißler (Chefredakteurin, verantwortlich), Anschrift wie Verlag; Heike Ottow (Leitende Redakteurin); Josefine Baldauf, Ute Burtke, Nicoletta Eckardt (Redakteurinnen); Dorit Schmidek (Redaktionsassistentin)

Unter Mitarbeit von

Sabine M. Kempa, Heidelberg
E-Mail: sk@kempa-konzepte.de

Deutsche Presse-Agentur GmbH (dpa), Hamburg

Wissenschaftliches Editorial Board

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

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse:

Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science+Business Media GmbH ist die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer SBM Two GmbH. Die Springer SBM Two GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer SBM One GmbH. Die Springer SBM One GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer SBM Zero GmbH. An der Springer SBM Zero GmbH hält die Springer Science+Business Media G.P. Acquisition S.C.A., Luxemburg, 47% der Anteile und die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH 53% der Anteile.

Geschäftsführer:

Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Director Professional Care:

Falk H. Miekley
Tel.: 030 82787-5585, Fax: 030 82787-5505
E-Mail: falk.miekley@springer.com

Anzeigen:

Timo Hannemann
Tel.: 030 82787-5506, Fax: 030 82787-5505
E-Mail: timo.hannemann@springer.com
www.springermedizin.de/mediadaten

Frank Noll (Stellenmarkt)
Tel.: 06102 506164, Fax: 06102 506179
E-Mail: frank.noll@springer.com

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 47 vom 1.1.2017

Herstellung:

Ulrike Drechsler (Leitung)
Tel.: 06221 487-8662
E-Mail: ulrike.drechsler@springer.com

Vertrieb:

Frank Niemann (Leitung)
Tel.: 089 203043-1411

Erscheinungsweise

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

Bezugspreise:

Einzelheft 11,40 Euro (zzgl. 2,50 Euro Versandkosten Inland)
Der Jahresbezugspreis beträgt 58,70 Euro, für Schüler und Studierende (gegen Bescheinigung): 31,90 Euro (jeweils zzgl. € 8,40 Versandkosten).

Allgemeiner Hinweis zur gesetzlichen Mehrwertsteuer: Gedruckte Zeitschriften unterliegen grundsätzlich dem ermäßigten Steuersatz von 7%, digitale Produkte (z.B. die Online-Version einer Zeitschrift) hingegen dem allgemeinen Steuersatz von 19%. Die detaillierte Aufteilung der einzelnen Mehrwertsteuer-Beträge entnehmen Sie bitte Ihrer Rechnung.

Herstellung und Druck

W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart, Telefon 0711 78630,
W. Kohlhammer Druckerei GmbH+Co KG, Augsburgerstraße 722, D-70329 Stuttgart, Telefon 0711 32720, www.kohlhammer.de

Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-4303, Fax: 06221 345-4229, und über jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn dem Verlag nicht 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Copyright, allgemeine Hinweise:

Zur Veröffentlichung kommen nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen. Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrhRG zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Honorierung für Beiträge in der „Pflegezeitschrift“ schließt eine mögliche Veröffentlichung in der „Heilberufe“ und in dem österreichischen Pflege-magazin „procare“ ein.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchs/Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

© Springer Medizin Verlag GmbH

Die Zeitschrift ist der „Informations-gemeinschaft zur Verbreitung von Werbeträgern“ angeschlossen.



PFLEGEMANAGEMENT

- 10 **⊗ Personalbemessung: endlich auf dem Weg zu einem gesicherten Verfahren?**
Weiter dringender Handlungsbedarf
FRANZ WAGNER
- 13 **⊗ Strategische Pflegeentwicklung erfolgreich umgesetzt**
Akademische Qualifikation willkommen
SABINE BRASE
- 18 **⊗ Ausgezeichnete Arbeit, Herr Hug**
Pflegermanager des Jahres
INTERVIEW MIT JOSEF HUG
- 20 **⊗ Was es für die Spitze braucht ...**
Erfolgreich als Führungskraft
SARAH BEHLING
- 22 **⊗ Triple Win – Fachkräfte für Deutschland**
Aufwändig aber erfolgreich
ANNETTE LÜBBERS
- 25 **⊗ Die Ruhepause im Arbeitsrecht**
Unverzichtbar für den Schutz der Arbeitnehmer
MARTINA WEBER
- 28 **⊗ Wissensbasiert arbeiten mit VAR Healthcare**
Für bessere Versorgungsqualität
ANN KRISTIN ROTEGÅRD, INGER MARGRETHE HOLTER, UNNI JENSEN,
ANNERS LERDAL, PETER TACKENBERG

PFLEGEPRAXIS

- 31 **Sind Expertenstandards in der Pflege noch nötig?**
Pflegequalität und Pflegeprozess
NADIA RALIC
- 34 **Die führende Rolle der B.Sc. Pflege im Entlassungsprozess**
Expertenstandard Entlassungsmanagement
KIRSTIN WINKLER
- 37 **Kommen Sie gut nach Hause**
Entlassung aus der akutstationären Versorgung
INTERVIEW MIT SARAH STEMPPLE
- 39 **Interpretation des Monitor-EKGs – leicht gemacht**
Sechs Fragen an das EKG-Bild
BERND LEY

PFLEGEPÄDAGOGIK

- 46 **Längst überfällig: Pflegeberufsgesetz**
Generalistische Ausbildung
INTERVIEW MIT CHRISTINE VOGLER UND CARSTEN DRUDE
- 48 **Zwischen Schule und Station**
Lernen kreativ: Chamäleonkompetenz
SABINE BALZER
- 51 **Unterrichts-Methodik als „pädagogisches Gewürz“**
Inhalte gut verdaulich gestalten
FLORIAN FISCHBOCK

PFLEGEWISSENSCHAFT

- 56 **Impuls der Wissenschaft**
- 60 **Mit Kompetenzentwicklung dem Fachkräftemangel trotzen**
Transfer branchenspezifischer Lösungen
SABINE M. KEMPA
- 63 **Haus- und Abschlussarbeiten – clever schreiben**
Erfolgreich studieren
JÖRG KLEWER



Foto: OcusFocus / Getty Images / iStock

10 Personalbemessungsverfahren in Sicht?

Seit Jahrzehnten wird über die Personalbemessung in der Pflege diskutiert. Bisher ohne konkrete Ergebnisse. Doch: Erste Vereinbarungen zur Mindestpersonalausstattung lassen Franz Wagner hoffen.



Foto: GlobalStock/istock

13 Akademische Qualifikation willkommen

Die stetige Weiterentwicklung des Gesundheitssektors macht die Einbindung akademisch qualifizierter Pfleger unentbehrlich. Die Strategie des Krankenhauses Rummelsberg will Perspektiven für die möglichen Handlungsfelder bieten, gleichzeitig aber auch zur Weiterbildung motivieren.

Foto: © Eric Isselée / Getty Images / iStock



48 Kreativ Lernen

Das Chamäleon ist das beste Beispiel für angepasste Verhaltensweisen zur Überlebenseicherung. Eine Kompetenz, die – so Sabine Balzer – auch den Pflegenden in der Ausbildung im Dauerdilemma zwischen Anspruch und Wirklichkeit abverlangt wird..

- 3 Editorial
- 4 Impressum
- 6, 45, 53 Meldungen
- 65 Stellenmarkt

⊗ = Schwerpunktthema

Titelbild: GlobalStock/istock

Pflegekammern und -verbände wollen Pflegende stärken Marschrichtung im Bundestagswahljahr 2017 festgelegt

Auf eine Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen verständigten sich die Teilnehmenden eines ersten Arbeitstreffens der rheinland-pfälzischen Landespflegekammer, der beiden Pflegekammern in Gründung aus Schleswig-Holstein und Niedersachsen sowie des Deutschen Pflegerats samt seiner Mitgliedsverbände in Mainz. Im konstruktiven Miteinander solle gemeinsam die Autonomie der Pflegenden gestärkt

werden, so das erklärte Ziel aller. Dabei sollen Kompetenzen gebündelt und gezielt auf allen Ebenen der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen kanalisiert werden, um so die Profession künftig effektiver voranzubringen.

Große Einigkeit bestand darin, dass die mehr als berechtigten Forderungen der Berufsgruppe gezielt an die Entscheidungsträger in der Politik herangetragen werden müssen. Gerade zu Beginn des

Bundestagswahljahres sollen die bisherigen Rahmenbedingungen in der Pflege in den Fokus der Öffentlichkeit und insbesondere der politischen Entscheidungsträger gestellt werden. Die Probleme, mit denen sich die Pflegenden seit Langem konfrontiert sehen, sind vielfältig und reichen von schierer Überlastung, über unangemessene Entlohnung bis hin zu nicht ausreichender Unterstützung in eigenen gesundheitlichen Fragen. Ein weiteres wichtiges Anliegen war die Realisierung der generalistischen Pflegeausbildung. Wie von Medien berichtet, sei nunmehr der Koalitionsausschuss mit der Klärung der Frage betraut, nachdem sich die regierungstragenden Fraktionen zunächst nicht auf einen gemeinsamen Nenner einigen konnten. Ein Scheitern der Reform würde eine irreparable Schädigung der Entwicklung der gesamten Berufsgruppe und vor allem eine gravierende Verschlechterung im Bereich der Versorgung in der Altenpflege bedeuten, warnen die Experten der Kammern und Berufsverbände.

Der Gedanken- und Meinungsaustausch soll auch zukünftig regelmäßig fortgesetzt werden, um die gemeinsame und enge Zusammenarbeit weiter voranzubringen.

www.pflegekammer-rlp.de



Gemeinsam die Pflege nach vorne bringen ist das erklärte Ziel der Teilnehmenden nach dem ersten gemeinsamen Arbeitstreffen des Deutschen Pflegerats und seiner Mitgliedsverbände, der Gründungskonferenz der Pflegekammer Niedersachsens und des Errichtungsausschusses der Pflegeberufekammer Schleswig-Holsteins sowie der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

Utopie Pflege 4.0 Pflegepädagogik im Diskurs

Tiefgreifende Veränderungen des pflegerischen Arbeitsalltags zeichnen sich ab. Ökonomisierung, Diversität und Digitalisierung in einer alternden Gesellschaft sind hier zentrale Begriffe. Wie kann unter diesen Bedingungen eine an den Bedürfnissen der Menschen orientierte Pflege gelingen? Welche Anforderungen an Bildungsprozesse ergeben sich daraus? Zeitgleich wandeln sich die Bedürfnisse und Voraussetzungen der Lernenden. Welche Einstellungen und Haltungen stehen bei ihnen im Vordergrund und was bedeutet dies für Lern-Lehr-Arrangements?

Die Referierenden der 7. Fachtagung für pflegeberufliche Bildung am

31.03.2017 in Düsseldorf greifen die aktuellen Entwicklungen kritisch auf und laden zur Diskussion und zum Weiterdenken ein:

- Wie ticken Jugendliche 2016 – Die SINUS-Jugendstudie 2016
- Chamäleonkompetenz. Eine habitus-hermeneutische Studie im Pflegemilieu
- Werden intelligente Systeme den Pflegealltag verändern?

Die Vorträge werden durch Workshops zu aktuellen Themen der pflegeberuflichen Bildung ergänzt. In der Podiumsdiskussion wird die Frage gestellt, was aus der Ausbildungsreform der Pflegeberufe wird. Die Beiträge der Fachtagung rücken

den Nutzen für die Praktiker in den Vordergrund, ohne die wissenschaftliche Fundierung dabei aus dem Blick zu verlieren. Die BAG Pflegebildung im DBfK setzt mit der 7. Fachtagung „Pflegepädagogik im Diskurs“ den Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen Praktikern der pflegeberuflichen Bildung, Wissenschaftlern und Politikern im Kontext der bildungs- und berufspolitischen Veränderungen fort. Die Fachtagung wird von der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflegebildung im DBfK und dem Bildungszentrum des Universitätsklinikums Düsseldorf veranstaltet.

www.dbfk.de

Pflegemanager des Jahres gekürt Bundesverband Pflegemanagement zeichnet aus

Es war ein gelungener Start in das Fortbildungsjahr. 1.700 Teilnehmer waren es, die am 20. und 21. Januar in die Hauptstadt gekommen waren, um die zahlreichen Veranstaltungen auf dem Kongress Pflege zu besuchen. Ein Highlight war wieder die gelungene abendliche Kongressparty mit der Verleihung des Pflegemanagement Awards.

Programm top, Atmosphäre wunderbar entspannt – so der Tenor Kongressteilnehmer, Referenten und Aussteller. Von der Kongresseröffnung durch Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig bis zur abendlichen Kongressparty mit Preisverleihung stimmte einfach alles. Mit Spannung erwartet wurde die Verleihung des Pflegemanagement-Award, eine Initiative des Bundesverbands Pflegemanagement in Zusammenarbeit mit der ZeQ AG, Fresenius Kabi und Springer Pflege.

Erstmals gab es ihn in zwei Kategorien: Bereits zum 6. Mal wurde der Preis für die Nachwuchsführungskräfte überreicht. Neu hinzugekommen ist die Auszeichnung für einen Pflegemanager der Top-Ebene. Im Auswahlverfahren setzte

sich dabei Josef Hug, Pflegedirektor und Prokurist am Städtischen Klinikum Karlsruhe, durch.

Bei der Vielzahl hoch qualifizierter Nachwuchsführungskräfte hatte die Jury kein leichtes Spiel und so durften sich in diesem Jahr sogar drei Kandidaten über den zweiten Platz freuen. Platz eins erreichte Daniel Centgraf, Pflegefachleitung am Katholischen Marienkrankenhaus in Hamburg. Im Fokus des 34-Jährigen lag die Organisationsentwicklung für die Zusammenlegung zweier Bereiche mit bis zu diesem Zeitpunkt unterschiedlichsten Inhalten, Ablaufstrukturen und Kulturen. Im Alterstraumatologischen Zentrum werden heute hochbetagte Menschen mit Traumata durch die Verknüpfung von Notfallmedizin, unfallchirurgisch-orthopädischer und geriatrisch-internistischer Therapie fachbereichsübergrei-



Bei einer feierlichen Abendveranstaltung im Rahmen des Kongresses Pflege 2017 wurde der Pflegemanagement-Award erstmalig in zwei Kategorien verliehen. Zum Pflegemanager des Jahres wurde Josef Hug gekürt, Nachwuchs-Pflegemanager wurde Daniel Centgraf.

fend versorgt. Der zweite Platz ging an Ugur Cetinkaya, Residenzleitung, Sen-Vital Ruhpolding, Christo Machtemes, Verwaltungs- und Pflegedienstleitung, Gezeiten Haus Tagesklinik Oberhausen, sowie Christiane Neehoff-Tylla, stellvertretende Pflegedirektorin, Bonifatius Hospital Lingen.

www.bv-pflegemanagement.de

Auf Studienreise In Norwegen Versorgungsmodelle aus erster Hand kennen lernen

Zwischen dem 29.05. und dem 02.06.2017 findet die zweite fünftägige internationale Studienreise zur akutstationären Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus statt.

In Norwegen kommen auf je 1.000 Einwohner 15,4 Menschen, die an einer Demenz leiden, in Deutschland sind es im Vergleich dazu bereits 20,3 Menschen auf 1.000 Einwohner. Doch auch in Norwegen steigt die Zahl von Menschen mit Demenz deutlich. Wie stellt sich ein hauptsächlich über Steuern finanziertes Gesundheitssystem auf diese Herausforderung ein? Welche Wege werden eingeschlagen, um unnötige Krankenhauseinweisungen von Menschen mit Demenz zu vermeiden? Welche nachhaltigen, integrierten oder koordinierten Versorgungsleistungen gibt es in Norwegen für akutstationär zu behandelnde Patienten mit Demenz?

Diese und andere Fragen stehen im Zentrum der Reise. Sie ist Teil des Programms „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen“, das von der Robert Bosch Stiftung gefördert wird. Es richtet sich an Personen im Gesundheitswesen, die die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus verbessern wollen. Dazu gehören Pflegendе, Ärzte, Angehörige therapeutischer Berufe, Sozialarbeiter oder Entscheider auf politischer Ebene. Vor Ort in Norwegen lernen sie innovative Modelle zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus aus erster Hand kennen.

Das Programm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen“ ermöglicht seit 2015 von Experten geleitete Studienreisen zu Einrichtungen im Ausland, die

mit beispielhaften Modellen die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus verbessern konnten. Die Robert Bosch Stiftung bezuschusst die Teilnahme mit 70% der anfallenden Kosten. Für Mitarbeiter aus Krankenhäusern, die bereits an dem genannten Programm teilnehmen, ist die Teilnahme an der Studienreise kostenfrei.

www.g-plus.org



Hygiene schützt



Alle aktuellen Aspekte zur Hygiene für die Praxis: Heilberufe Spezial „Hygiene leben“:

- **MRSA, VRE & Co:** Umgang mit multiresistenten Erregern
- **Kranke Haut:** Unterschätztes Risiko für nosokomiale Infektionen
- **Ausbruchssituation:** Agieren statt reagieren
- **Desinfizieren:** Was, wann, womit?

Bestellen
Sie jetzt!

Ja, ich bestelle Heilberufe Spezial „Hygiene leben“ zum Preis von € 9,90 inklusive Versandkosten.

Faxantwort 089/203043 - 1410 oder einsenden an:
Springer Medizin Verlag GmbH
Leserservice
Aschauer Straße 30
81549 München

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Datum, Unterschrift

Diese Bestellung können Sie innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung der Willenserklärung genügt (Poststempel). Springer Customer Service Center GmbH | Leserservice | Haberstraße 7 | 69126 Heidelberg | Telefax: +49 (0)6221 345 4229 | E-Mail: leserservice@springer.com
Eine ausführliche Belehrung über Ihr Widerrufsrecht finden Sie unter springermedizin.de/widerruf

Altenpflege am Limit

727 Pflegekräfte in der stationären Langzeitpflege befragt

Um die Sicht der Pflegefachkräfte auf das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) dreht sich die Umfrage „Altenpflege im Fokus“, durchgeführt vom Fachverlag Vincentz Network Altenhilfe gemeinsam mit dem Marktforschungsinstitut cogitaris. Dazu wurden im Herbst 2016 727 Pflegekräfte in der stationären Langzeitpflege befragt. Das Resultat zeichnet ein düsteres Bild: Die Umfrageteilnehmer erwarten durch das PSG II steigende fachliche Anforderungen und noch höhere psychische wie auch körperliche Belastungen.

Gleichzeitig gibt die überwiegende Mehrheit der Befragten an, dass es ihnen bereits jetzt unter den heutigen Rahmenbedingungen schwer fällt, gute Pflege zu gewährleisten. „Die Umfrage macht deutlich, wie sehr die Altenpflegerinnen und Altenpfleger bereits am Limit sind“, sagte Monika Gaier von

Vincentz Network Altenhilfe bei der Vorstellung der Ergebnisse in Berlin.



„Ohne wirksame Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel, ohne Absicherung der notwendigen Personalschlüssel, wird die Reform die Situation in der stationären Altenhilfe weiter verschärfen“, so Gaier weiter.

Aus der Befragung geht hervor, wie sehr die Pflegefachkräfte bereits jetzt

unter dem Fachkräftemangel und den durch das PSG II drohenden Mehrbelastungen leiden. Auf die Frage, welche Maßnahmen den Personalmangel lindern könnten, antworten die Befragten eindeutig: Die Bezahlung muss erhöht und ein bundesweit einheitlicher Personalschlüssel auf Basis eines Personalbemessungsverfahrens geschaffen werden. Eine weitere Forderung ist die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Ziel der Umfragen ist, die Sicht der professionellen Pflege auf die gegenwärtigen Herausforderungen in der Branche wiederzugeben. Das Altenpflegebarometer hatte im Juni 2016 gezeigt, dass 86% der Führungskräfte der stationären Altenpflegeeinrichtungen mit der Altenpflegepolitik der Bundesregierung unzufrieden sind.

www.vincentz.net

Fachkräfte für ambulante Pflege gesucht

Steigende Nachfrage in Mecklenburg-Vorpommern

Die Nachfrage steigt: Die ambulante Versorgung im Nordosten muss dringend ausgebaut werden. In keinem anderen Bundesland ist das Risiko, pflegebedürftig zu werden, so hoch wie in Mecklenburg-Vorpommern. Landessozialministerin Stefanie Drese (SPD) will deshalb die ambulante Versorgung weiter ausbauen – allerdings fehlen ihr die Fachkräfte.

26,3% der Pflegebedürftigen werden in Mecklenburg-Vorpommern zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt. Im Bundesdurchschnitt sind es nur 23,5%. Fast jeder zweite von ihnen wird im Nordosten ausschließlich durch Angehörige betreut. „Für die Betreuung durch professionelle Anbieter fehlt schlichtweg qualifiziertes Pflegepersonal“, sagt etwa Barmer-Landeschef Henning Kutzbach.

Seine Kasse und das Sozialministerium wollen deshalb die pflegenden Angehörigen stärker als bislang unterstützen. Denn die Zahlen zeigen, dass ohne pflegende Angehörige die ambulante Pflege nicht zu bewältigen wäre. Schon heute sind 80.000 Menschen im Nordosten auf Hilfe bei der Pflege angewiesen, bis 2050 wird ihre Zahl auf 118.000 ansteigen. Bei Menschen in Mecklenburg-Vorpommern über 60 Jahren liegt das Risiko, pflegebedürftig zu werden, bei 4,5%. Zum Vergleich: In Bayern liegt diese Kennzahl laut Barmer nur bei 2,6%.

Fachkräfte, die diese Menschen unterstützen könnten, werden im Nordosten schon heute händierend gesucht. Der Bedarf an Vollzeitstellen soll von 17.000 in 2013 auf 25.000 im Jahr 2030 steigen. Drese hat dafür die Gründe ausgemacht: mangelnde Anerkennung und Bezahlung.

„Wer heute sein Personal nicht anständig bezahlt, darf sich morgen nicht über Fachkräftemangel und fehlenden Nachwuchs beklagen“, sagte Drese.

Stationäre Pflege spielt im Nordosten eine geringere Rolle als im Bundesdurchschnitt. Auf 100 Pflegebedürftige kommen dort 29 Heimplätze, bundesweit dagegen 34. Kutzbach stellte trotz der Bemühungen um die ambulante Versorgung klar: „Pflegeheime werden auch künftig gebraucht.“ (di)

www.aerztezeitung.de

> Weiter dringender Handlungsbedarf

Personalmessung: endlich auf dem Weg zu einem gesicherten Verfahren?

FRANZ WAGNER

Seit Jahrzehnten diskutieren wir das Thema Personalmessung in der Pflege. Bisher ohne konkrete Ergebnisse und auch ohne den Ansatz eines Masterplans, den wir dringend bräuchten. Es gibt nicht einmal eine Pflegepersonalstatistik, die aussagekräftig genug ist. Ein praxisreifes Personalmessungsverfahren ist frühestens 2022 zu erwarten. Und bis dahin? Erste Vereinbarungen zur Mindestpersonalausstattung lassen hoffen.



Da hilft auch kein Klingeln: Im internationalen Vergleich ist die Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus in Deutschland niedrig.

Inzwischen weiß jeder, dass die Personalausstattung in der Pflege in allen Bereichen schlecht ist und nicht reicht. Hinzu kommt, dass es wegen der Arbeitsbedingungen (darunter ganz wesentlich die Personalausstattung) immer schwieriger wird, freie Stellen zu besetzen. Die Ursachen sind vielfältig. In den Pflegeheimen wurden auf Landesebene vor Jahren Personalschlüssel festgelegt und immer irgendwie fortgeschrieben. Dem lag kein analytisches Verfahren zu Grunde, bis heute zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern: arbeiten die Pflegefachpersonen im Süden langsamer als die im Nordos-

ten? Denn nur so wäre zu erklären, dass man in Baden-Württemberg und Bayern deutlich mehr Pflegefachpersonen pro Bewohner/-in vorschreibt als zum Beispiel in Brandenburg.

In den 1990er Jahren wurde versucht, mit PLAISIR ein analytisches Personalmessungsverfahren einzuführen. Dies scheiterte aus verschiedenen Gründen, nicht zuletzt weil die konkrete Bemessung eine black box war. So hat nun 2016(!) der Gesetzgeber der Selbstverwaltung in SGB XI den Auftrag erteilt, bis 2020 ein Personalmessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben. Die Auftragsvergabe dazu läuft. Falls

ein brauchbares Ergebnis herauskommt, dürfte es frühestens 2022 anwendbar sein. Ob die hochbelasteten Pflegefachpersonen so lange durchhalten?

Bedarfsgerechte Planung? Bisher Fehlansage

Die zweite Stellschraube der Personalausstattung in der stationären Altenhilfe ist die Fachkraftquote. Die Vorgabe 50 % wurde vor mehr als 20 Jahren willkürlich festgelegt. Die durchschnittlichen Versorgungsbedarfe in den Einrichtungen haben sich seitdem dramatisch verändert und erhöht, sind durch Multimorbidität immer komplexer geworden. Die Fachkraftquote hat sich aber nicht parallel dazu weiterentwickelt. Im Gegenteil, sie wurde ausgehöhlt (indem der Begriff Fachkraft weiter definiert wurde) oder sogar gesenkt (zuletzt in Baden-Württemberg).

Im Krankenhausbereich ist die Ende der 1980er Jahre erkämpfte Pflegepersonalregelung (PPR) rasch gedeckelt und dann außer Kraft gesetzt worden. Sie kommt heute noch in vielen Kliniken für interne Zwecke zum Einsatz und dient auch der Kalkulation im DRG-System. In der Konsequenz fehlender Personalmessungsvorgaben wurden im Rahmen der Einführung des DRG-Systems über 50.000 Stellen in der Pflege im Krankenhaus abgebaut. In den letzten Jahren gab es – nicht zuletzt wegen des Stellenförderprogramms des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) – einen leichten Stellenaufbau, der aber bei weitem nicht den Abbau revidiert. Zudem wurden große Anteile bis dahin ärztlicher Aufgaben

an die Pflege übertragen, ohne gleichzeitige nennenswerte Entlastung. Aus den Erlösen finanzieren die Krankenhäuser u.a. Investitionen, da die Länder ihren Aufgaben in diesem Bereich seit Jahren nicht (ausreichend) nachkommen. Aus eigentlich für Pflegestellten erforderlichen Erlösanteilen wurde auch ein deutlicher Ausbau im ärztlichen Bereich finanziert, sowohl generell bezogen auf Arztstellen als auch hinsichtlich der Schaffung zusätzlicher Oberarzt- und Chefarztstellen.

Mindeststandards – erste Schritte

Seit 2016 befasst sich eine Expertengruppe im Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit dem Thema Personalausstattung im Krankenhaus. Es liegen noch keine Ergebnisse vor. Ein Ansatz wären Mindestpersonalbemessungsstandards. Solche wurden auch in einem Tarifvertrag für das Universitätsklinikum Charité in Berlin vereinbart. Vorgaben zur Personalbemessung bzw. -qualifizierung macht vereinzelt auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Das Sozialministerium des Saarlands hat gerade angekündigt, in seinem neuen Krankenhausplan (2018–2025) Mindestausstattungen für Pflegefachpersonen und Ärzte aufzunehmen. Das Verhalten von qualifiziertem und ausreichendem Personal soll damit die Voraussetzung werden, die jeweilige Fachabteilung zu betreiben. Man sieht also: Es kommt etwas in Bewegung, allerdings sehr spät und zu langsam!

Personal sichert Qualität

Im internationalen Vergleich ist die Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus in Deutschland niedrig. Verschiedene Studien haben dies belegt (z. B. RN4CAST). Auch der Zusammenhang zwischen Zahl der zu versorgenden Klient/innen pro Pflegefachperson zu den Outcomes ist belegt. Je mehr Klienten eine Pflegefachperson versorgt, umso höher sind die nachteiligen Folgen im Sinne von Komplikationen oder gar Mortalität. Auch der Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Einhaltung von Hygienerichtlinien ist eindeutig dokumentiert. Zudem haben internationale Studien belegt, dass eine höhere Qualifizierung zu besseren Ergebnissen führt. Je höher der Anteil



25.–27. April 2017 | Messezentrum Nürnberg

NETZWERK PFLEGEWIRTSCHAFT – Märkte. Chancen. Lösungen.

Die Zukunft der Pflege baut auf Vielfalt.

Die ALTENPFLEGE schafft optimale Rahmenbedingungen für Pflegekräfte und Entscheider der Branche als Teil eines starken Netzwerks:

- Pflegebedürftigkeitsbegriff – Paradigmenwechsel im Pflegeprozess.
- intelligente Entlastung im Pflegeprozess – Hilfsmittel und Technik.
- soziale Betreuung – Lebensqualität in allen Lebensphasen.
- berufliche Perspektiven – über 20 Aussteller im Karrierecenter.

ALTENPFLEGE **connect**

ERLEBEN SIE ÜBER
130 VORTRÄGE AUS VIER
THEMENBEREICHEN:

- Pflege und Beruf
- Wohnen und Quartier
- Arbeitswelten und Prozesse
- Verpflegung und Hauswirtschaft

ZUKUNFTSTAG ALTENPFLEGE

by Vincenz Network

DISKUTIEREN SIE MIT
BRANCHENEXPERTEN
ÜBER DIE ZUKUNFT DER
PFLEGEWIRTSCHAFT:

- über 80 Referenten
- rund 90 Vorträge

FACHAUSSTELLUNGEN
HECKMANN
UNTERNEHMENSGRUPPE DEUTSCHE MESSE

www.altenpflege-messe.de



an Pflegefachpersonen mit einem Bachelorabschluss in einem Pflgeteam, umso besser die Ergebnisse. Das lässt sich tendenziell sicher auch auf Pflegeheime übertragen.

Kompetenzniveaus ausdifferenzieren

Der Bedarf an Pflegefachpersonen in allen Sektoren wurde von den Verantwortlichen lange unterschätzt. Viel zu lange wurden die Warnungen der Berufsverbände ignoriert. Im Ergebnis wurden Ausbildungsplätze in der Gesundheit- und Krankenpflege abgebaut. Der seit wenigen Jahren zu beobachtende Ausbau an Ausbildungsplätzen in der Altenpflege wurde teilweise durch Einschnitte bei den Qualitätsanforderungen erkaufte. Statt das Grundübel anzugehen und Rahmenbedingungen der Arbeit zu verbessern, wurden Ausbildungsstandards gesenkt: bei der Bewerberauswahl, bei den Anforderungen während der Ausbildung und nicht zuletzt bei den Ausbildungsergebnissen. Nur aus Thüringen gibt es bisher Meldungen, dass der Ausbildungserfolg in der Konsequenz deutlich abgenommen hat (z. B. Anstieg der Abbrecherquote). In anderen Bundesländern wollen die zuständigen Stellen solches anscheinend lieber nicht wissen.

Pflegen kann doch jeder! Das wurde inzwischen zur zentralen Botschaft mit fatalen Folgen für das Image des Berufes und seine Attraktivität. Wer sich heute für eine qualifizierte Ausbildung und qualitative Ansprüche an die Ausbildung einsetzt, muss sich teilweise als jemand diffamieren lassen, der etwas

gegen Hauptschüler habe. Es kann aber nicht Ziel das sein, das Kompetenzniveau für alle soweit zu senken, dass auch (fast) jeder/jede unabhängig von deren Bildungsfähigkeit mitgenommen werden kann. Schließlich sind sowohl Alten- als auch die Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege Angehörige eines Heilberufs! Der steigende Bedarf verlangt also nach einer stärkeren Ausdifferenzierung der Kompetenzniveaus und nach einem Bildungsmodell, das berufliche Weiterentwicklung für geeignete und interessierte Menschen zulässt und eröffnet. Ein solches Modell liegt mit dem Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe vor und wird von den Befürwortern einer generalistischen Ausbildung propagiert. Statt des heutigen Wildwuchses mit angelerntem Personal, wenig geschulten Betreuern und ähnlichen bis hin zu ein- und zweijährigen Pflege- oder Sozialassistentenqualifizierungen unterhalb der Ebene der professionellen Pflege brauchen wir bundeseinheitlich geregelte Kompetenzprofile und -niveaus unterhalb des Niveaus der dreijährigen Pflegeausbildung. Auch dazu liegen Vorschläge vor.

Paradigmenwechsel erforderlich

Die Versorgungslandschaft und die Versorgungsbedarfe verändern sich weiter. Der demographische Trend ist unverändert. Multimorbidität, Polypharmazie und Zunahme des Anteils chronisch erkrankter Menschen bei gleichzeitig geforderter wachsender Autonomie und

Selbstverantwortung der Betroffenen verlangen einen Paradigmenwechsel bei allen beteiligten Professionen. Einen Paradigmenwechsel, der auch die Aufgabenverteilung und Rollen betrifft. Das gilt für die Versorgung bei Krankheit ebenso wie für die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. Und bei allen diesen Veränderungen steht die Profession Pflege im Mittelpunkt der Lösungsmöglichkeiten.

Im Bereich SGB XI bringt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wesentliche Veränderungen. Er kann aber nicht nur für die Begutachtung gelten, er muss sich auch im Leistungsspektrum abbilden. Zudem wollen und sollen die Versicherten mehr Individualität in der Versorgung erwarten. Es wurde auch ein Stellenzuwachs durch die Reform der Pflegeversicherung prognostiziert. Das bildet sich aber bisher in Verhandlungen und bei Vorgaben der Länder weitgehend noch nicht ab.

Zur Versorgung bei Krankheit sind eine weiter zunehmende Ambulantisierung und neue Versorgungsangebote und Aufgabenverteilungen in strukturschwachen Gebieten zu erwarten. Den internationalen Trends mit Zeitverzögerung folgend wird die Verweildauer im Krankenhaus weiter sinken, ein Teil der Betten abgebaut und eine Reihe Krankenhäuser geschlossen werden. Mängel und Fehlanreize im DRG-System werden korrigiert werden müssen, soll das System eine Zukunft haben. Eine kurzfristige Verbesserung der Personalausstattung bietet sich durch die hohe Teilzeitquote sowie durch Rückgewinnung von Berufsaussteigern an, da es zehntausende von Pflegefachpersonen gibt, die derzeit nicht in ihrem Beruf arbeiten wollen.

Es gibt also auch für die nächste Bundesregierung, aber auch alle anderen Verantwortlichen viel zu tun, um die pflegerische Versorgung zu sichern. Mit Rezepten aus dem letzten Jahrhundert wird uns das nicht gelingen. <<

Zusammenfassung

Die Frage, wie der steigende Personalbedarf in der Pflege qualitativ und quantitativ gesichert werden kann, ist komplex und verlangt nach komplexen Lösungen – zeitnah! Die Bestrebungen für analytische Personalbemessungsverfahren müssen verstärkt und durch Mindestvorgaben unterstützt werden.

Es hat eine Investition in eine Reform der gesamten Ausbildungsstruktur in der Pflege zu erfolgen. Das Pflegeberufsgesetz ist dazu nur der erste Schritt. Die hochschulischen Ausbildungskapazitäten müssen gezielt gefördert und ausgebaut werden. Rollen und Aufgabenverteilung im Gesundheitssystem und in der Pflege sind interdisziplinär zu überprüfen und anzupassen. Wir brauchen darüber hinaus eine stärkere Berücksichtigung der Outcomes und des Nutzens aus Sicht der Betroffenen.

Schlüsselwörter: *Personalbemessung Pflege, Personalausstattung, Mindestpersonalbemessungsstandards, Pflegeberufsgesetz, Profession Pflege*

Autorenkontakt:

Franz Wagner MSc, Gesundheits- und Krankenpfleger, Bundesgeschäftsführer Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)
Kontakt: wagner@dbfk.de

> Akademische Qualifikation willkommen

Strategische Pflegeentwicklung erfolgreich umgesetzt

SABINE BRASE

Die stetige Weiterentwicklung des Gesundheitssektors vor dem Hintergrund einer zunehmend alternden und multimorbiden Gesellschaft macht die Einbindung akademisch Pflegenden unentbehrlich. Die Strategie des Krankenhauses Rummelsberg soll akademisch Pflegenden Perspektiven für die Vielfalt der möglichen Handlungsfelder geben, zugleich jedoch allen Mitarbeitenden die Komplexität der Pflege verdeutlichen und motivieren, sich im Rahmen eines Studiums weiterzubilden.

Die Ziele der Pflegedirektion im Krankenhaus Rummelsberg sind die Sicherstellung und stetige Verbesserung der Pflegequalität. Die Basis dafür ist eine Pflegestrategie, die u.a. die Implementierung von akademisch Pflegenden vorsieht. Studien haben gezeigt, dass durch die effektive Einbindung aka-

demisch Pflegenden Patient outcomes gesteigert und Organisationsprozesse wie auch die Kooperation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen verbessert werden. Darüber hinaus sind positive Auswirkungen auch bei berufspolitischen Aspekten, Pflegeinhalten und insgesamt der Kultur der Pflege

zu erwarten. Mit seiner Pflegestrategie reagiert das Krankenhaus auf die zunehmende Komplexität der Pflegepraxis. Der Einsatz von akademisierten Pflegenden kann die Möglichkeit einer wissenschaftlich fundierten Versorgungspraxis eröffnen.

Veränderte Anforderungen an die Versorgung

Der medizinische Fortschritt und veränderte Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe bis ins hohe Alter hinein halten weiter Einzug in die pflegerische Praxis. Aus der Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus und der Zunahme chronischer Erkrankungen resultieren erhöhte Anforderungen auch für die Pa-

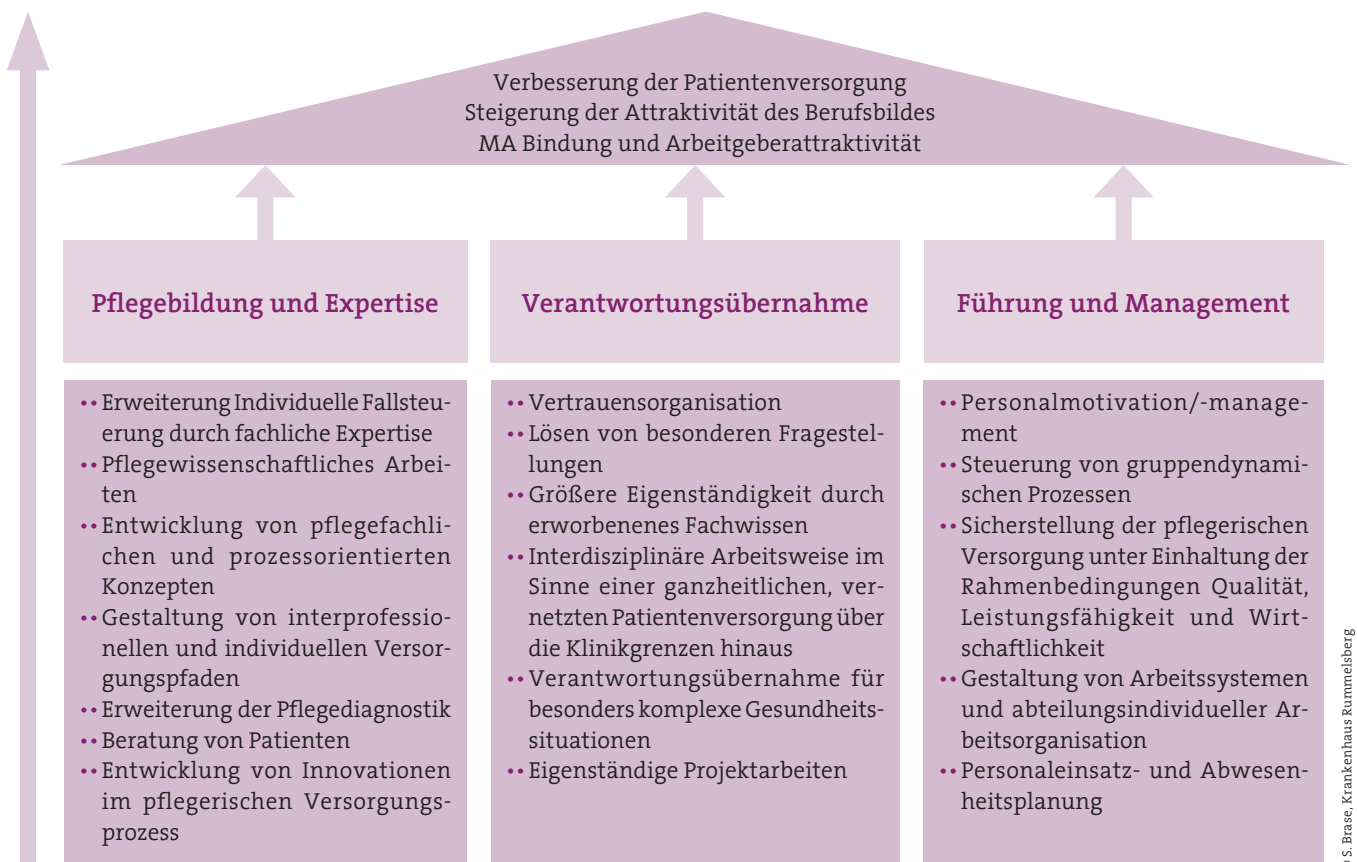


Abbildung 1: Strategie einer Pflegeentwicklung

© S. Brase, Krankenhaus Rummelsberg

tienten (mehr Selbstbestimmung und Expertenwissen). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer hohen Qualifikation auf Seiten der Pflege, welche auf die Koordination im transdisziplinären Team sowie die detaillierte Fallsteuerung im Hinblick auf die Sicherstellung der kontinuierlichen Versorgung über die Grenzen des Krankenhauses hinaus gerichtet ist [4].

Akademische Qualifikation in der Praxis

Zahlreiche Studien weisen nach, dass der Einsatz akademisch ausgebildeter Pfleger einen positiven Effekt auf die Versorgungsqualität hat. So stellen Aiken et al (2003) in einer Querschnittstudie einen positiven Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Pflegenden mit Bachelor-Abschluss und der Mortalitätsrate von chirurgisch behandelten Patienten fest. Institutionen, die ihre Versorgungsqualität mit Hilfe akademisch ausgebildeter Pfleger erhöhen wollen, stehen nun vor der Problematik der konzeptionellen und praktischen Einbindung dieser Absolventen. Bisher findet der Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegenden in Deutschland nicht umfänglich statt, da ihre Einbindung zahlreiche und komplexe Veränderungen mit sich bringt, einen Organisationsentwicklungsprozess nach sich zieht und interne Organisationsbarrieren zu überwinden sind [5].

Das Krankenhaus Rummelsberg zeigt Handlungsfelder der klinischen Pflege auf, in denen sich akademisch ausgebildete Pfleger bewegen können. Damit wird der Berufsfucht ein Stück weit entgegengetreten und im internen Fokus die Attraktivität des Pflegeberufes angehoben.

Vorteile, Handlungsfelder und Organisationsentwicklung

Das akademische Hintergrundwissen befähigt die Pflegenden, Handlungsalternativen in speziellen Problemfeldern zu recherchieren und neue Erkenntnisse bzw. Problemlösungen in die Praxis zu transportieren. Bei der Mitarbeit in Arbeitsgruppen kann das vorhandene Wissen auch transdisziplinär vermittelt werden. Ein wichtiges Kriterium ist die Veränderung und Weiterentwicklung der Gesamtorganisation, denn die Entwicklung einer Fachexpertise findet parallel mit dem Einsatz akademisch ausgebildeter Pfleger statt. Durch den Einsatz von Pflegenden mit akademischem Abschluss ist daher das Aufbrechen von herkömmlichen Routinen zu erwarten. Das liegt zum einen daran, dass prozessuale Abläufe hinterfragt und reflektiert werden und zum anderen daran, dass Erfahrungswissen dazu beiträgt, best-practice-Modelle zu etablieren. Kommen neue Mitarbeitende in die Institution, unterliegen diese nicht den bisherigen Routinen und können vorhandene Strukturen objektiv bewerten.

Kontinuierliche Professionalisierung

Das Pflegemanagement muss im Prozess der Einbindung akademisch ausgebildeter Pfleger die fortlaufende Professionalisierung der Pflege unterstützen. Hierzu ist es erforderlich, dass die Pflegepraxis auf eine wissenschaftlich fundierte Basis gestellt wird [5]. Lerner beschreibt weiter, dass ein enormer organisatorischer Wandlungsprozess in der Organisation Krankenhaus notwendig

ist, der selbst einer bestehenden Ökonomisierung Paroli bieten muss. Dieser umfassende Organisationsentwicklungsprozess braucht die pro-aktive Hilfestellung des Managements. [5].

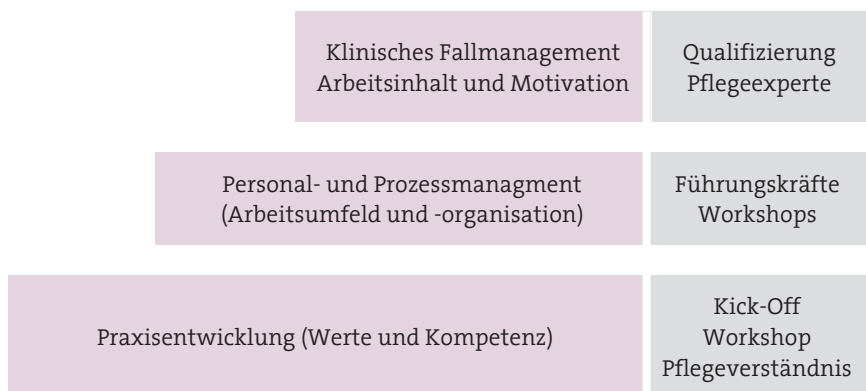
Expertenorganisation Pflege

Die Einbindung akademisierter Pfleger verläuft stets in Abhängigkeit des organisatorischen Entwicklungsstandes. Nach Mintzbergs Organisationsstypologie sind dem Krankenhaus die Charakteristika einer Expertenorganisation inhärent. Dies wird dadurch deutlich, dass in dieser Organisation eine hohe Komplexität der Leistungsprozesse und damit eine hohe Wissensspezialisierung vorzufinden ist [5]. Dies betrifft vor allem den ärztlichen Bereich, durchaus aber auch die Pflege, da auch hier universitäres Wissen erlangt wurde. Eine Expertenorganisation wird wesentlich von den Fertigkeiten und dem Wissen der Professionals getragen. Sie übernehmen die ausschließliche Kontrolle über ihre Arbeit; darüber hinaus eröffnet ihnen ihre Expertise umfangreiche Ermessensspielräume [5].

Wichtig für die Einbindung akademisch Pfleger ist eine organisational-strategische Ausrichtung. Im Rahmen der Organisationsentwicklung wird damit das Fundament für eine erfolgreiche Implementierung gelegt. Um die Strategie in die Praxis zu bringen, ist die Unterstützung der Krankenhausleitung sowie aller folgenden Leitungsebenen unabdingbar. Ohne ein Übereinkommen, diese tiefgreifende Veränderung der Pflegepraxis umzusetzen wird eine nachhaltige Einbindung akademisch Pfleger kaum erfolgreich sein.

Pflegebildung, Verantwortung und Kompetenzen

Durch die Anhebung der Qualifikationen in der Pflegepraxis durch pflegewissenschaftliche Einflüsse sowie eine erweiterte Expertise durch ein Studium und/oder Weiterbildungen, ist von einem höheren Niveau in der Patientenversorgung auszugehen, wie internationale Studien belegen. Verschiedene Fokuspunkte pflegerischen Handelns können schon jetzt auf der Basis einer fundierten Evidenzlage detailliert dargestellt werden. Dabei hat die Übernahme von Verantwortung mehrere Dimensionen.



© S. Brase, Krankenhaus Rummelsberg

Abbildung 2: Beispielhafte Praxisentwicklung in der Pflege

- Pflegende müssen Verantwortung für ihre eigene Person und für ihr Handeln übernehmen können.
- Besonders zu beachten ist die Dimension einer Verantwortungsübernahme für die Patienten, da sich diese über die Krankenhausräume hinaus erstreckt und insbesondere bei komplexen Gesundheitssituationen und Fragestellungen zum Tragen kommt. Für diese Kompetenz braucht es eine nachhaltige Vertrauensorganisation.
- Aufgabe der Führungs- und Managementebene ist, die „Verantwortungsübernahme“ und „Pflegebildung und Expertise“ in jederlei Hinsicht zu unterstützen und fortlaufend im Handeln zu festigen.

Daneben braucht es weitere Voraussetzungen, damit wissenschaftliches Wissen in der Pflegepraxis Anwendung finden kann: es muss Interesse an neuem Wissen da sein, die Bereitschaft der Pflege, evidenzbasierte Pflege anzuwenden und die Kompetenz, wissenschaftliche Informationen verarbeiten und daraus Schlussfolgerungen ziehen zu können [6]. Evidenzbasierte Pflege ist in der Lage, wissenschaftliche Erkenntnisse einzubringen und Ergebnisse dem jeweiligen Setting anzupassen [6].

Voraussetzungen für die Implementierung

Bei der Umsetzungsplanung ist darauf zu achten, dass die ausgewählte Station eine gefestigte Teamstruktur aufweist, keine Ablehnung akademisch Pflegenden existiert und aktuell kein bedeutsamer Veränderungsprozess stattfindet [3]. Das gesamte Team sollte zu Beginn in die Erweiterung der pflegerischen Ziele und Aufgaben einbezogen werden, so dass sich die neue Teamstruktur entwickeln kann [2]. Weiterhin wird empfohlen, die akademisch Pflegenden in das System der fallgesteuerten Pflege einzubeziehen, da dies als Schlüssel für eine personenzentrierte Versorgung gilt und den Aufbau einer fundierten und therapeutischen Beziehung ermöglicht [7]. Da die zukünftige Einbindung akademisch Pflegenden Auswirkungen auf zahlreiche Bereiche des Hauses hat, ist davon auszugehen, dass sich Widerstände gegen den „Wandel“ zeigen werden. Dieses Phänomen wird aller Voraussicht nach verstärkt bei den Mitarbeitenden in der täglichen Pflegepraxis anzutreffen sein. Widerstände können

reduziert werden, indem Tätigkeitsbereiche klar abgegrenzt werden, so dass sich ein Konkurrenzempfinden nicht auf die tägliche Praxis ausdehnt. Durch die klare Strukturierung der Aufgabebereiche entsprechend der Qualifikationen, sollte darüber hinaus Klarheit über vorhandene Kompetenzen bestehen.

Im Krankenhaus Rummelsberg werden Praxisanleiter und Pflegewissenschaftler als Tutoren eingesetzt, um die Einarbeitung entsprechend zu begleiten. Ihre Aufgabe ist es, die Vorstellungen über die Zusammenarbeit der akademisch Pflegenden mit denen des bestehenden Pflegeteams zu verbinden. Regelmäßige Teamsitzungen begleiten diesen Prozess, in dem die Erwartungen aller Akteure offen ausgetauscht werden, um einen tragfähigen Konsens zu etablieren [3].

Personal- und Prozessmanagement

Auf der Basis des Werte- und Pflegeverständnisses aufbauend ist es dann möglich, Maßnahmen zum Personal- und Prozessmanagement zu etablieren. Nur mit einem einheitlichen Grundverständnis zur Pflege lassen sich Strukturen aufbauen, die ein gezieltes Personal- sowie ein geeignetes Prozessmanagement ermöglichen. Zu beachten sind hier zahlreiche Bereiche und Prozesse, an denen andere Berufsgruppen teilhaben und mitwirken. Aufgabe des oberen Managements ist es, eine geeignete und gemeinsame Lösungsfindung aller Akteure auf gleicher Ebene zu fördern. Durch eine vorangegangene und fortschreitende Wissensvermittlung in der Pflege kann

das Berufsverständnis gestärkt werden, damit sich die Zusammenarbeit verschiedenster Professionen auf gleicher Ebene etabliert. Das gezielte Personal- und Prozessmanagement kann mit Hilfe von Workshops speziell für Führungskräfte entwickelt werden. In diesem Rahmen kann den Teilnehmenden eine geeignete Auswahl an Instrumenten an die Hand gegeben werden, um die zukünftige Strategie mitzugestalten und zu fördern.

Ein letzter Baustein, welcher auf den veränderten Rahmenbedingungen des Personal- und Prozessmanagements aufbaut, wird in der strategischen Pflegeentwicklung unserer Klinik ein klinisches Fallmanagement sein.

Kennzahlen zur Evaluation des Fallmanagements können sich beispielsweise auf eine mögliche Reduzierung des „Drehtüreffektes“, die Reduzierung der Verweildauer oder eine explizite Reduktion der oberen Grenzverweildauer beziehen. Darüber hinaus können Mortalitätsraten, nosokomiale Infektionsraten, Dekubitus- und Sturzraten Aufschluss über einen positiven Nutzen des Konzeptes liefern. Sofern akademisch Pflegenden im Fallmanagement platziert werden, lassen sich zusätzlich Komplikationsereignisse („sentinelevents“) abbilden. Diese können Rückschluss über einen weiteren positiven Nutzen darstellen. Auch hier lässt sich zusätzlich der Indikator der Verweildauer nutzen.

Ökonomisch relevant

Zuletzt lassen sich die beschriebenen Entwicklungen auch auf einer ökonomisch relevanten Basis darstellen, um so den Kosten-Nutzen-Effekt monetär

Anzeige



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.)
Zugangsberechtigter: Physiotherapie, Ergotherapie, Altenpflege, Krankenpflege, Logopädie u. a.

Kindheitspädagogik (B.A.)
inkl. staatliche Anerkennung als Kindheitspädagoge/in

Soziale Arbeit (B.A.)
inkl. staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter/in

Info unter 0 57 22 / 28 69 97 32

www.diploma.de

abbilden zu können. Darüber hinaus wird der Einsatz akademisch Pflegenden Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patienten/innen sowie deren Angehörige haben. Auch dieser Effekt lässt sich messen und außenwirksam darstellen. Der Einsatz akademisch Pflegenden hat zur Folge, dass Forschungsvorhaben eingeleitet und umgesetzt sowie deren Ergebnisse veröffentlicht werden. Dieses gibt Aufschluss über eine mögliche Zielerreichung des vorliegenden Konzeptes und kann eine positive Außenwirkung mit sich bringen.

Da sich das Krankenhaus Rummelsberg zum Ziel gesetzt hat, den Anteil der akademisch Pflegenden zukünftig zu erhöhen, ist ein Teil dieser strukturellen Voraussetzungen bereits existent. Seitens der gesamten Krankenhausleitung ist ein notwendiges und gemeinsames Maß an Commitment vorhanden, auf dessen Basis Zielklarheit herrscht und das Konzept nachhaltig weiterentwickelt wird. Dieses vorgelebte Engagement wird von der Pflegedirektion in regelmäßigen Besprechungen mit den Stationsleitungen transportiert, so dass auch hier eine Bereitwilligkeit und Akzeptanz zur stetigen Weiterentwicklung der pflegerischen Praxis besteht. Da das Hauptaufgabenfeld der akademisierten Pflegenden in der praktischen Arbeit vorzufinden ist, benötigt es auch die Akzeptanz jedes einzelnen Mitarbeiten-

den, da nur auf dieser Basis eine barrierefreie Entfaltung der Kompetenzen möglich ist. Stationsleitungen haben daher die Aufgabe, das Engagement auf ihren Stationen vorzuleben. Es gilt, die Pflegepraxis auf den Wandel vorzubereiten und Vorbehalte gegenüber akademisch Pflegenden zu minimieren. Um die Pflege Teams zur Pflegestrategie zu informieren und diese zu diskutieren, nahm die Pflegedirektorin an Teambesprechungen teil, erklärte die Pflegestrategie und stellte sich den Fragen der klinisch Pflegenden.

Darüber hinaus wurde ein Arbeitskreis „Evidenzbasierte Pflegepraxis“ etabliert, der Studierenden und interessierten Pflegenden offensteht, um den Alltagsphänomenen auf den Grund zu gehen und evidenzbasierte Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Neben der Literaturrecherche und der Auswertung von Forschungsergebnissen steht die gemeinsame Diskussion für eine verbesserte Pflegepraxis im Fokus.

Mit der Strategieentwicklung im Pflegedienst zur Einbindung akademisch Pflegenden in die Strukturen des Krankenhauses Rummelsberg soll der Grundstein für eine Professionalisierung der Pflege und des Pflegeberufes gelegt werden. Zudem wird im Hinblick auf die Vertiefung eines professionellen Pflegeverständnisses die Versorgung der Patienten in den Mittelpunkt gerückt. <<



Literatur

- Aiken, L. et al. (2003): Education Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. In: Journal of the American Medical Association. Vol. 209, No. 12
- Feuchtinger, J. (2014): Integration von akademisch ausgebildeten Pflegenden, CNE Fortbildung 04/2014, S. 15
- Grünewald, M. et al. (2015): Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis, o.O. S. 5 – 10; 13 – 16
- Grünewald, M. et al. (2014): Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis unter Berücksichtigung des Qualifikationsmix am Beispiel der Betreuung eines Patienten nach Herzinfarkt, o.O., S. 4 – 7
- Lerner, D. (2007): Die Expertenorganisation Krankenhaus im Wandel, PR-Internet 04/07, S. 257 – 259
- Meyer et al (2013): Evidenzbasierte Pflegepraxis - Diskussionsbeitrag zum Status quo, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volume 107, Issue 1, S. 30; 32, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2012.12.001>
- Ruedi, E. (2011): Die Integration der Pflegeexpertinnen in die Strukturen des universitären Pflegedienstes am Inselspital Bern, in: Käppeli, S. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Bern, Hans Huber, S. 90 – 106.

Zusammenfassung

Der Einsatz akademisierter Pflegenden im Krankenhaus hat positive Auswirkungen auf die Patientenoutcomes, auf Organisationsentwicklungsprozesse, die Kooperation zwischen Berufsgruppen, sowie auf berufspolitische Aspekte und weitreichende pflegeinhaltliche Themen. Die Professionalisierung schreitet weiter voran. Voraussetzung für eine nachhaltige Implementierung akademisch Pflegenden ist eine umfassende Pflegestrategie, die von allen Bereichen des Hauses getragen wird. Im Krankenhaus Rummelsberg sind akademisierte Pflegenden willkommen. Ihre Einbindung in die Struktur wird durch zahlreiche Maßnahmen begleitet.

Schlüsselwörter: *Strategische Pflegeentwicklung, Organisationsstruktur, akademisierte Pflege*

INFO

Am 21. März 2017 findet das 2. Rummelsberger Pflegesymposium statt.
www.krankenhaus-rummelsberg.de

Autorenkontakt:

Sabine Brase ist Dipl. Pflegewirtin (FH), stud. Master of Science in Nursing; sie arbeitet als Pflegedirektorin im Krankenhaus Rummelsberg GmbH
Kontakt: sabine.brased@sana.de

**Fachkraft für
Expertenstandards in der Pflege**

Buchen Sie noch heute Ihre Fortbildung auf
www.mbd-online.de

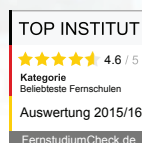
✓ **Berufsbegleitend**

✓ **ZFU zugelassen**

✓ **Persönliche Betreuung**

✓ **Hohe Abschlussquote**

✓ **Bequeme Ratenzahlung**



> Pflegemanager des Jahres

Ausgezeichnete Arbeit, Herr Hug

Gesucht wurde ein Pflegemanager der Top-Ebene, mit pflegerischer Gesamtverantwortung. Er sollte nachhaltig und innovativ handeln, ganzheitlich und ergebnisorientiert denken und ein Vorbild für andere Manager und Einrichtungen sein. Die Jury tagte und entschied sich; und der Bundesverband Pflegemanagement zeichnete Josef Hug als Pflegemanager des Jahres aus.



Josef Hug Pflegedirektor des Städtischen Klinikums Karlsruhe gGmbH

? Herr Hug, Gratulation! Sie wurden gerade zum Pflegemanager des Jahres gekürt. Was bedeutet Ihnen die Auszeichnung: Ansporn, Motivation? Wird es vielleicht sogar Ihre weitere Arbeit einfacher machen?

Hug: Ich habe mich sehr über diese hohe Auszeichnung gefreut und sehe es als Anerkennung meiner bisherigen Tätigkeiten, sowohl im Klinikum Karlsruhe als auch in den verschiedenen Projektgruppen, Arbeitsgruppen und Berufsverbänden. Diese Auszeichnung ist für mich persönlich ein großer Ansporn auch für die kommenden Jahre, denn durch die langjährige Tätigkeit bedarf es doch immer wieder eines gewissen Motivationsschubs, um sich selbst für zukünftige Aufgaben zu motivieren – dies ist mit der Auszeichnung zweifelslos

verbunden. Zusätzlich ist es aber auch eine große Verpflichtung, meine Erfahrungen und Erkenntnisse weiterhin in Projekten, Arbeitsgruppen, Berufsverbänden, aber auch in Seminaren, Vorträgen oder in Beiträgen für Fachzeitschriften weiterzugeben. Es wird meine Arbeit an der einen oder anderen Stelle aber auch erleichtern, da die Auszeichnung mit Sicherheit wahrgenommen und sicherlich auch eine Resonanz mit sich bringen wird.

? Den Schwerpunkt Ihrer konzeptionellen Tätigkeiten bildete das Konzept „Lebensphasengerechtes Arbeiten im Pflege und Funktionsdienst“. Seit wann wird es in Karlsruhe umgesetzt und wie sind die Ergebnisse aus Sicht des Pflegemanagers?

Hug: Das Konzept „Lebensphasengerechtes Arbeiten im Pflege- und Funktionsdienst am Klinikum Karlsruhe“ wurde in den Jahren 2009/2010 entwickelt und in den folgenden Jahren sukzessive eingeführt und weiterentwickelt.

Aus meiner Sicht reicht es nicht aus, sich bei dem Thema „demographieorientiertes Personalmanagement“ mit den älter werdenden Mitarbeitern Ü50 zu beschäftigen. Vielmehr sollte man sich über die gesamte Lebensspanne einer Fachpflegekraft Gedanken machen. Speziell die Nachwuchsgewinnung wird ein weitaus größeres Problem darstellen, als die Mitarbeiter in den Altersgruppen 47+ und 57+ weiterhin regulär bis zum Eintritt in den Ruhestand zu beschäftigen. Besonders die bisherigen Ergebnisse über die acht Schwerpunkte, die wir im Klinikum Karlsruhe innerhalb dieses Konzeptes gesetzt haben, deuten daraufhin. Das Besondere daran ist, dass nicht nur Segmente der Personalentwicklung sowie der fachlichen

Weiterbildung der Pflegeberufe entwickelt, sondern dass Schwerpunkte gesetzt und über das gesamte Klinikum an allen Arbeitsstellen flächendeckend eingeführt werden. Dies sind derzeit 72 Krankenstationen und 38 Funktionsbereiche.

? Sieht das die Pflegekraft auf Station ähnlich? Konnte auch sie profitieren?

Hug: Im Krankenhauswesen haben wir uns in den vergangenen Jahren relativ stark mit Funktionsbereichen beschäftigt, wie die Verbesserung der Organisation im OP, in den Notaufnahmen und in den zentralen Endoskopien und den Intensivstationen. Unser derzeitiger Schwerpunkt beschäftigt sich mit dem Arbeitsablauf in den allgemeinen Krankenpflegestationen, um dort Arbeitsspitzen abzufachen und daran anknüpfend die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern. Ferner ist der Schichtdienst in den allgemeinen Krankenstationen besonders belastend. Die bisherigen Erfahrungen im Umgang mit unserem Projekt deuten darauf hin, dass alle Mitarbeiter – egal, ob in den Funktionsbereichen oder den allgemeinen Stationen – von diesem Projekt profitieren. Dies ergeben auch erste Rückmeldungen, die uns Mitarbeiter von der Pflegebasis bei der ersten Sitzung des klinikinternen Pflegerates so auch mitgeteilt haben.

? Ein weiteres Ihrer Projekte ist die direkte Einführung eines pflegerischen Qualitäts- und Risikobeauftragten (PQR) in der Pflegedirektion. Was hat es damit auf sich?

Hug: Nahezu alle Kliniken haben sich in den vergangenen Jahren mit der Einführung und Erweiterung der gesetzlichen Qualitätssicherung und mit einem umfassenden Qualitätsmanagement beschäftigt. Dies haben wir auch im Klinikum Karlsruhe getan und werden in der Zukunft die jeweiligen Aktivitäten weiter konsequent fortentwickeln und ausbauen. Bei der Feststellung und Evaluierung der Pflegequalität geht es darum, gezielt die pflegerische Qualität in den Krankenstationen und am Krankenbett sowie im direkten Gespräch mit

den Patienten zu erfassen. Der Qualitäts- und Risikobeauftragte hat nicht nur die Aufgabe, jeden der Stations- und Funktionsbereiche im Klinikum einmal unangemeldet und über einen gesamten Arbeitstag zu evaluieren, sondern er soll sich auch bezüglich der Pflegequalität einen direkten persönlichen Eindruck verschaffen. Es gilt im Klinikum Karlsruhe das geflügelte Wort „Unter die Bettdecke und zwischen die Fußzehen schauen“, um die effektive Pflegequalität erfassen zu können. In einem strukturierten Ablauf werden sowohl die Pflegequalität, die Arbeitsorganisation, die Kommunikation über den Patienten als auch die Einhaltung der verschiedenen Standards und Leitlinien überprüft und folglich korrigiert bzw. angepasst.

? Verraten Sie, welche weiteren Projekte Sie noch angehen möchten?

Hug: Unsere momentanen Aktivitäten beziehen sich ganz stark auf das Thema Prozessmanagement in den allgemeinen bettenführenden Stationen, die Digitalisierung des Krankenhauses unter anderem auch zur Arbeitsorganisation und zur Arbeitsplanung, sowie die dazu notwendigen Qualifikationen der Mitarbeiter. Wir haben derzeit im Rahmen der Förderung des Europäischen Sozialfonds den Antrag gestellt, insgesamt 1.000 Mitarbeiter über jeweils eine volle Arbeitswoche in der Nutzung und Anwendung digitaler Medien zu qualifizieren bzw. nachzuqualifizieren. Zudem haben wir vor zwei Monaten zum ersten Mal eine Versammlung des sogenannten klinikinternen Pflegerates eingeführt, bei dem 24 Mitarbeiter des Pflege- und Funktionsdienstes aus allen Arbeitsbereichen und Altersgruppen sich aktiv in die Weiterentwicklung des Pflege- und Funktionsdienstes am Klinikum einbringen können. Im Rahmen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit des Pflegebündnisses der TechnologieRegion Karlsruhe werden besonders das Entlassmanagement, die Pflegeüberleitung und die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter in allen Arbeitsbereichen (klinische Pflege, Altenpflege, ambulante Pflege) vertieft. Überdies beschäftigen wir uns mit dem Gedanken, für alle Pflegebedürftigen, egal ob in der Klinik oder Zuhause, eine entsprechende Notfallakte anzulegen.

? Der Bundesverband Pflegemanagement hat neben Ihnen auch eine Nachwuchsführungskraft geehrt. Verändern Auszeichnungen wie diese das Bild von Pflege in der Öffentlichkeit?

Hug: Gewiss sehen die Nachwuchsführungskräfte diese Auszeichnung als große Motivation, um sich in diesem Beruf fortund weiterzubilden und um mehr Verantwortung zu übernehmen. Ich halte diese Aktion und Auszeichnung für besonders bedeutend, denn nach wie vor zeigt eine Vorbildfunktion, vor allem auf der Stationsleitungsebene, dass es auch heute noch möglich ist, unter schwierigen Rand- und Rahmenbedingungen gute Lösungen für das Pflegemanagement zu entwickeln und in die Praxis einzuführen.

? Was geben Sie den jungen Pflegemanager mit auf den Weg, der ja angesichts der anstehenden Probleme in der Pflege kein ganz einfacher sein wird?

Hug: Aus meiner Sicht gibt es vier Kernkompetenzen, die eine Führungskraft in den Pflege- oder Funktionsdiensten, in jeder Position, benötigt:

- sie muss ein umfassendes fachliches Wissen und Führungswissen erwerben,
- sie muss dieses Wissen auch in die Praxis umsetzen können, d.h. pragmatische Lösungen finden, um dieses Wissen anzuwenden,
- sie muss organisieren können und
- sie muss sich selbst organisieren können, um die Aufgaben zu bewältigen und den Überblick zu behalten.

Ansonsten glaube ich, dass ein umfassendes aktuelles Teamverständnis, Berechenbarkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Zuverlässigkeit und Loyalität wichtige Voraussetzungen dafür sind, um die zukünftigen Herausforderungen anzunehmen. Vor allem die Erfahrungen der letzten Jahre und Monate zeigen mir, dass zukünftig noch stärker der gesunde Menschenverstand in der Führung zum Einsatz kommen sollte, um somit pragmatische Lösungen und Ergebnisse im Dschungel einer überbordenden Administration zu finden. <<

Das Interview führte Katja Kupfer-Geißler

Anzeige



Sandra Mantz

Kommunizieren in der Pflege

Kompetenz und Sensibilität im Gespräch

2016. 181 Seiten, 13 Abb., 3 Tab. 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 allen am Pflegeprozess Beteiligten in 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 zu reflektieren und sich Schritt für Schritt dem Gesprächsprofil anzunähern. Praxisorientierte Beispiele machen Mut, die bereits innewohnende Ausdruckskraft zu entfalten.

Sandra Mantz, Leiterin der SprachGut® Akademie, Pflegefachkraft, Fachweiterbildungsleiterin für humane Gesprächs- und Sprachkompetenz der Health Care Branche.

W. Kohlhammer GmbH
www.kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

> Erfolgreich als Führungskraft

Was es für die Spitze braucht ...

SARAH BEHLING

Den Beruf hat Sarah Behling von der Pike auf gelernt, vielen Führungskräften ist sie begegnet und häufig gedacht, dass sie es selbst anders machen würde. Mit welchen Schwierigkeiten sieht sie sich nun – als junge Führungskraft in der Pflege – konfrontiert? Wie meistert sie komplizierte Situationen? Die Preisträgerin des Pflegemanagement-Awards 2016 berichtet von ihren Erfahrungen.



Sarah Behling und ihr Team – Für eine Gastmitgliedschaft in der Pflegekammer Rheinland-Pfalz.

Nach dem Realschulabschluss war für mich klar, eine Ausbildung in dem Gesundheitswesen zu beginnen. Durch verschiedene Einsätze erhält man einerseits einen guten Überblick über Perspektiven, andererseits erlebt man die Führungsstile verschiedener Stationsleitungen. Oft habe ich mir gewünscht, dass Führungskräfte ihren Mitarbeitern mehr Wertschätzung und Respekt entgegenbringen. Häufig sind tolle Ideen verloren gegangen, da die Angst vor Kritik groß war. Wenn Ideen nicht angenommen oder ignoriert werden, spricht sich dies schnell bei allen Kollegen rum und bremst die Motivation. Nach diesen Eindrücken habe ich mir gesagt: Wenn ich in dieser Position bin, mache ich es anders. Nach meinem Examen habe ich auf der Station angefangen, auf der ich nun auch Stationsleitung bin. In den ersten Jahren habe ich viele Erfahrungen

gesammelt, so habe ich mich in der Wundversorgung und der Stoma-Therapie weitergebildet.

Schwierige Sandwichposition

Um etwas bewirken zu können, ist eine Position in einer oberen Managementebene von Vorteil. Deshalb habe ich mich entschieden, ein Pflegemanagement-Studium aufzunehmen. Nach dem ersten Studienjahr wurde mir die Stelle der stellvertretenden Stationsleitung angeboten. Die Anforderungen der oberen Management-Ebene und die Erwartungen der Mitarbeiter in Einklang zu bringen, war zunächst schwierig. Die Sandwichposition macht es nicht einfach, das freundschaftliche Verhältnis zu den Kollegen aufrecht zu erhalten. Dass Mitarbeiter aufhören zu reden,

wenn man einen Raum betritt, war für mich nicht vorstellbar. Doch auch diese Erfahrung musste ich machen.

Durch den Austausch mit anderen Kommilitonen und den Unterricht ist mir aber klar geworden, dass dies dazu gehört. Nachdem die Position der Stationsleitung frei wurde, habe ich diese übernommen. Unterstützt werde ich durch meine Kollegin Steffanie Neuhäus; sie hat einen Bachelor-Abschluss in innovativer Pflegepraxis. Wir führen die Station gemeinsam, nach dem Motto „Pflegemanagement meets Pflegewissenschaft“. Die Anfangszeit war etwas holprig. Seitens der Mitarbeiter herrschte eine große Unzufriedenheit, während ich versuchte, meine Erfahrungen und mein Wissen aus dem Studium auf der Station umzusetzen. Die transformationale Führung hat mir geholfen, mei-

Ein freundschaftliches Verhältnis zu den Kollegen aufrechtzuerhalten, ist schwierig.

nen Stil zu finden. Dabei geht es darum, Mitarbeiter zu motivieren und zu mehr Leistung anzuregen. Dieser transformationale Stil entwickelt das Führen mit Zielvereinbarungen konsequent weiter, was auch als transaktionale Führung bezeichnet wird.

Folgende Kompetenzen sollte man als Führungskraft mitbringen:

- Vorbild sein und Vertrauen aufbauen
- Durch sinnvolle Ziele und Werte herausfordern
- Kreativität und Selbstständigkeit fördern
- Persönliches Wachstum bewirken.

Mitarbeiter gut informieren

Im Rahmen von Meetings haben wir gemeinsam Regeln zu Wertschätzung und Teamentwicklung aufgestellt. In unserer Klinik gab es bereits eine Arbeitsgruppe, die sich mit Themen der Mitarbeiter unter 30 Jahren befasst; ich widmete mich denen der Mitarbeiter 50+. In einer Hausarbeit entwickelte ich einen Fragebogen zu Arbeitsklima,

Team, Anerkennung und Wertschätzung, Kompetenzen der Mitarbeiter/ Eigenverantwortlichkeit, Arbeitszeiten, Personaleinsatz, Sicherheit des Berufes, Bezahlung, Beteiligung an Entscheidungen, persönliche Wohlfühlbedingungen, Gesundheitsförderung, Infrastruktur, Krankenhausleitung und Aufstiegschancen. Nach der Auswertung wurde

Den Mitarbeitern 50+ ist die Weitergabe von Wissen an Jüngere sehr wichtig.

deutlich, dass diesen Mitarbeitern die Weitergabe von Wissen am wichtigsten ist. Die Älteren werden nun als Mentoren für die Jüngeren eingesetzt. Zudem wurden die Überstunden fast komplett abgebaut, so dass die Mitarbeiter in den Sommermonaten einige Tage am Stück frei hatten. Mitgestaltung und Transparenz waren ebenfalls wichtige Anliegen. Einmal im Monat werden kleinere Teambesprechungen abgehalten, um die Mitarbeiter auf den neuesten Stand zu bringen.

Auch über die Arbeit im Bundesverband Pflegemanagement werden die Mitarbeiter informiert. In meiner einjährigen Gastmitgliedschaft habe ich viel gelernt. Die Pflege benötigt Führungskräfte, die sich auch berufspolitisch engagieren und für den Beruf stark machen. Wir haben deshalb eine Aktion gestartet, in der sich einige Mitarbeiter meiner Station für eine Gastmitgliedschaft in der Pflegekammer Rheinland-Pfalz angemeldet haben.

Kommunikation ist das A und O

Durch die Erfahrungen, die ich bereits als Führungskraft sammeln konnte, ist mir bewusst geworden, dass es nicht nur um Dienstplanung und Krisenmanagement

Man muss selbst aktiv werden und nicht abwarten, bis andere etwas tun.

Zusammenfassung

Führungskräfte sollten ihren Mitarbeitern vor allem Wertschätzung und Respekt entgegenbringen. Die Fähigkeit zur Kommunikation gehört zu den wichtigen Kompetenzen, wenn man erfolgreich führen möchte. Transparenz und Offenheit erleichtern die Einbeziehung der Mitarbeiter bei wichtigen Entscheidungen.

Schlüsselwörter: *Führungsstil, Kommunikation, Wertschätzung*

geht. Die Kommunikation mit den Mitarbeitern und das Vertrauen in sie sind das A und O. Mitarbeiter, die in Prozesse und stationsinterne Entscheidungen einbezogen werden, haben das Gefühl der Mitbestimmung. Wichtige Themen und Bedürfnisse werden regelmäßig besprochen. Inzwischen managen die Mitarbeiter den Dienstplan bei Krankmeldungen selbst, wenn die Stationsleitung nicht vor Ort ist. Kleinere stationsbezogene Belange werden eigenständig entschieden. Durch Lob und Anerkennung fühlen sich die Mitarbeiter bestätigt und steigern ihr Engagement für die Station. Eine dreimonatige Vorausplanung des Dienstplanes ermöglicht mir, meine Zeit mehr für Mitarbeiterbindung und Patientenzufriedenheit einzusetzen. Durch positive Rückspiegelung der Kollegen fühlt man sich bestärkt und geht mit einem zufriedenen Gefühl zur Arbeit.

Auch als Führungskraft dranbleiben

Der Patient steht trotz der vielen Management-Aufgaben an erster Stelle. Ich bin auch weiterhin im Stationsdienst tätig. Durch die Arbeit in allen Schichten behalte ich einen Überblick über die Abläufe und kann sie gegebenenfalls anpassen. Durch Arbeitsgruppen der Station haben wir Prozesse optimiert, die zu einer besseren Versorgung für die Patienten und einer angenehmeren Arbeit für die Mitarbeiter geführt haben. Dafür setze ich mich auch weiter ein. Nach dem Abschluss des Studiums strebe ich eine Position in der Pflegedienstleitung/ Pflegedirektion an. Als weitere Qualifikation werde ich ein Management-Master-Studium beginnen.

Lasst Euch nicht unterkriegen

Durch den Gewinn des Pflegemanagement Awards für Nachwuchsführungskräfte haben viele Mitarbeiter in der

Klinik mitbekommen, dass ich Pflegemanagement studiere. Viele fragen mich um Rat, wenn es um ihre berufliche Zukunft geht, möchten Informationen über Studienangebote und Möglichkeiten der Weiterbildung. Auch jüngere Kollegen, die bereits in einer Führungsposition sind, bitten mich um Hilfe. Die Profession Pflege muss sich mehr engagieren, um die Berufsgruppe zu stärken. Durch mehr Selbstbewusstsein können wir der Öffentlichkeit zeigen, wie wichtig der Beruf ist und dass wir selbstständig entscheiden können und wollen.

Mein Tipp für junge Führungskräfte: Lasst Euch nicht unterkriegen. Häufig gibt es Situationen, in denen man unsicher ist, aber durch Kreativität und Engagement ist es möglich, etwas zu verändern. <<

Autorenkontakt:

Sarah Behling, Stationsleitung
St. Christophorus-Krankenhaus Werne,
Am See 1, 59368 Werne
Kontakt: sarah_behling@yahoo.de

Anzeige



**Deutsches
Rotes
Geschenk**

WIR BRAUCHEN DICH, UM MENSCHEN
IN NOT HELFEN ZU KÖNNEN.

SETZE EIN ZEICHEN UND SPENDE FÜR
MENSCHEN IN NOT.

Informationen zum DRK bundesweit
und kostenfrei: 08 000 365 000 | DRK.DE



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

> Aufwändig aber erfolgreich

Triple Win – Fachkräfte für Deutschland

ANNETTE LÜBBERS

Keine Branche ist so sehr vom Fachkräftemangel betroffen wie die Pflege. Abhilfe schafft das Triple-Win-Programm, initiiert von der ZAV in der Bundesagentur für Arbeit. Examierte Kräfte aus Bosnien, Serbien und den Philippinen sollen freie Stellen in Deutschland besetzen. Eine Klinik in Hessen hat das Angebot angenommen und gute Erfahrungen gemacht.



Sejfudin Diric mit seiner Teammanagerin Martina Eigenbrod.

Aufmerksam hört Sejfudin Diric seiner Chefin zu. Martina Eigenbrod, Teammanagerin Pflege in der Neurologischen Klinik Westend im hessischen Bad Wildungen, erklärt dem 21-Jährigen aus Bosnien, was er beim Anrühren von Instant-Milch beachten muss. Neben an auf dem Klinikflur bekommt seine Kollegin, Tanja Zecevic aus Serbien, eine Einweisung in eines der klinikeigenen Computerprogramme.

Alle Anfang ist schwer

Die beiden Pflegekräfte arbeiten erst seit wenigen Monaten in der Klinik. So manche Unsicherheit gibt es natürlich noch, aber sie wissen: Das erfahrene Klinik-Team erklärt die Abläufe geduldig auch ein zweites Mal. Sejfudin Diric lächelt. „Wir erleben wirklich sehr viel

Rückhalt im Haus. Jedenfalls habe ich mich noch nie allein gelassen gefühlt.“ Kein Wunder: Die Verstärkung aus den osteuropäischen Ländern wird in der Klinik dringend gebraucht. „Gerade hier im ländlichen Raum spüren wir schon seit zehn Jahren, dass es immer weniger gutes Pflegepersonal auf dem Markt gibt. Wir sind sehr froh, dass wir die beiden – und ihre Kolleginnen und Kollegen – für uns gewinnen konnten“, so Eigenbrod.

Tatsächlich gibt es kaum eine andere Branche, wo der Fachkräftemangel bereits zum jetzigen Zeitpunkt so flächendeckend durchschlägt. Im Juli 2016 kamen auf 4.000 arbeitslos gemeldete Gesundheits- und Krankenpflegekräfte 9.400 der Bundesagentur für Arbeit gemeldete offene Stellen. In der Altenpflege waren es sogar nur 3.360 ar-

beitslos gemeldete Bewerberinnen und Bewerber auf 13.150 offene Stellen. „In beiden Fällen hat sich das Verhältnis im Vorjahresvergleich weiter zugespitzt“, erklärt Dr. Carsten Klein, Vorsitzender der Geschäftsführung der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) in der Bundesagentur für Arbeit. Abhilfe schaffen soll das Programm „Triple Win“. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) gewinnt und qualifiziert die Agentur Pflege-Fachkräfte aus Serbien, Bosnien-Herzegowina und den Philippinen.

Gewinnen und qualifizieren

Das Programm hat nicht nur Kliniken, sondern auch alle anderen Pflege-Einrichtungen im Blick. „Die ausgesuchten Teilnehmer sind grundsätzlich examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte. Sie können in beiden Bereichen eingesetzt werden, da es den Beruf des examinierten Altenpflegers in den meisten Ländern außerhalb Deutschlands nicht gibt.“ Zudem sorgen bilateral getroffene Vereinbarungen zwischen der Bundesagentur für Arbeit und den teilnehmenden Herkunftsländern dafür, dass keine Fachkräfte rekrutiert werden, die in Bosnien-Herzegowina, Serbien oder den Philippinen selbst gebraucht werden.

Die Anwerbung erfolgt in vier Schritten: ZAV und GIZ stellen interessierten Arbeitgebern das Programm vor. Die Arbeitgeber skizzieren die Zahl der benötigten Arbeitskräfte und die jeweiligen Anforderungsprofile. Danach erfolgt die Auswahl möglicher Bewerber in Serbien, Bosnien-Herzegowina und den Philippinen. Per Skype-Interview oder persönlich vor Ort können die Arbeitge-

ber Einstellungsgespräche führen. Die verpflichteten Fachkräfte erhalten einen Sprachkurs bis zum Niveau B1, einen viertägigen Pflegefachkurs sowie einen Orientierungstag in ihren Heimatländern. Gleichzeitig werden alle zukünftigen Arbeitgeber von ZAB/GIZ individuell beraten – etwa bezüglich des Integrationsprozesses und der Anerkennung der jeweiligen Abschlüsse.

Prüfung oder Lehrgang?

Je nach Ausbildungsstand und Grad der Erfahrung müssen die neuen Arbeitnehmer entweder eine Kenntnisprüfung ablegen oder einen fünf- bis zwölfmonatigen Anpassungslehrgang absolvieren. Im ersten Jahr der Beschäftigung steht sowohl Arbeitgebern als auch den neuen Angestellten eine vom GIZ besetzte Hotline zur Verfügung. Ein aufwändiger Prozess, der natürlich finanziert werden will. „Die Vermittlung durch die ZAV ist kostenfrei. Bei Abschluss eines Arbeitsvertrages entrichten Arbeitgeber eine Dienstleistungsgebühr an die GIZ von derzeit 4.000 Euro einschließlich Umsatzsteuer pro vermittelter Pflegekraft. Diese Gebühr umfasst die Koordination und Vorbereitung der sprachlichen und fachlichen Vorbereitung der Teilnehmer vor Ort sowie unterstützende Maßnahmen zu deren Integration in Deutschland“, erklärt Klein.

Für den Arbeitgeber ist es mit dieser Summe allerdings noch lange nicht getan. Mayk Jäger, stellvertretender Geschäftsführer der Klinik, stellt fest: „Die neuen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen lassen wir uns grob geschätzt jeweils etwa 10- bis 11.000 Euro kosten. Das hat uns im ersten Anlauf 2014 erst einmal abgeschreckt.“ Jäger hat nicht nur viel Geld in die Hand genommen, sondern auch viel Zeit investiert. 60 Bewerbungsgespräche hat er vor Ort geführt. 30 Pflegekräfte entsprachen letztendlich seinen Vorstellungen.

Natürlich konnten sich die Bewerber frei entscheiden, wo sie arbeiten möchten. „Die Neurologie“, sagt Sejfudin Diric, „ist für Neueinsteiger tatsächlich nicht so einfach. Menschen mit diesen Krankheitsbildern sind eine große Herausforderung, wenn man in so einer Einrichtung noch nicht gearbeitet hat.“ Das war auch Mayk Jäger sehr bewusst: „Wir sind eine Rehabilitations-Einrichtung mit Intensivstation und Intensivtherapie. Die Anforderungen sind hoch – auch an das



Am Medikamentenschrank

Pflegepersonal. Ich habe bei den Interviews extra Bilder von Patienten gezeigt. In einer Einrichtung wie der unseren muss man einfach wissen, worauf man sich als Pflegekraft einlässt.“ Im Rückblick ist er froh, sich für das persönliche Gespräch – und gegen Interviews via Skype – entschieden zu haben. „Ein persönliches Kennenlernen – das ist durch nichts zu ersetzen.“

Sejfudin Diric und Tanja Zecevic arbeiten erst einmal als Pflegehelfer. Ihre Berufsabschlüsse sind nicht eins zu eins auf deutsche Abschlüsse übertragbar. Die Serbin hat eine vierjährige Ausbildung, die sich aber eher an theoretisch-medizinischen Kenntnissen orientierte als an der praktischen Pflege. Nach ihrem Abschluss im Jahr 1991 hat sie zwölf Jahre in der Orthopädie und der Unfallchirurgie gearbeitet. Jetzt befindet sie sich gerade in einem neunmonatigem Anpassungskurs, für den sie sich gemeinsam mit den Kollegen entschieden hat. Diric hat eine Ausbildung ähnlich der zum Medizinisch-technischen Radiologie-Assistenten abgeschlossen. Beide sprechen schon sehr gut Deutsch. Diric beispielsweise wurde sogar in Hamburg geboren



Tanja Zecevic bei der Einweisung ins klinik-eigene Computerprogramm.

und hat die ersten vier Jahre seines Lebens in der Stadt an der Elbe verbracht.

Neue Chance Deutschland

Beide sind froh über die neue Chance, die sich ihnen in Deutschland bietet. Tanja Zecevic ist verheiratet, ihr Mann ist noch in der Heimat. Bereut hat sie den Schritt dennoch nicht: „Zuhause fehlte uns jede Sicherheit. Wenn man dort einen Job bekommt, dann kann einem auch ganz schnell wieder gekündigt werden.“ Sejfudin Diric sieht das ganz ähnlich: „Die Lebenshaltungskosten sind hoch, die Arbeitslosigkeit auch. Eine Familie zu ernähren, fällt da schwer. Und von der staatlichen Unterstützung kann man nicht überleben.“ Martina Eigenbrod ergänzt: „Es hat schon Fälle gegeben, da wurde dort eine Klinik mit 1.000 Betten von jetzt auf gleich einfach zugemacht. Da stehen dann auf einmal Hunderte auf der Straße – und können ihre Familien nicht mehr ernähren.“

Beide fühlen sich sichtlich wohl in der neuen Heimat. In den ersten Wochen sind sie im Gästehaus der Klinik untergekommen. „Die Kollegen haben uns in der ersten Zeit der Eingewöhnung sehr unterstützt und viele hilfreiche Tipps gegeben“, sagt Sejfudin Diric. Etwa bei der Wohnungssuche, die sich für ihn nicht so einfach gestaltete. „Ich bin ein Mann, dazu ein junger, und habe einen ausländisch klingenden Namen. Da kam nach einem Erstkontakt oft nichts mehr.“ Mittlerweile haben beide aber eine Wohnung in der Stadt gefunden.

Voll integriert

Inzwischen sind die beiden Neuen voll in die Arbeit der Station integriert. Martina Eigenbrod ist sehr zufrieden: „Unser Einarbeitungskonzept greift. Die beiden sind hoch motiviert und haben eine offene, fröhliche Art. Mir imponiert es sehr, wie die beiden sich einbringen. Und ich habe großen Respekt vor der Unermülichkeit, mit der die beiden deutsche Vokabeln pauken.“ Kleinere Probleme blieben zu Beginn natürlich nicht aus. „Viele Dinge – etwa das umfangreiche Dokumentationssystem – müssen allerdings auch deutschstämmige neue Kollegen erst verstehen lernen.“ Berührungspunkte zwischen den alten und neuen Kräften hat sie nicht beobachtet. „Das liegt vielleicht aber auch daran, dass

unser Personal schon viele Mitarbeiter aus dem Ausland integriert hat.“

Rückmeldungen wie diese bekommt Dr. Carsten Klein von Seiten der Arbeitgeber oft. „Die beteiligten Arbeitgeber geben überwiegend eine positive Einschätzung ab. Die Pflegekräfte seien motiviert und würden sich sprachlich und fachlich gut zurecht finden. Für uns ist das ein Beleg dafür, dass die umfangreiche fachliche und vor allem sprachliche Vorbereitung einer der Schlüsselfaktoren ist, Pflegekräfte aus dem Ausland in



Auf gute Zusammenarbeit!

die deutsche Arbeitswelt zu integrieren und vor allem auch zu halten.“

Mayk Jäger jedenfalls ist froh über die neue Möglichkeit, gute Fachkräfte für seine Klinik zu gewinnen: „Wir betreiben ja schon lange einen hohen Akquiseaufwand und haben uns auch frühzeitig im Ausland umgesehen. Das Triple-Win-Projekt ist für uns ein echter Gewinn. Auch weil es einen regen Austausch und eine permanente Begleitung durch die ZAV und die GIZ gibt.“ Generell glaubt er jedoch, dass in Politik und Gesellschaft zu wenig getan wird, um den Fachkräftemangel abzufedern. Der Berufsstand des/r Krankenpflegers/in, muss in seiner Komplexität, in seinem hohen Anforderungsprofil und in den großen Herausforderungen, die mit diesem Beruf einhergehen, deutlich aufgewertet werden.“

Triple Win geht weiter

Seit dem Startschuss im Jahr 2013 wurden über das Programm Triple Win 850 Pflegerinnen und Pfleger vermittelt, die meisten von ihnen von den Philippinen. Die Pilotphase des Projekts gilt als abgeschlossen. Fazit der Initiatoren: Triple Win ist erfolgreich – für alle Beteiligten. Also stehen die Zeichen aktuell auf „Weiter geht’s“. „Solange uns Bedarf von Arbeitgebern gemeldet wird und das hohe Interesse in unseren Partnerländern an einer Beschäftigung als Pflegekraft in Deutschland besteht, führen wir das Projekt weiter“, bestätigt Dr. Carsten Klein. „Wir gehen davon aus, dass die demografische Entwicklung und die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland eine Verstetigung des Projekts und wahrscheinlich sogar eine Ausweitung auf neue Zielländer erforderlich machen.“

Autorenkontakt:

Annette Lübbers arbeitet als freie Journalistin mit dem Schwerpunkt Soziales und Gesundheit.
Kontakt: annette@luebbers-journalistin.de

Anzeige



Susanne Danzer/Ulrich Kamphausen

Dekubitus – Prophylaxe und Therapie

Ein Leitfaden für die Pflegepraxis

2016. 193 Seiten, 46 Abb., 14 Tab. Kart. € 22,-
ISBN 978-3-17-023951-7

Pflegekompakt

Das Dekubitalgeschwür stellt nach wie vor eine Herausforderung dar. Prophylaxe und Therapie werden im Buch praxisnah beschrieben. Thematisiert werden u. a. Wundassessment, Wunddokumentation sowie phasen- und bedarfsgerechte Versorgung von Dekubitus, aber auch spezielle Themen wie Ernährung, Hautpflege, Schmerz und Dekubitus am Lebensende. Theoretisches Wissen und praktische Erfahrung werden verknüpft. Durch den hohen Praxisbezug wird die Thematik auf anschauliche Art vermittelt. Farbige Abbildungen helfen bei der Klassifizierung.

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

150 Jahre
Kohlhammer

> Unverzichtbar für den Schutz der Arbeitnehmer

Die Ruhepause im Arbeitsrecht

MARTINA WEBER

Die Pause, arbeitsrechtlich exakt: Ruhepause, bietet immer wieder Anlass zu Auseinandersetzungen, vor allem im Pflegebereich. Unter welchen Voraussetzungen ist eine Ruhepause arbeitsrechtlich korrekt gewährt? Wie steht es um den Rückruf aus der Pause, um Toiletten- und Raucherpausen? Und: Darf der Aufenthalt des Arbeitnehmers während der Pause eingeschränkt werden?

Zentrale Rechtsgrundlage für die Ruhepause ist § 4 Arbeitszeitgesetz (ArbZG). Die Vorschrift gilt für Arbeitnehmer und volljährige Auszubildende. Ausgenommen vom Anwendungsbereich sind leitende Angestellte, also Arbeitnehmer, die selbstständige Personalentscheidungen wie Einstellungen und Kündigungen treffen dürfen, im Pflegebereich also je nach Einzelfall die PDL. § 4 ArbZG gilt innerhalb wie außerhalb des Anwendungsbereichs des TVöD. Danach richtet sich die Dauer der Pause nach der Dauer der Arbeitszeit:

- Arbeitszeit bis zu sechs Stunden: Keine Pause vorgeschrieben.
- Arbeitszeit von mehr als sechs bis zu neun Stunden: Mindestens 30 Minuten Pause.

•• Arbeitszeit von mehr als neun Stunden: Mindestens 45 Minuten Pause. Dabei können die Pausen in Zeitabschnitte von jeweils mindestens 15 Minuten aufgeteilt werden. Arbeitsunterbrechungen von weniger als 15 Minuten gelten nicht als Pause im Sinn des Arbeitszeitgesetzes, sondern als Arbeitszeit (BAG 13. Oktober 2009 – 9 AZR 139/08).

Grundsätzlich werden Pausenzeiten nicht vergütet. Arbeitnehmer fragen deshalb immer wieder bei ihrem Arbeitgeber, ob sie nicht freiwillig auf die Pause verzichten und den Arbeitsplatz früher verlassen können. Dies ist nicht zulässig, weil das Arbeitszeitgesetz zum grundsätzlich zwingend einzuhaltenden Arbeitnehmerschutzrecht zählt.

Ein wichtiges Ziel des Gesetzes liegt im Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer.

Was bedeutet „Pause“?

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts sind Ruhepausen Unterbrechungen der Arbeitszeit von bestimmter Dauer, die der Erholung dienen. Es muss sich um im Voraus festliegende Unterbrechungen der Arbeitszeit handeln, in denen der Arbeitnehmer weder Arbeit zu leisten noch sich dafür bereitzuhalten hat. Er muss frei darüber entscheiden können, wo und wie er diese Zeit verbringen will. Entscheidendes Merkmal der Ruhepause ist, dass der Arbeitnehmer von jeder Arbeitsverpflichtung und auch von jeder Verpflichtung, sich zur Arbeit bereitzuhalten, freigestellt ist (BAG 16. Dezember 2009 – 5 AZR 157/09).

Gewährt der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer eine Pause, behält sich jedoch vor, den Arbeitnehmer zurückzurufen, so gilt die Pause als nicht ordnungsgemäß gewährt (BAG 29. Oktober 2002, EzA § 4 ArbZG Nr. 1). Diese gilt als Arbeitszeit und ist als solche zu vergüten. Ein Recht zum Rückruf aus der Pause besteht nur, wenn ein Notfall oder außergewöhnlicher Fall im Sinn des § 14 ArbZG vorliegt. Eine fehlerhafte Personalplanung begründet jedoch keinen solchen Notfall. Auch die Anordnung von Bereitschaftsdienst während einer Pause ist unzulässig (Bundesarbeitsgericht 5. Mai 1988 – 6 AZR 658/85).

Gewährt der Arbeitgeber eine Ruhepause entgegen § 4 ArbZG nicht, nicht mit der vorgeschriebenen Mindestdauer oder nicht rechtzeitig, begeht er eine Ordnungswidrigkeit, die nach § 22 Absatz 2 ArbZG mit einer Geldbuße bis zu 15.000 Euro geahndet werden kann.

Gewährung der Pause

Die Frage, wie lange „im Voraus“ Beginn und Dauer der Arbeitsunterbrechung feststehen muss, damit von einer rechtmäßig angeordneten Pause gesprochen werden kann, wird unterschiedlich be-



Ruhepausen sind Unterbrechungen der Arbeitszeit von bestimmter Dauer, die der Erholung dienen.

antwortet. Das Bundesarbeitsgericht hält es für unverzichtbar, aber auch für ausreichend, dass der Arbeitnehmer bei Beginn der Pause weiß, wie lange sie dauern soll (BAG 13. Oktober 2009 – 9 AZR 139/08). Nach der Gegenauffassung muss die zeitliche Lage der Ruhepause vor Beginn der tatsächlichen Arbeitszeit bestimmt worden sein (LAG Köln 16. Mai 2012 – 3 Sa 49/12999) Andere verlangen, dass zu Beginn der Arbeitszeit wenigstens ein zeitlicher Rahmen feststehen muss, innerhalb dessen die Pause des Arbeitnehmers liegen soll (so auch die Gesetzesbegründung: BT-Drucks. 12/5888 S. 24). Die Auffassung des BAG überzeugt, denn für den Erholungszweck der Pause genügt es, wenn der Arbeitnehmer die zeitliche Lage und Dauer einer Pause bei deren Beginn erfährt. Eine konkrete Planbarkeit der Pause bereits zu Arbeitsbeginn dient anderen Zwecken als nur der Erholung von der Arbeitsleistung.

Der Arbeitgeber muss nicht zwingend an jedem Arbeitstag für jeden einzelnen Arbeitnehmer eine Entscheidung über dessen Pausenregelung treffen. Er kann die Gewährung der Pausen auch seinen Arbeitnehmern überlassen, muss dann aber „Grund für die Annahme haben, dass die Arbeitnehmer ihre Pausen auch organisieren und nehmen.“ (Schliemann § 4 Arbeitszeitgesetz, Randnummer 14). Schliemann nennt als Beispiel die Intensivstation eines Krankenhauses, für die der Arbeitgeber als Pausenregelung nur angeordnet hat, dass nach spätestens sechs Stunden eine Pause einzulegen sei. Die Pflegekräfte legten gemeinsam ihre Pausen fest und hielten die Absprachen ein. Damit, so Schliemann, genüge der Arbeitgeber seiner Pflicht zur Gewährung der Pause. Dies sei jedoch nicht der Fall, wenn die jeweilige Arbeitnehmergruppe keine Pausenregelung treffe oder sich nicht an ihre eigene Regelung halte.

Für Lage und Dauer der Pausen sind die Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates nach § 87 Absatz 1 Nr. 2 Betriebsverfassungsgesetz sowie der Personalvertretung nach § 75 Absatz 1 Nr. 3 Bundespersonalvertretungsgesetz zu beachten.

Aufenthalt während der Pause

Der Arbeitgeber ist nach § 6 Absatz 3 Arbeitsstättenverordnung verpflichtet, ei-

nen Pausenraum oder Pausenbereich zu errichten, wenn er mehr als zehn Personen beschäftigt oder wenn Sicherheits- oder Gesundheitsgründe dies erfordern (z. B. weil die Arbeitnehmer in Räumen tätig sind, zu denen auch Kunden Zutritt haben).

Kann der Arbeitgeber seinen Beschäftigten verbieten, während der Pause das Betriebsgelände zu verlassen? Nach einer Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts vom 21. August 1990 erfordert der Begriff der Ruhepause nicht, dass der Arbeitnehmer das Betriebsgelände verlassen kann. Der Arbeitgeber kann durch Betriebsvereinbarung den Aufenthalt der Arbeitnehmer während der Pause auf das Betriebsgelände beschränken (1 AZR 567/89). Bei einer solchen Beschränkung muss jedoch im Einzelfall geprüft werden, ob sie mit den in § 75 Abs. 2 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) genannten Grundsätzen für die Behandlung der Betriebsangehörigen vereinbar ist, wonach Arbeitgeber und Betriebsrat die freie Entfaltung der Persönlichkeit der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer zu schützen und zu fördern haben. In dem vom Bundesarbeitsgericht entschiedenen Fall schied ein Verstoß gegen § 75 BetrVG aus, weil die Arbeitnehmer berechtigt waren, den Betrieb außerhalb der Mittagspause während einer weiteren Stunde zu verlassen und Gründe der Zeiterfassung eine unterschiedliche Gestaltung beider Arbeitszeitunterbrechungen sinnvoll erschienen lassen.

Blauer Dunst: Die Raucherpause

Arbeitnehmer haben keinen Anspruch darauf, dass sie für die Zeit ihrer Raucherpausen eine Vergütung vom Arbeitgeber erhalten (Arbeitsgericht Mainz 21. Januar 2010 – 10 Sa 562/09). Der Arbeitgeber kann verlangen, dass sich Arbeitnehmer für die Zeit ihrer Raucherpausen ausstempeln, damit die Zeit der Raucherpause nicht als Arbeitszeit erfasst wird. Besteht in einem Betrieb eine solche Verpflichtung zum Ausstempeln und bedient der Arbeitnehmer das Zeiterfassungsgerät nicht, veranlasst er den Arbeitgeber, ihm Entgelt zu zahlen, ohne die geschuldete Leistung erbracht zu haben. Er begeht damit einen Arbeitszeitbetrug, der – je nach den Umständen des Einzelfalles – eine Abmahnung, eine ordentliche oder auch eine außerordent-

liche Kündigung rechtfertigen kann. Der Arbeitgeber ist darüber hinaus berechtigt, die auf die Zeit der Raucherpausen entfallende Arbeitsvergütung einzubehalten.

Die Raucherpause birgt noch weitere Rechtsprobleme: Handelt es sich beim Unfall eines Mitarbeiters während der Raucherpause oder auf dem Weg dorthin oder zurück um einen Arbeitsunfall mit der Folge, dass Ansprüche aus der gesetzlichen Unfallversicherung bestehen? Eine Pflegehelferin eines Berliner Seniorenheims hatte wegen des Rauchverbotes das Gebäude verlassen und stieß auf dem Weg zurück zu ihrem Arbeitsplatz in der Eingangshalle mit einem ebenfalls beim Seniorenheim beschäftigten Handwerker zusammen, der einen Eimer Wasser trug. Das Wasser kippte aus, die Pflegehelferin rutschte und brach ihren rechten Arm. Die Berufsgenossenschaft lehnt es ab, den Sturz als Arbeitsunfall anzuerkennen. Die Pflegehelferin zog vor das Berliner Sozialgericht – ohne Erfolg. Entscheidend war nach Ansicht des Gerichts, dass die Pflegehelferin den Weg aus dem Seniorenheim und zurück nur deshalb zurückgelegt hatte, um eine Zigarette zu rauchen. Das Rauchen sei jedoch Privatsache und stünde in keinem Zusammenhang mit der Arbeit. Der Weg, den ein Arbeitnehmer zurücklege, um eine Zigarette zu rauchen, sei deshalb nicht von der Unfallversicherung erfasst. Im Unterschied dazu sei der Weg zum Mittagessen hingegen versichert, denn die Nahrungsaufnahme stünde im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung der Arbeitskraft (Sozialgericht Berlin 23. Januar 2013 – S 68 U 577/12).

Unfallschutz während der Toilettenpause

Bei Verletzungen innerhalb des Toilettenraums am Arbeitsplatz handelt es sich nach Ansicht des Verwaltungsgerichts München nicht um Arbeitsunfälle. Der Gang zur Toilette stelle vielmehr eine rein private Angelegenheit dar (VG München 8. August 2013 – M 12 K 13.1024). Dies gilt sowohl für das Aufsuchen der Toilette an sich als auch für das Händewaschen.

Grundsätzlich gilt das Aufsuchen der Toilette während der Arbeitszeit nicht als Ruhepause im Sinn des Paragraph 4 ArbZG, sondern als Teil der (bezahlten) Arbeitszeit. Ein Arbeitnehmer, der wäh-

rend der Arbeitszeit über die erforderliche Zeit hinaus länger auf der Toilette verweilt, zum Beispiel um zu telefonieren oder zu lesen, verweigert seine Arbeitsleistung und der Arbeitgeber kann ihn deshalb abmahnen und im Wiederholungsfall das Arbeitsverhältnis kündigen.

Die Frage, wie viel Zeit für das Aufsuchen der Toilette angemessen ist, kann nicht pauschal beantwortet werden, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. In einem Fall, über den das Arbeitsgericht Köln zu entscheiden hatte, verbrachte ein angestellter Rechtsanwalt innerhalb von zweieinhalb Wochen rund sechseinhalb Stunden auf der Toilette und der Arbeitgeber kürzte dessen Gehalt um den entsprechenden Zeitraum. Der betroffene Arbeitnehmer trug vor, er habe im betreffenden Zeitraum unter Verdauungsbeschwerden gelitten. Das Gericht hielt die Kürzung des Gehalts für nicht zulässig (AG Köln 21. Januar 2010 – 6 Ca 3846/09).

Besondere Personengruppen

Die Pausenzeiten für Jugendliche regelt § 11 Jugendarbeitsschutzgesetz. Danach betragen die Ruhepausen

- bei einer Arbeitszeit von mehr als viereinhalb bis sechs Stunden: mindestens 30 Minuten,
- bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden: mindestens 60 Minuten.

Zur Lage der Pausen bestimmt die Vorschrift folgendes: „Die Ruhepausen müssen in angemessener zeitlicher Lage gewährt werden, frühestens eine Stunde nach Beginn und spätestens eine Stunde vor Ende der Arbeitszeit. Länger als viereinhalb Stunden hintereinander

dürfen Jugendliche nicht ohne Ruhepause beschäftigt werden.“

Arbeitnehmerinnen, die ihre Säuglinge stillen, ist nach § 7 Mutterschutzgesetz auf ihren Wunsch die zum Stillen erforderliche Zeit zu gewähren, ohne dass dadurch ein Verdienstausschlag eintreten oder die Stillzeit auf die Ruhepause angerechnet werden darf. Für behinderte Menschen gibt es keine Sonderregeln zur Ruhepause.

Der Arbeitgeber hat die korrekte Einhaltung der Pausen sicherzustellen. Kommt der Arbeitgeber seiner Verpflichtung nicht nach, kann sich für den Arbeitnehmer ein Leistungsverweigerungsrecht ergeben (Buschmann S. 130 mit Nachweis). Die korrekte Einhaltung von Erholungszeiten liegt im langfristigen Interesse des Arbeitgebers liegen, denn sie dient dem Gesundheitsschutz seiner Beschäftigten. <<



Literatur

Buschmann, R. / Ulber, J. (2015): Arbeitszeitgesetz. Basiskommentar, 8. Auflage, Bund Verlag, Frankfurt am Main

Neumann, D. / Biebl, J. (2013): Arbeitszeitgesetz. Kommentar, C.H. Beck, München

Schliemann, H. (2013): ArbZG. Kommentar zum Arbeitszeitgesetz mit Nebengesetzen, Luchterhand, Köln

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

Weber, M. (2009): 100 Fragen zum Arbeitsrecht für Pflegekräfte, Brigitte Kunz Verlag, Hannover

Autorenkontakt:

Martina Weber, Volljuristin (Ass. jur.), wissenschaftliche Autorin, Dozentin in der Pflegefortbildung
Kontakt: marsweber@hotmail.com

Zusammenfassung

Zentrale Vorschrift für die Ruhepause ist § 4 Arbeitszeitgesetz. Danach sind bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs bis neun Stunden mindestens 30 Minuten Pause einzuhalten, bei einer Arbeitszeit von mehr als neun Stunden mindestens 45 Minuten Pause. Während der Pause muss der Arbeitnehmer von jeder Arbeitsverpflichtung frei sein. Der Arbeitnehmer muss spätestens bei Beginn der Pause wissen, wie lang die Pause dauert. Für Raucherpausen können Arbeitnehmer keine Vergütung verlangen. Das Aufsuchen der Toilette gilt nicht als Ruhepause, sondern als Teil der bezahlten Arbeitszeit. Die Frage, wie viel Zeit für das Aufsuchen der Toilette angemessen ist, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab.

Schlüsselwörter: *Arbeitsrecht, Ruhepause, Raucherpause, Toilettenpause*

> Für bessere Versorgungsqualität

Wissensbasiert arbeiten mit VAR Healthcare

ANN KRISTIN ROTEGÅRD, INGER MARGRETHE HOLTER, UNNI JENSEN, ANNERS LERDAL, PETER TACKENBERG

In allen Bereichen der Pflege nach einheitlichen, stets aktuellen Standards und Handlungsanweisung handeln, flächendeckend und digital unterstützt – was in Norwegen gelebte Praxis ist, ist in Deutschland noch Zukunftsmusik. Das System VAR Healthcare ist im hohen Norden landesweit im Einsatz, in der Aus-, Fort- und Weiterbildung wie im pflegerischen Alltag – ein denkbarer Weg auch für die Pflege in Deutschland?



Foto: © Cappelen Damm AS

Man sagt „Viele Wege führen zum Ziel“. Um nicht den längsten Weg zu wählen, sollte man von Erfahrungen anderer profitieren und lernen. Die historische Entwicklung in der norwegischen und deutschen Pflege ist dafür ein gutes Beispiel.

Ohne Zweifel hat Deutschland aus historischer Perspektive seine Spuren in der norwegischen Pflegeausbildung hinterlassen. Cathinka Guldberg (1840-1919) wurde in Kaiserwerth zur Diakonisse und Krankenschwester ausgebildet (1866-1868). In dieser Zeit war sie auch in Dresden und Berlin tätig. Zurück in Norwegen gründete sie die Diakonissen- und Krankenschwesterausbildung und 1868 das Diakonissenhaus „Lovisenberg Diaconal University College“ in Oslo (kurz: LDUC). Damit legte sie den Grundstein für die moderne Pflegeausbildung. Das Diakonissenhaus war 22 Jahre lang die einzige Schule, die Pflegefachpersonen ausbildete. Die in-

ternationale Diakonissenbewegung hat immer für die wissensbasierte Pflege gearbeitet – bis heute ein zentrales Ziel in der Pflegeausbildung des LDUC. Hier werden Pflegefachpersonen im Bachelor- und Masterprogramm ausgebildet und Weiterbildungen zur Spezialisierung angeboten. Weitere Schwerpunkte am LDUC sind die professionelle Weiterentwicklung des Berufsfeldes und die Pflegeforschung.

Internationale Fachkompetenz und lebenslanges Lernen

Norwegen hat 1999 die Erklärung von Bologna ratifiziert. Die mit dem Bologna-Prozess verbundene transnationale Hochschulreform zielt auf die europaweite Harmonisierung von Studiengängen und -abschlüssen sowie auf inter-

nationale Mobilität der Studierenden ab und ist auf die Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulraums ausgerichtet. In Norwegen bieten aktuell 28 Universitäten und Hochschulen die grundständig akademische Pflegeausbildung an. Die erste Ausbildungsstufe schließt mit einem Bachelorgrad in Pflege und der Berufszulassung ab. Der norwegische Rahmenplan für die Pflegeausbildung stammt aus dem Jahre 2008 und baut u.a. auf der EU-Berufe-Richtlinie 2005/36/EG auf, um die gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikationen zu ermöglichen.

Der Rahmenplan sichert einen einheitlichen nationalen Mindeststandard in der Pflegeausbildung und die Berufszulassung der Pflegefachpersonen. Es ist den einzelnen Ausbildungsinstituten überlassen, eigene Lehrpläne zu gestalten. Der Lehrplan bildet die Basis für die fachlichen Schwerpunkte, die Gestaltung der Praxisaufenthalte, der Arbeitsformen und der Prüfungsordnungen. Der Rahmenplan regelt zudem die mit der Ausbildung zu erwerbenden beruflichen Handlungskompetenzen und die Handlungsbereitschaft.

Ganz im Sinne des lebenslangen Lernens sind aktiv im Beruf tätige Pflegefachpersonen dazu verpflichtet, sich fachlich informiert zu halten und die eigene Fachkompetenz weiter zu entwickeln.

Werkzeuge zum Lernen und zur Qualitätssicherung

Um das gute Niveau in der Handlungskompetenz zu halten und gleichzeitig die Möglichkeiten zur Aktualisierung und Fortentwicklung von Kompetenzen in der weiteren Berufskarriere zu sichern, wurde mit VAR Healthcare eine elektronische Datenbank mit wissenschaftlich basierten Handlungsanweisungen entwickelt. VAR ist in der nordischen Mythologie die Göttin der Weisheit. Sie ist so weise, dass man

keine Geheimnisse vor ihr haben kann. Var bedeutet unter anderem auf etwas aufpassen, bewachen, vorbeugend und vorsorgend zu sein. VAR Healthcare ist ein Entscheidungsunterstützungssystem, das auf 15 Jahren Erfahrung in der Anwendung und Entwicklung von Pflegeabläufen aufbaut. VAR Healthcare bietet fast 400 evidenzbasierte Handlungsanweisungen und Expertenstandards mit zugehörigen Zusammenfassungen des aktuellen Forschungsstandes sowie weiterführende Wissensbestände und Testverfahren zur Überprüfung des Lernerfolgs.

Handlungsanweisungen und Wissen in VAR Healthcare sind nach grundlegenden Bedürfnissen und Funktionsgebieten sortiert. Alle Handlungsanweisungen sind nach einheitlichen Kriterien strukturiert. Die inhaltliche Aufbereitung der Wissensbestände ist so gestaltet, dass man sie auf unterschiedlichen Medien wie PC, Tablet oder Mobiltelefon anwenden kann. VAR Healthcare wird in Norwegen landesweit (in 80 % der Einrichtungen der gemeindezentrierten Gesundheitsversorgung, in mehreren Krankenhäusern sowie in anderen Institutionen) von vielen Anwendern verwendet und zu 100 % in der Pflegeausbildung genutzt.

LDUC unterstützt wissenschaftsbasierte Ausbildung

Die LDUC legt Wert auf praktischen und theoretischen Unterricht, der eine wissenschaftsbasierte Pflege fördert. Die Hochschule verfügt über ein gut ausgerüstetes Simulations-Zentrum, um berufliche Fertigkeiten zu erlernen. Die Bachelorstudenten benutzen das Zentrum zum Üben von verschiedenen praktischen Pflegetätigkeiten und zur Simulation von Pflegesituationen. VAR Healthcare wird im Bachelor- und Masterprogramm sowie in verschiedenen Weiterbildungen eingesetzt. Das hat einen klaren Nutzwert für das Erlernen und Trainieren von praktischen Fähigkeiten. Das Werkzeug beinhaltet wissenschaftsbasierte Handlungsanweisungen, die regelmäßig auf dem neuesten Stand der Wissenschaft aktualisiert werden. Für die Bachelorstudenten ist es ein großer Gewinn, dass sie vom ersten Semester an ihre Handlungen begründen und erklären, fachlich argumentieren und zu jeder Zeit das neueste Wissen anwenden können. Das trägt auch dazu bei,

dass sie die vorgefundene Pflegekultur in den verschiedenen Praxiseinsätzen hinterfragen und reflektieren können, beispielsweise in Pflgeteams mit Halungen wie: „So machen wir das eben bei uns.“ Für erfahrenes Pflegepersonal im Master- oder Weiterbildungsprogramm, ist VAR Healthcare in erster Linie ein Rückgriff auf die jeweils aktuellsten Handlungsanweisungen.

VAR Healthcare wird im spezialisierten Gesundheitsdienst (wie Krankenhaus, Ambulanzdienst, Psychiatrie, andere Einrichtungen) und im Primärgesundheitsdienst (Alten- und Pflegeheim, ambulanter Dienst, Physiotherapeuten) genutzt. Auf diese Weise fungiert VAR als eine Art Brücke zwischen Theorie und Praxis und führt dazu, dass Arbeitsprozesse überall auf dieselbe Weise durchgeführt werden. Dieses standardisierte Vorgehen kann die Heilungsverläufe der Patienten verbessern.

Pflege in Norwegen

Pflegepersonal ist in unterschiedlichen Einrichtungen angestellt: im Krankenhaus, im Alten- und Pflegeheim, im Sozialdienst und im Schuldienst. Viele Gesetze und behördliche Vorschriften regulieren die Leistungserbringung und sichern Ansprüche wie Patientenrechte, Patientensicherheit, Berufsausübung, Qualität und Dokumentation. Daraus leiten sich die Verantwortlichkeiten von Einrichtungsträgern, Geschäftsführungen und den Pflegefachpersonen ab. Das norwegische Gesundheitswesen hat seit dem Jahr 2000 große Veränderungen durchgemacht, die u. a. zu erhöhten Anforderungen an Qualität und Effektivität des Pflegedienstes führten. Die Ansprüche an eine wissenschaftsbasierte Praxis wurden höher und führten zu einem Bedarf an aktualisierten und qualitätsgesicherten Handlungsanweisungen. Die Entwicklung von VAR Healthcare wurde 1999 vor dem Hintergrund gestartet, die kommenden Veränderungen und Anforderungen bewältigen zu können. VAR Healthcare wurde als Gründer-Innovationsprojekt von „Innovation Norwegen“ (Innovasjon Norge) und dem „Norwegischen Krankenpflegeverband“ (Norsk Sykepleieforbundet) finanziell gefördert. Heute ist es als Unternehmen etabliert und gehört zu Norwegens größtem Verlagshaus Cappelen Damm AS. VAR Healthcare ist dabei, sich international zu etablieren.

Die tägliche Arbeit und die Nutzung von VAR

In Norwegen ist VAR Healthcare weit verbreitet. Auch in Dänemark wird die Datenbank seit einigen Jahren verstärkt genutzt. Im Anschluss an eine Auswertung von VAR Healthcare hat ein Projektleiter einer dänischen Kommune gesagt: „Lasst uns als Kommune dafür Sorge tragen, dass nicht unnütze Ressourcen verschwendet werden, um eigene Handlungsanweisungen zu erstellen. Es ist großartig, dass bestehendes Wissen in einer Anwendung zur Verfügung steht, die sehr benutzerfreundlich ist.“ Der Erfolg von VAR Healthcare in der Praxis liegt darin begründet, dass das System beiträgt zu:

- Erhöhter Patientensicherheit,
- Auffrischung von Fachwissen
- Fachlicher Sicherheit
- Vollständiger Krankengeschichte und elektronischer Patientenakte

Im Gesundheitswesen herrschen strenge Anforderungen an Qualität und Patientensicherheit. Gleichzeitig wird ein erhöhter Fokus auf Wirtschaftlichkeit und Effektivität verlangt. Die Entwicklung lokaler Handlungsanweisungen ist anspruchsvoll, weil es interne Organisation, Kompetenz und Zeit voraussetzt. Erfahrungen zeigen, dass die kontinuierliche Aktualisierung in VAR Healthcare zur besseren Ressourcenausnutzung eines Unternehmens beiträgt. Durch die Nutzung von VAR Healthcare ist für das Unternehmen der Umgang mit stets aktuellen, qualitätsgesicherten Handlungsanweisungen sichergestellt. Die Unternehmen können ihre Ressourcen anderweitig nutzen. In der Patientenversorgung ist es wichtig, schnell und rasch einen sicheren Zugang zu Handlungsanweisungen zu haben. Das stärkt die Handlungskompetenz der Pflegenden, schafft die Voraussetzungen für die fachübergreifende Zusammenarbeit und garantiert gute Arbeitsprozesse.

Pflege in Deutschland – Ausbildung und Praxis

Mit Blick auf Norwegen befinden sich die Pflegeberufe in Deutschland Ende 2016 in einer nicht für möglich gehaltenen Abwärtsspirale der professionellen Weiterentwicklung. Die Ausbildung findet in drei Pflegeberufen statt und ist überwiegend fachschulisch geregelt.

Verlässliche bundesweite Daten liegen wegen fehlender Monitoring Systeme nicht vor. Hochrechnungen nach Klaes et al. (2013) kommen auf knapp 1.500 Ausbildungseinrichtungen mit jährlich etwa 135.000 Schüler. Hinzu kommen die etwas mehr als 50 deutschen Universitäten und Hochschulen, an denen entweder grundständig in den drei Berufen ausgebildet wird (mit Berufszulassung) und/oder spezielle Bachelor-, Master- und Promotionsprogramme angeboten werden (in den Bereichen Pflegewissenschaft, -pädagogik und -management mit/ohne Schwerpunkte). Bekanntermaßen gilt für beide Ausbildungswege ein Sonderweg neben dem System der beruflichen Bildung. Auch die Finanzierung der Ausbildung ist einzigartig: für den SGB V Bereich finanziert aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung, für den SGB XI Bereich aus Mitteln der Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Privathaushalte (Pflegebedürftige) und Arbeitgebern bzw. Schülern.

Seit Jahren weisen Pflegexperten und Berufsverbände darauf hin, die nicht mehr zeitgemäße Ausbildung zu reformieren, um dem steigenden Anspruch an die komplexer werdenden pflegefachlichen Aufgaben, dem Pflegebedarf in der Bevölkerung, den neuen Wohn- und Versorgungsformen sowie Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten Rechnung zu tragen. Hierbei spielt auch die inhaltliche Ausrichtung an einer evidenzbasierten und kompetenzorientierten professionellen Ausbildungsgrundlage eine wichtige Rolle. Mit der Modernisierung der EU-Beruferrichtlinie hin zur Novellierung 2013/55/EU, die in

nationales Recht europaweit bis 2016 umzusetzen ist, hat der Gesetzgeber seit 2012 eine Reform der Pflegeberufe zu einer generalistischen Ausbildung und der Schaffung eines neuen Pflegeberufs vorgelegt. Neu geregelt sind u.a. das Ausbildungsziel, vorbehaltene Tätigkeiten und der regelhafte hochschulische Ausbildungszugang mit Erlangung der Berufszulassung und erstem akademischen Bachelorgrad. Zum Zeitpunkt der Artikelerstellung ist nicht bekannt, ob letztendlich die Reformgegner das Gesetz im parlamentarischen Prozess stoppen werden.

In der Praxis zeigen sich eklatant schlechte Rahmenbedingungen für die Pflegeberufe. Der Pflegefachpersonenmangel und die damit verbundene Arbeitsverdichtung sind allerorten bekannt. Hinzu kommen schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf, geringe Karrierechancen, schlechte Verdienstmöglichkeiten mit starkem West-Ost Gefälle sowie zwischen den Pflegeberufen und fehlende Berufsautonomie. Dies führt zudem zu einem schlechten Image der Pflegeberufe. Als politische Antwort zur Verbesserung der Situation ist der Öffnung der Berufe nach unten seit 2008 keine Grenze mehr gesetzt. Statt die Berufe aufzuwerten, wird versucht, der Misere mit Quantität zu begegnen.

VAR Healthcare in Deutschland?

Mehrheitlich sind die Pflegefachpersonen engagiert im Beruf. Eine wissenschaftsbasierte Berufsausübung wird nicht nur ausgebildet, sondern hält auch im

beruflichen Alltag seit Jahren Einzug. Auch macht die alle Gesellschaftsbereiche umfassende Entwicklung der digitalen Medien keinen Bogen um die Pflegeberufe. Instrumente zur qualifizierten Entscheidungsfindung sind auf jeden Fall ein Werkzeug, das die professionelle und kompetente Berufsausübung unterstützt. In Deutschland sind bei unterschiedlichen Trägern verschiedene Systeme im Einsatz. Die Erkenntnislage zur Beeinflussung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit ist dünn. Aber in den kommenden Jahren wird der Einsatz der Systeme zunehmen. Es wäre ein großer Vorteil, Systeme für den Pflegealltag zu adaptieren, deren Wissensbestand auf international anerkannten und qualitätsgestützten Erkenntnissen beruht. Die Adaptionsleistung besteht dann darin, dies für die in Deutschland praktizierte Berufsausübung mit allen rechtlichen Rahmen und professionellen Anforderungen zu entwickeln. Im Gegensatz zur Eigenentwicklung, die in erster Linie teuer, langwierig und bei einsetzenden Problemen ergebnislos abbruchgefährdet sein wird. In diesem Sinne ist viel von Norwegen zu lernen.

Zu klären ist, ob der Markt eine Durchsetzung von Expertensystemen regelt oder ob eine auf nationalen Standard konsentrierte Entwicklung vorangetrieben wird (z. B. mit einem Konsortium von Anbietern). Auch wird die Frage der Finanzierbarkeit entscheidend für eine Durchsetzung sein. Professionelle Pflege findet in knapp 2.000 Krankenhäusern, aber auch in 13.000 Pflegeheimen statt und in über 12.700 ambulanten Pflegediensten im privaten Wohnumfeld der zu Pflegenden. Ob und wie die etwa eine Million Berufsangehörigen in den kommenden Jahren durch Expertensysteme Unterstützung finden, hängt eben auch von der Machbarkeit ab, den Pflegefachpersonen Hard- und Software zur Verfügung zu stellen und dafür zu bezahlen. Wer sich über VAR näher informieren und das System life sehen möchte, kann dies beim Deutschen Pfl egetag in Berlin tun. <<

Zusammenfassung

In Norwegen nutzen Pflegefachkräfte zur beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung flächendeckend die Datenbank VAR Healthcare. Sie enthält rund 400 evidenzbasierte Handlungsanweisungen und Expertenstandards, Informationen zum aktuellen Forschungsstand sowie weiterführendes Wissen und Testverfahren. Damit ist sichergestellt, dass Pflege nach einheitlichen Verfahren und auf der Basis aktuellen, qualitätsgesicherten Wissens agiert. VAR fördert zudem die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Bereichen im Gesundheitssystem und hilft, die hohen Anforderungen an Qualität und Patientensicherheit sowie an Wirtschaftlichkeit und Effektivität zu bewältigen. In Deutschland gibt es zurzeit kein einheitliches System, das allen Pflegenden zur Verfügung steht und auf diese Weise Qualitätsstandards garantiert.

Schlüsselwörter: *VAR Healthcare, Expertensysteme in der Pflege, wissenschaftsbasierte Pflege, evidenzbasierte Handlungsanweisungen, Nursing education*

Autorenkontakt:

Ann Kristin Rotegård, PhD,
Manager PPN
Kontakt: Ann.Kristin.Rotegard@cappe-
lendamm.no

> Pflegequalität und Pflegeprozess

Sind Expertenstandards in der Pflege noch nötig?

NADA RALIC

Expertenstandards in der Pflege bestimmen die Pflegequalität seit 16 Jahren. Studien weisen einige positive Trends auf, die mit der Entwicklung der Expertenstandards einhergehen. Die Expertenstandards bilden den Pflegeprozess ab. Die Pflegeprozessmethode wird in allen Pflegeberufsschulen gelehrt. Warum ist es dann nötig, die Expertenstandards als etwas Neues in die Praxis einzuführen und warum sind sie für Praktiker so aufwändig und schwierig?

Expertenstandards (ES) in der Pflege haben die Pflege anderen wissenschaftlichen Disziplinen gleichgesetzt. Alltägliche pflegerische Handlungen stützen sich auf die evidenzbasierten Forschungsergebnisse. Die Entwicklung der Standards begann im Jahr 2000, nachdem die Gesundheitsministerkonferenz 1999 Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen festgelegt hatte. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelte auf dieser Grundlage neun Expertenstandards (DNQP – ES) und sorgte dafür, dass diese nicht nur den Weg in die Praxis fanden, sondern dass ihre Kriterien als pflegerische Qualitätskriterien zählen. Als bundesweiter Zusammenschluss von Fachkollegen in der Pflege, die sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen, ist die übergreifende Zielsetzung des DNQP die „Förderung der Pflegequalität auf der Basis von Pra-

xis- und Expertenstandards in allen Einsatzfeldern der Pflege“ (www.dnqp.de). Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) zum 1.7.2008 und ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger wurden die Expertenstandards rechtsverbindlich (§ 113a). Im Auftrag der Vertragsparteien der Pflegeversicherung (SGB XI) bekam das DNQP den Zuschlag für die Entwicklung des ersten Expertenstandards nach § 113a SGB XI.

§ 113a SGB XI vs. „DNQP“-ES

Was unterscheidet die ES nach § 113a SGB XI von den „DNQP - ES“? Nichts und Einiges! Von der Bedeutung für die Pflege und vom Aufbau her Nichts. Von der Entwicklung, Erprobung, Umsetzung und Rechtsverbindlichkeit her Einiges. Die Grundlage für die Entwicklung der ES nach § 113a SGB XI ist die Vereinbarung nach § 113a Abs. 2 über die Verfahrensordnung zur Entwicklung

von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege [1]. Das DNQP hat nicht mehr das exklusive Recht, einen Expertenstandard zu entwickeln und gleichzeitig dessen modellhafte Implementierung zu begleiten, sondern steht im Wettbewerb mit anderen wissenschaftlichen Institutionen. Der Entwicklungsprozess ist abgekoppelt von der modellhaften Implementierung. Diese Prozesse werden durch unterschiedliche wissenschaftliche Institutionen begleitet. Bisher wurde bei der modellhaften Implementierung nur eine Praktikabilitätsstudie durchgeführt. Es wurde geprüft, ob die Expertenstandards für alle Pflegefachkräfte verständlich sind, ob sie sich auf die Zielgruppen und das Setting operationalisieren und anwenden lassen, welche Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden sollen und wie groß der Schulungs- und Begleitungsbedarf ist. Das letztere hatte fast keine Auswirkung auf die Verbindlichkeit der Umsetzung. Sobald die Standards erprobt wurden und die Ergebnisse der Implementierungsprozesse vorlagen, wurden die DNQP-ES „verbindlich“ durch die Fachgesellschaften freigegeben.

Die modellhafte Implementierung des ES „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ haben das Institut für Public Health (IPP) und das Zentrum für Sozialpolitik

Expertenstandards – aktueller Stand	erstellt / aktualisiert
1. Dekubitusprophylaxe	(2001) / (2002, 2010, 2017)
2. Entlassungsmanagement	(2003) / (2008)
3. Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen	(2004) / (2011)
4. Sturzprophylaxe	(2005) / (2013)
5. Förderung der Harnkontinenz	(2006) / (2013)
6. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	(2009) / (2015)
7. Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung	(2010) / (2016)
8. Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen	(2015)
9. Erhaltung und Förderung der Mobilität (ES nach § 113a SGB XI)	(2016)

(ZeS) der Universität Bremen wissenschaftlich begleitet. Die Bewertung bezog sich nicht nur auf Praktikabilität, sondern auch auf die Wirksamkeit und den Benefit. Es wurden Effekte gemessen, die durch Anwendung des ES bei Bewohnern, Gästen und Patienten ankommen sowie die eingesetzten Ressourcen erfasst und bewertet.

Es handelte sich um einen viel umfangreicheren Implementierungsprozess als bisher, da die Daten vor und nach den Interventionen (Schulung ES, Schulung von Maßnahmen) erhoben wurden. Es wurde eine Cluster randomisierte Kontrollstudie in der stationären Pflege durchgeführt. Per Zufall wurden drei Fallgruppen gebildet – zwei Interventions- (Implementierung des Expertenstandards) und eine Kontrollgruppe (vorerst keine Implementierung) und Vergleiche gezogen. In der ambulanten und Tagespflege wurde nur eine Beobachtungsstudie durchgeführt. Die Studie ist abgeschlossen und die Ergebnisse liegen den Vertragspartnern vor.

Nach Abwägung von Kosten-Nutzen-Effekten werden rechtsverbindliche Aussagen durch Vertragspartner nach § 113a SGB XI getroffen. Erst nach dieser Entscheidung und nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger sind sie unmittelbar für alle Vertragsparteien, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben, verbindlich. Bisher wurden noch keine Entscheidungen getroffen bzw. veröffentlicht.

(Rechts-)Verbindlichkeit und Bedeutung für die Pflege

Die „neuen 113a“-Expertenstandards in der Pflege haben einen gesetzlich klar definierten Verbindlichkeitscharakter, allerdings nur für die SGB XI Einrichtungen und für diejenigen, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abschließen.

Die Expertenstandards dokumentieren den aktuellen „State of the Art“, das evidenzbasierte (wissenschaftlich begründete) Wissen, und sie geben praktische Empfehlungen für die Umsetzung dieses Wissens. Deshalb haben sie für alle pflegerischen Bereiche einen zivilrechtlich verbindlichen Charakter, der sich aus den gesetzlichen Rahmenbedingungen und vertraglichen Verhältnissen ableitet: „Wenn ein Expertenstandard unter diesen Voraussetzungen den Fachstandard“ eines Berufs „wiedergibt,

ist er als eben dieser Berufsstandard zivilrechtlich verbindlich“ [2].

Eine vertragliche Rechtsverbindlichkeit für DNQP-Expertenstandards ließe sich aus folgenden gesetzlichen Vorgaben und vertraglichen Beziehungen ableiten: Der Gesetzgeber verpflichtet die Kostenträger, ihren Versicherten die Versorgung, Pflege und Betreuung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnis (neueste wissenschaftliche Erkenntnisse) zu gewährleisten. Die Kostenträger übertragen diese Aufgabe an die Leistungsträger und schließen mit diesen Rahmen- und Versorgungsverträge, welche die zu erbringenden Leistungen genau definieren. Die Leistungsträger verpflichten sich gegenüber den Kunden mit Pflege- und Heimverträgen, die Leistungen entsprechend den neuesten medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen zu erbringen. Die Kunden haben jederzeit das Recht, sich zu beschweren, wenn dieser Standard nicht eingehalten wird. Die Kostenträger (MDK) und die Aufsichtsorgane (Heimaufsicht) prüfen nach, ob die vertraglich vereinbarten Leistungen erbracht werden! Deshalb galten die Expertenstandards im juristischen Sinne aufgrund der oben beschriebenen Verhältnisse immer als ein „vorweg genommenes Sachverständigenutachten“ für alle pflegerischen Sektoren, obwohl sie bis 2008 nicht im Gesetzestext vorkamen [3].

Brauchen wir (noch) neue Expertenstandards?

Vor dieser Fragestellung stehen sowohl Pflegewissenschaftler, Pflegemanager, Kostenträger und Praktiker. Haben die

Expertenstandards die Pflegequalität verbessert, wenn ja im welchen Umfang und um welchem Preis?

Die Expertenstandards widmen sich ausgewählten gesundheitlichen Problemen, von denen viele Menschen betroffen sind und bei denen ein Versorgungsdefizit festgestellt wurde. Diese Probleme haben aufgrund der hohen Kosten, die sie im Gesundheitswesen verursachen, eine gesundheitsökonomische und qualitative Relevanz. Die Expertenstandards werden von Pflegeexperten für die Pflege erstellt. Sie definieren folgende Qualitätskriterien:

- Den pflegerischen Auftrag – das, was in der Pflege zu tun ist (Prozesskriterien)
- Die notwendigen Rahmenbedingungen für die Umsetzung des pflegerischen Auftrags (Strukturkriterien)
- Die Qualitätsniveaus – das, was erreicht werden soll (Ergebniskriterien)
- Sie bieten keine Patentrezepte. Sie schreiben nicht vor, wie ein Patient bzw. Bewohner am Bett oder am Waschbecken gepflegt werden soll. Sie lassen aber sehr viel Spielraum, wie und womit die Ziele erreicht werden können. Und das ist in der Regel zielgruppen-, versorgungs- und einrichtungsspezifisch. Für die Pflege haben sie einen fachlich verbindlichen Charakter, wie die Leitlinie für Ärzte [4].

Das Wissen über die Qualitätsstandards und die Pflegeprozessmethode gehört zum Grundwissen einer Pflegefachkraft. Da allen Expertenstandards die Pflegeprozessmethode zugrunde liegt, sollen sie sich eigentlich relativ leicht in die Praxis umsetzen lassen. Warum werden dann die Expertenstandards und deren Einführung als „On Top“ in der Pflege

Zusammenfassung

Die Pflege braucht das aktuelle, evidenzbasierte Wissen, dass in Form der Expertenstandards der Pflege zur Verfügung gestellt werden soll. Und sie braucht eine rechtsverbindliche Verpflichtung, dieses Wissen anzuwenden. Und auch eine Aufsicht über die Anwendung. Was aber überflüssig und kontraproduktiv ist, dass Expertenstandards gesondert gelehrt und als ein Fremdkörper in die Praxis eingeführt werden. Die Einrichtungen sollten ihre Mitarbeitenden kontinuierlich über die neusten Erkenntnisse schulen, Rahmenbedingungen für ihre Umsetzung schaffen und dafür sorgen, dass die Patienten, Gäste und Bewohner nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse versorgt werden.

Schlüsselwörter: *Evidenzbasiertes Wissen, Pflegeprozessmethode, Implementierung, Rechtsverbindlichkeit, Qualitätskriterien*

behandelt? Denn was in jedem ES „on top“ ist, ist das neueste Wissen über die Entstehung von pflegerischen Problemen, Risikofaktoren und Erfassungsmethoden (Screening, Assessments) sowie wirksame, evidenzbasierte Interventionen in der Pflege. Und dieses Wissen muss in alle Lehrbücher unmittelbar einfließen und kontinuierlich gelehrt werden. <<



Literatur

https://www.gkv-Spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Vereinbarung_Verfahrensordnung_fuers_Internet.pdf, Zugriff am 20.1.2017

Schiemann, Moers, Büscher (Hrsg.) (2014) Qualitätsentwicklung in der Pflege. S. 162. Kohlhammer, Stuttgart

Böhme, H. (2000): Standards sind vorweggenommene Sachverständigengutachten. pro Alter – KDA. (3):55 – 56. Aus Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege. Seite 27.

Ralic, N. (2013): Expertenstandards in der ambulanten Pflege. Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Kohlhammer, Stuttgart

Autorenkontakt:

Dr. med. Nada Ralic ist Allgemeinärztin und Krankenschwester, Master of Public Health, Assessorin für EFQM, Buchautorin, Qualitätsmanagerin gemäß DIN EN ISO/IEC 17024:2003 und tätig als Qualitätsmanagementbeauftragte bei der Diakonie Düsseldorf.

Kontakt: nada.ralic@diakonie-duesseldorf.de

+ Unser Plus an Information: pflege-onkologie.de

Damit Sie Ihren Patienten zukünftig noch besser zur Seite stehen können, tragen wir Ihnen unter pflege-onkologie.de eine Vielzahl an Informationen zu onkologischen Themen zusammen.

Jetzt online!

Wir freuen uns auf Ihren Besuch.



> Expertenstandard Entlassungsmanagement

Die führende Rolle der B.Sc. Pflege im Entlassungsprozess

KRISTIN WINKLER

Sowohl der demographische Wandel, als auch der medizinisch-technische Fortschritt haben den Anstieg einer multimorbiden Patientengruppe zur Folge und stellen das deutsche Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung. Es gilt immer mehr Patienten mit einem poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu informieren, zu begleiten und ausreichend zu beraten, um den „Drehtüreffekt“ zu reduzieren. Aber spiegelt sich dieser Bedarf auch in der Ausbildung wider?



Ernüchterndes Ergebnis: Nur zwei von sechs Einrichtungen haben den Expertenstandard Entlassungsmanagement vollständig implementiert.

Insbesondere seit der Einführung der Diagnosis Related Groups im Jahre 2004 ist der Drehtüreffekt, also die Wiederaufnahme eines Patienten aufgrund der identischen Diagnose, verstärkt im Klinikalltag zu beobachten. Durch die Verkürzung der Liegedauer werden Patienten frühzeitig und oftmals unzureichend vorbereitet in die Häuslichkeit oder weiterführende Einrichtungen entlassen. Dort auftretende Komplikationen führen den Patienten wieder zurück ins Krankenhaus, wo eine Wiederaufnahme oftmals unumgänglich ist, jedoch in 40 % der Fälle hätte vermieden werden können. Dieser Umstand verursacht immense Kosten und bedeutet für die Patienten eine

hohe Belastung. Studien belegen, dass die Zahl der Wiederaufnahmen durch ein strukturiertes Entlassungsmanagement positiv beeinflusst werden kann.

Die tiefergehende Betrachtung und Analyse der Thematik erfolgte im Rahmen einer Bachelorarbeit. Dabei sind Defizite sowohl in der Theorie als auch in der Praxis deutlich erkennbar, welche jedoch mit passenden Interventionen und einer Anpassung des Pflegeberufgesetzes behebbar wären. Ziel ist, das Augenmerk auf die kritische Entwicklung der Pflegelandschaft und die Wahrnehmung des Entlassungsprozesses in seiner Gesamtheit, über das frisch zu beziehende Bett hinaus, zu legen.

Gesetzliche Vorgaben und Umsetzung in der Praxis

In Deutschland ist der Anspruch der Patienten auf ein individuelles Entlassungsmanagement gesetzlich geregelt. So haben laut Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 11 (4) „Versicherte [...] Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“. Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung präzisiert diesen Anspruch in § 39 Absatz 1a folgendermaßen: „Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassungsmanagement zur Unterstützung einer sektorübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“.

Die gesetzlichen Regelungen formulieren jedoch keine konkreten Vorgaben zu Aufgabenverteilung und Struktur des Entlassungsmanagements. Dafür steht den Einrichtungen der durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelte Expertenstandard Entlassungsmanagement zur Verfügung. Dieser soll es den Einrichtungen ermöglichen, bereits vorhandene Ansätze einer systematischen Patientenentlassung zu optimieren. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) beurteilt mit Hilfe des Expertenstandards die Qualität der pflegerischen Versorgung und wird zur juristischen Urteilsbildung herangezogen. Umso erstaunlicher sind die Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts. Dabei nahmen Krankenhäuser ab 50 Betten mittels standardisiertem Fragebogen Stellung zum Thema Entlassungsma-

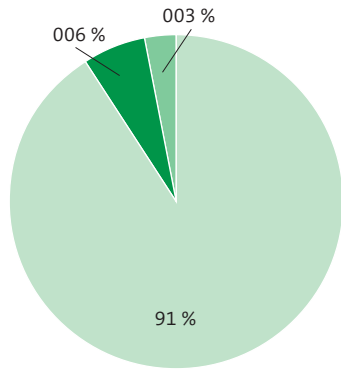


Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Themenbereiche laut Sächsischem Lehrplan

nagement. Von 673 befragten Krankenhäusern nutzten rund 325 den Expertenstandard Entlassungsmanagement, das entspricht knapp 48 %.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine regionale Befragung von Krankenhäusern in Dresden und Kreischa zur pflegerischen Überleitung durch das PflegeNetz Dresden. Lediglich zwei von sechs Einrichtungen haben den Expertenstandard Entlassungsmanagement vollständig implementiert. Dies ist insbesondere für die ländlichen Gebiete ein niederschmetterndes Ergebnis, da gerade dort der Expertenstandard in Bezug auf nachstationäre gesundheitliche und pflegerische Versorgung besonders gefordert ist.

Grundlegendes Ziel des Expertenstandards ist die Vermeidung von Versorgungsbrüchen bei der Patiententlassung. Ein Ziel, welches in Hinblick auf die Gesetzeslage, allen Einrichtungen gemein sein sollte. Auf Grundlage der Befragungsergebnisse von DKI und PflegeNetz Dresden, stellt sich jedoch die Frage, warum zum Erreichen des Zieles weniger als die Hälfte der Einrichtungen den Expertenstandard nutzen?

Sowohl in der Theorie als auch in der Praxis wird umfassende Kritik am Entlassungsprozess und dem Rahmen bildenden Expertenstandard geäußert. So sind fehlende personelle, zeitliche,

- Themenbereich 3 Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten
- Teilgebiet Themenbereich 7 Pflegehandeln an Qualitätskriterien, Bestimmungen des Gesundheitsrechts und wirtschaftlichen Prinzipien ausrichten
- übrige Themenbereiche

sachliche und finanzielle Ressourcen in der Literatur ein häufig benannter Kritikpunkt. Als Kostenverursacher wird neben den Fortbildungsangeboten für die Mitarbeiter und den aufgebrauchten Arbeitsstunden zur Implementierung auch die Beschaffung des Expertenstandards benannt und kritisiert. Dieser ist über die Website des DNQP für aktuell 16 Euro zu erwerben. Dabei kritisch zu betrachten ist, dass es sich um ein mit öffentlichen Geldern gefördertes Projekt (Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung) handelt und eine kostenfreie Zugänglichkeit für die Einrichtungen nicht ermöglicht wird. Schwierigkeiten in der Umsetzung bilden fehlende Implementierungshilfen, fehlende Empfehlungen oder auch die unzureichende Prüfung der Eignung vorgestellter Assessmentinstrumente.

Ausbildungs- vs. Studienschwerpunkte

In nahezu 50 % der im Rahmen der Bachelorarbeit ausgewerteten Literatur werden die fehlenden Kompetenzen zur Gesprächsführung und pflegerischen Beratung und Fähigkeiten zur Kooperation und Konfliktbewältigung benannt. Die Pflegefachkraft hat laut Expertenstandard eine entscheidende

Koordinationsfunktion im Entlassungsprozess und verfügt über Kompetenzen zur „Durchführung, Vermittlung bzw. Koordination informierender, beratender und schulender Tätigkeiten“. Die Ansprüche an diese Qualifikation werden mit einem Master-Abschluss im englischsprachigen Ausland verglichen. Ist eine examinierte Pflegefachkraft in der Lage, diese Kompetenzen im Rahmen ihrer Ausbildung zu erlangen? Um dies zu beantworten wird der sächsische Lehrplan für Gesundheits- und Krankenpflege herangezogen und die Ausbildungsinhalte analysiert (Abb. 1).

Auffällig ist, dass der Themenbereich drei, welcher Kompetenzen in der Gesprächsführung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen vermitteln soll, lediglich 5,8 % der gesamten theoretischen Ausbildungszeit ausmacht. Des Weiteren werden die Themen Expertenstandard und Assessments innerhalb der Thematik Qualitätsmanagement behandelt. Das gesamte Themenfeld umfasst während der Ausbildung maximal 3,2 % der Zeitstunden. Eine hinreichende Vermittlung der Thematik, verglichen mit den Anforderungen des Expertenstandards, erscheint somit kaum realistisch, sodass die geäußerte Kritik durchaus zulässig erscheint.

Die Ausbildungsinhalte laut Sächsischem Lehrplan werden den Forderungen des Expertenstandards nicht gerecht, eine Novellierung des Pflegeberufgesetzes scheint unumgänglich, um den Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal zu decken und das berufliche Selbstbewusstsein zu fördern. Dem gegenüber findet sich in der Modulbeschreibung eines dualen Bachelorsstudiengangs Pflege folgender Inhalt bezüglich Patientenedukation und Entlassungsmanagement (DIU, oJ) (Abb. 2).

Die Angabe der Anteile im Diagramm ist in Präsenzstunden angegeben. Dabei decken von 400 Stunden insgesamt 115 Stunden die genannte Thematik ab, das entspricht rund 29 % des gesamten Studieninhaltes. Der Umfang und die Tiefgründigkeit ist verglichen mit dem Lehrplan zur Ausbildung deutlich höher. Eine Eignung der akademisierten Pflegefachkraft zur Koordination des Entlassungsprozesses ist somit hervorzuheben und entspricht auch den Forderungen bzw. Empfehlungen des Expertenstandards nach spezialisierten Pflegeexperten.

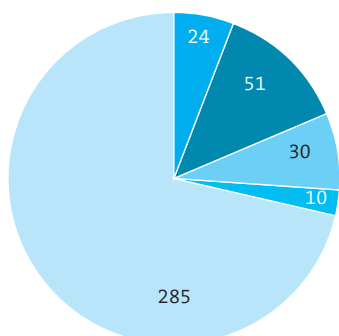


Abbildung 2: Verteilung der Module nach Anzahl der Präsenzstunden

- Modul 5 Personal- und Sozialkompetenz
- Modul 7 Care Management
- Modul 8 Pflegewissenschaften
- Modul 10 Advanced nursing practice
- übrige Module

Stimmen aus der Praxis

Zur weiterführenden Identifikation möglicher Ursachen der unzureichenden Implementierung wurde 2016 im Rahmen einer Bachelorarbeit eine Fokusgruppe (Standardverfahren der medizinischen Versorgungsforschung, wobei eine Gruppe mit homogener Auswahl der Teilnehmer durch einen Informationsinput zu einem moderierten Diskurs zum Thema Expertenstandard und Entlassungsmanagement angeregt wird) auf einer chirurgisch-onkologischen Station durchgeführt. Teilnehmer waren neben der Stationsleitung, Pflegefachkräfte (examinierte Pflegefachkräfte mit und auch ohne fachliche Weiterbildung) sowie die für die Station verantwortliche Sozialarbeiterin. Den Diskussionsschwerpunkt bildete die führende Rolle der akademisierten Pflegefachkraft im Entlassungsprozess. Eine Rolle, die jedoch größtenteils skeptisch betrachtet wurde. Fünf von sieben Teilnehmer der Fokusgruppe äußerten aktiv als Kritikpunkte fehlende Praxiserfahrung, fehlenden Patientenkontakt und gaben Bedenken bezüglich ihres Kompetenzbereiches und schließlich auch ihres Arbeitsplatzes an. Als mögliche Aufgabengebiete wurden die Koordination zwischen den einzelnen Professionen insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Arzt („jemand, der dem Arzt hinterher rennt, wäre schon schön“), die Evaluation des Prozesses und die Edukation des Patienten und/oder seiner Angehörigen gesehen. Es wurde jedoch weiterhin betont, dass eine Akademisierung für die Planung, Strukturierung und Umsetzung eines guten Entlassungsmanagements nicht notwendig wäre („Das kann hier am Tisch jeder machen [...] Dafür brauch ich keine akademisierte Pflegekraft“). Des Weiteren wurden mit der

Einführung akademisierter Pflegekräfte, (unerwünschten) Neuerungen und ein damit verbundener Mehraufwand für die Pflege in Verbindung gebracht.

Es sind also deutliche Informationsdefizite zur Thematik vorhanden. Weder der Umfang noch die erforderlichen Kompetenzen, welche von einer Pflegefachkraft im Entlassungsprozess gefordert werden, sind bekannt. Auch die Studieninhalte und damit erworbene Kompetenzen einer akademisierten Pflegefachkraft sind weitgehend unbekannt. Eine Evaluation der Entlassung erfolgte bisher nicht. Es bedarf demnach noch einiger Anstrengung, um die Akzeptanz in der Praxis zu erhöhen. Die Kompetenzbereiche müssten deutlich abgesteckt und ein Bewusstsein für die unterschiedlichen Ausbildungs- und Studieninhalte geweckt werden. Eine Unterstützung der Bachelor-Absolventen in der Praxis ist jedoch für die Etablierung des gewonnenen Wissens aus dem Studiengang unabdingbar. Die Einstellung „wenn die akademisierte Krankenschwester dann hier irgendwo mit rumhüpft“ oder „die nimmt mir ja dann keine Arbeit ab, die denken sich noch mehr aus und am Ende bleibt es hier bei uns hängen“ ist absolut kontraproduktiv und kann keinen Fortschritt in der Pflege bewirken.

Einsatz akademisierter Pflegefachkräfte

Die zunehmende Komplexität und Dynamik der Behandlungssituation, begünstigt durch den eingangs erwähnten demographischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt, fordert perspektivisch den Einsatz von akademisierten Pflegefachkräften, um die Versorgungssituation der Patienten optimieren zu können.

Im Rahmen des Entlassungsprozesses scheint der Einsatz akademisierter Pflegefachkräfte im Hinblick auf die vollständige Implementierung des Expertenstandards und die damit verbundenen spezifischen Anpassungen an das jeweilige Patientensetting unerlässlich. Der zusätzliche Kompetenzerwerb befähigt diese zur Fallsteuerung, zum Erarbeiten von Konzepten zur Patienten- und Angehörigenedukation, zum Erarbeiten und Festlegen geeigneter Assessmentinstrumente und die eigenständige poststationäre Betreuung der Patienten. Insbesondere bei Betrachtung der immer größer werdenden Forderung nach Eigenverantwortung der Patienten und aktiver Mitgestaltung am Genesungsprozess, ist die Patientenedukation ein wesentlicher Faktor, dem jedoch der reguläre Ausbildungsinhalt nicht gerecht wird. Des Weiteren ist eine abschließende Evaluation der Maßnahmen notwendig, um die zielgerichtete Wirkung dieser überprüfen zu können. Das dafür benötigte Handwerk ist Studieninhalt und kann somit in der Praxis angewendet werden.

Dies ist jedoch in keinem Fall als fehlende Wertschätzung gegenüber dem Pflegefachpersonal zu interpretieren. Ein Mix der Qualifikationen mit klar differenzierten Aufgabenprofilen bietet dem Patienten die bestmögliche Versorgung, bei der die Kombination der Fachkompetenz und Erfahrung von Pflegefachkräften und akademisierten Pflegefachkräften zur Zielführung beiträgt. <<

Autorenkontakt:

Kristin Winkler, B.Sc. Pflege, Gesundheits- und Krankenpflegerin; Dresden International University
Kontakt: Kristin.Winkler_23@gmx.de

Zusammenfassung

Die Implementierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement findet im aktuellen Klinikalltag nur unzureichend statt. Dies ist zum einen in methodischen, organisatorischen und Akzeptanzproblemen des Expertenstandards begründet, jedoch auch in fehlendem Personal, welches den geforderten Kompetenzen entspricht. Akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte können durch eine weiterführende Intensität der Thematik diese Lücke schließen und somit gesetzlichen Forderungen gerecht werden und vordergründig eine bedarfsgerechte und effiziente Versorgung der Patienten sicherstellen. Ihre vielfältigen Einsatzmöglichkeiten, auch fernab des Entlassungsmanagements, bietet den Einrichtungen im optimalen Qualifikationsmix viele Möglichkeiten. Die Zahl der akademisierten Pflegekräfte, welche auf den Arbeitsmarkt gelangen, wird perspektivisch zunehmen. Die Umsetzung evidenzbasierter Kenntnisse und die wissenschaftliche Unterstützung der Einrichtungen bei der Implementierung und Überarbeitung der Expertenstandards sind sowohl für Patienten als auch die zuständigen Pflegedirektoren gewinnbringend und sollten von den verschiedenen Berufsgruppen auch als Gewinn betrachtet werden.

Schlüsselwörter: *Expertenstandard, Entlassungsmanagement, akademische Qualifikation*

> Entlassung aus der akutstationären Versorgung

Kommen Sie gut nach Hause

Sarah Stempfle studiert Angewandte Gesundheitswissenschaften im 5. Semester in Furtwangen im Schwarzwald. In ihrem Praxissemester an der Universitätsklinik in Freiburg in der Stabstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege hat sie sich intensiv mit der Entlassung aus der akutstationären in die häusliche Versorgung beschäftigt. Im Rahmen eines kleinen Projekts ging sie der Frage nach, wie zufrieden die Patienten dort mit ihrem Entlassungsprozess waren.



Frau Stempfle, warum liegt Ihnen das Thema der Entlassung so am Herzen?

Stempfle: Da die Inhalte meines Studiums sehr interdisziplinär gestaltet sind und wir dadurch lernen, das deutsche Gesundheitssystem aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, beschäftigen wir uns im Rahmen der Vorlesungen auch viel mit dem Thema Übergang von einer Versorgung in die nächste. Der Entlassungsprozess aus der stationären Versorgung ist eine Herausforderung für alle beteiligten Akteure. Denn wenn die Entlassung nicht richtig geplant oder organisiert wurde, kann das negative Auswirkungen sowohl auf die Gesundheit des Patienten haben als auch auf die Wirtschaftlichkeit und Verantwortung eines Krankenhauses. So habe ich mich bei der Suche nach einer geeigneten Praxissemesterstelle für das Universitätsklinikum in Freiburg entschieden. Hier konnte ich besonders gut erkennen, mit welchen Herausforderungen die akutstationäre Versorgung dabei konfrontiert ist. Da die Sicherheit des Patienten

oberste Priorität in der Versorgung hat, war es spannend zu erfahren, welche Anforderungen beim Transfer vom Klinikum nach Hause erfüllt werden müssen und wie diese gewährleistet werden.

Sie haben ein Projekt zur Evaluierung der Patientenzufriedenheit mit der Entlassung nach Hause durchgeführt? Wie sind Sie vorgegangen?

In meinem Projekt habe ich eine Follow-up Befragung geplant und durchgeführt. Dabei ging es darum, die Patienten, die nach Hause entlassen werden, zwei Tage später anzurufen und zu fragen, ob sie die im Krankenhaus geplanten Leistungen erhalten haben. Der Anrufzeitpunkt richtete sich nach dem Expertenstandard Entlassungsmanagement des DNQP: Innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung wird noch einmal Kontakt zum Patienten aufgenommen und evaluiert, ob die Entlassungsplanung angemessen umgesetzt werden konnte. Die Ergebnisse habe ich dann auf den Stationen, den Pflegeexperten und dem Pflegedirektor des Universitätsklinikums vorgestellt.

Doch noch bevor ich die Patienten angerufen habe, habe ich fast vier Wochen lang täglich drei Stationen besucht und nach den bevorstehenden Entlassungen nach Hause gefragt. Danach habe ich mich bei den zu entlassenden Patienten persönlich vorgestellt, ihnen mein Anliegen und die Besonderheit des Themas erklärt und gefragt, ob ich sie hierzu anrufen darf. Dieser persönliche Kontakt mit den Patienten kurz vor der Entlassung hat sich als besonders hilfreich bei der Umsetzung des Projektes herausgestellt. So war es mir möglich, mit 46 Patienten darüber zu sprechen, wie sie ihre Entlassung aus dem Uniklinikum erlebt haben.

Und an welcher Stelle müsste der Entlassungsprozess optimiert werden, damit die Patienten besser in der Häuslichkeit ankommen?

Während der Gespräche wurde deutlich, dass sie sich auf dem Weg nach Hause mehr Informationen wünschen. Patienten fragten oftmals „Wie muss ich mich zu Hause verhalten?“, „Was darf ich essen?“, „Wie darf ich mich belasten und wann muss ich mich schonen?“ Das schien vielen nicht klar gewesen zu sein, Patienten sind zunehmend daran interessiert, den Arztbrief am Tag ihrer Entlassung zu erhalten und nicht erst beim Hausarzt zu erfahren, wie beispielsweise ihre Medikation weitergeht. Ich glaube, dass viele Patienten inzwischen das Bedürfnis haben, aktiv einen Beitrag zu ihrer Genesung zu leisten.

Ein dauerhaft relevantes Thema der Gesundheitsversorgung ist die Verbesserung verschiedener Schnittstellen. Dadurch, dass viele Professionen, Disziplinen und Akteure eine Rolle im Entlassungsprozess spielen, gilt es diese so zu vernetzen, dass Versorgungsbrüche oder Informationsverluste vermieden werden können. Das heißt, idealerweise wird im Krankenhaus eine Kommunikationskultur geführt, die zum einem ermöglicht, dass der Patient umfassend die Informationen erhält, die er zurück in der häuslichen Umgebung benötigt. Zum anderen muss sichergestellt sein, dass er diese auch ausreichend verstanden hat, um die Empfehlungen sicher umsetzen zu können. Gleichzeitig gilt natürlich auch, transsektoral patientenrelevante Informationen weiterzugeben, damit die anschließende ambulante Weiterversorgung erfolgreich gelingen kann.

Oft sind es die kleinen Dinge, die dem Patienten zwar besonders positiv in Erinnerung bleiben, aber im hektischen Klinikalltag leider häufig untergehen. Er sollte daher stets erfahren, dass er im Fokus aller Bemühungen steht, sich umsorgt fühlt und in seiner Individualität als Patient wahrgenommen wird.

**Das Interview führte
Katja Kupfer-Geißler**

Empfehlen Sie uns weiter und sichern Sie sich tolle Prämien!

Prämie 1

Einkaufstasche „Easysoppingbag“*, inklusive 2 Einkaufswagenchips im innenliegenden Druckknopf-Täschchen, Farbe schwarz



Prämie 2

Die Heilberufe-Uhr für Pflegekräfte mit Clip*



Prämie 3

Mamerow: Praxisanleitung in der Pflege*



Prämie 4

Beise/Heimes/Schwarz: Gesundheits- und Krankheitslehre*



* nur solange der Vorrat reicht

Ja, ich möchte **Heilberufe – Das Pflegemagazin** abonnieren.

Ich abonniere die Zeitschrift zum Preis von 49,90 € inkl. 7% MwSt. und Versandkosten Inland (11 Hefte jährlich) für mindestens 1 Jahr (Schüler, Student/in 41,90 € inkl. 7% MwSt. – Nachweis anbei) zzgl. Versandkosten Ausland 30 €.

Ja, ich habe den neuen Abonnenten geworben.

Als **Prämie** wähle ich:

- Prämie 1: Einkaufstasche „Easysoppingbag“
- Prämie 2: Die Heilberufe-Uhr für Pflegekräfte mit Clip
- Prämie 3: Praxisanleitung in der Pflege
- Prämie 4: Gesundheits- und Krankheitslehre

Name Vorname
Straße Hausnummer
Land PLZ Ort
E-Mail-Adresse
Datum Unterschrift

Name Vorname
Straße Hausnummer
Land PLZ Ort
Datum Unterschrift

Faxantwort: +49 (0) 89 203043-1410

Oder einsenden an: Springer Medizin Verlag GmbH, Leserservice
Aschauer Straße 30, 81549 München

Das Abonnement kann ich bis 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraumes kündigen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Der Werber erhält seine Prämie ca. vier Wochen nach Zahlungseingang. Lieferung solange der Vorrat reicht. Widerrufs-Garantie: Diese Bestellung kann ich innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen.

Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin | Amtsgericht Berlin-Charlottenburg | HRB 167094 B
Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

> Sechs Fragen an das EKG-Bild

Interpretation des Monitor-EKGs – leicht gemacht

BERND LEY

Im Krankenhaus werden viele Patienten mit Hilfe eines EKG-Monitors überwacht. Dies geschieht vorwiegend in Notaufnahmen, kardiologischen Stationen, in Intermediate-Care-Einheiten, auf Intensivstationen aber auch in vielen anderen Bereichen. Vielen Pflegekräften – aber auch jungen Ärzten – geben die Bilder aus Zacken und Kurven bisweilen Rätsel auf. Der Beitrag von Bernd Ley stellt mit den sechs Fragen eine strukturierte Methode vor, mit der jedes Monitor-EKG-Bild interpretiert werden kann.

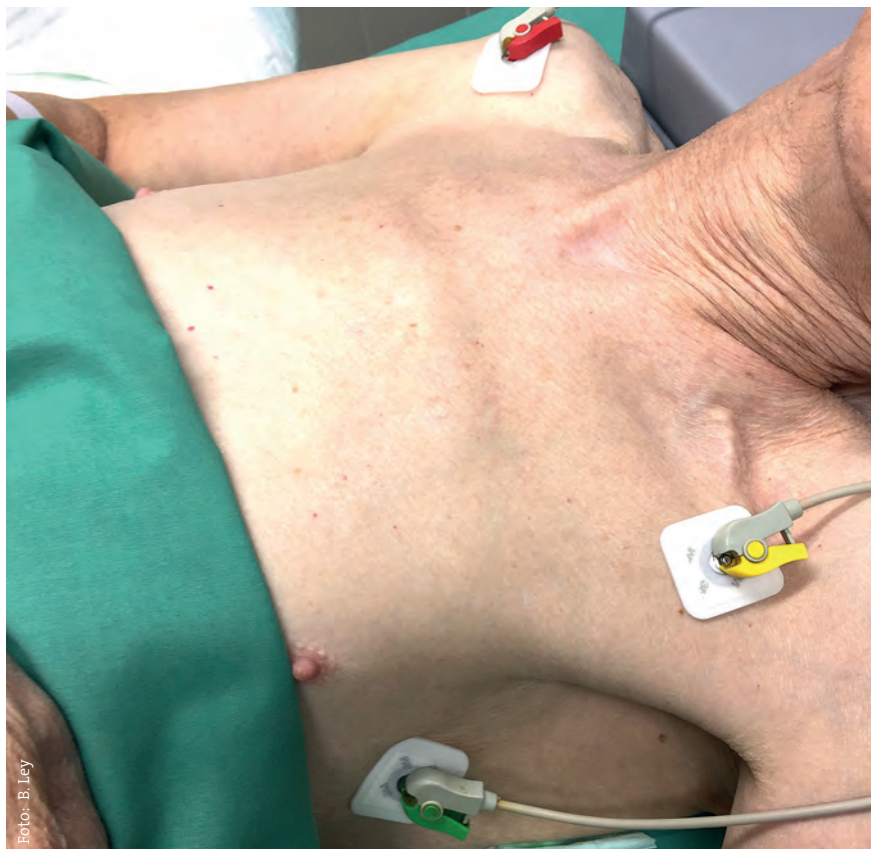


Abb. 1: Gute Elektrodenpositionen sind die rechte und linke Schulter sowie eine linksthorakale Position in der mittleren Axillarlinie.

Im Gegensatz zum 12-Kanal-EKG bietet der EKG-Monitor nur eine eindimensionale Sicht der elektrischen Abläufe am Herzen. Diese reicht aber in den meisten Fällen aus, um Herzrhythmusstörungen zu erkennen und zu klassifizieren. Der Monitor wird dazu mit seinen farblich gekennzeichneten Kabeln (zumeist rot, gelb und grün) über Klebeelektroden auf der Brust mit dem Patienten verbunden. Die Elektroden sollten zur Vermeidung von Bewegungsartefakten durch Muskelaktionen oder -zittern eher über Kno-

chen als über Muskeln geklebt werden. Haare im Bereich der Klebeelektroden sollten abrasiert werden (Abb. 1). Verbinden Sie das rote Kabel mit der Elektrode auf der rechten Schulter, die gelbe mit der auf der linken Schulter und die grüne mit der linksthorakalen Elektrode. Sollte noch ein viertes (schwarzes) Kabel vorhanden sein, verbinden Sie dieses mit einer Elektrode an der rechten Thoraxseite. Wenn Sie nun den Monitor auf Ableitung 2 anschalten, sehen Sie darauf ein Bild, das der bipolaren Ableit-

tung 2 im 12-Kanal-EKG nach Einthoven entspricht (Potentialdifferenz zwischen rechtem Arm und linkem Bein). In der Regel bietet diese Ableitung eine positive R-Zacke und eine gute Sichtbarkeit der Vorhofaktion (P-Welle) – also ein EKG-Bild wie im Lehrbuch. Achten Sie bei der Einstellung der Amplitude darauf, dass das EKG-Bild zwar groß genug ist, die Zacken aber nicht aus dem Bild laufen.

Elektrophysiologie des Herzens

Am gesunden Herzen entsteht der Impuls zur Depolarisation der Herzmuskulatur im Sinusknoten. Dieser befindet sich im rechten Vorhof im Bereich der Mündung der oberen Hohlvene. Seine Impulsgebung ist im EKG nicht zu sehen. Der Impuls wird über internodale Bahnen schnell zum AV-Knoten übergeleitet. Dabei werden die Vorhöfe depolarisiert, im EKG als P-Welle sicht-

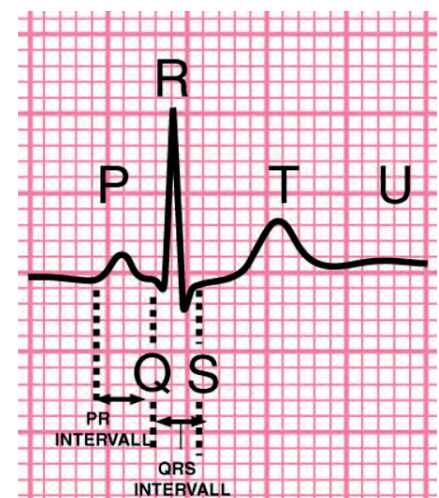


Abb. 2: Im EKG ist die Repolarisation als T-Welle erkennbar.

bar. Im AV-Knoten wird der Impuls kurz gebremst und dann schnell über das His-Bündel über die Tawara-Schenkel und die Purkinje-Fasern an die Herzkammernmuskulatur weitergeleitet. Die Depolarisation der Kammernmuskulatur ist im EKG als QRS-Komplex erkennbar. Nach der Depolarisation der Kammernmuskulatur kommt es zur Repolarisation der Herzmuskelzellen, damit diese für den nächsten Impuls wieder depolarisierbar sind. Im EKG ist die Repolarisation als T-Welle erkennbar (Abb. 2). Jede Struktur des Herzens inklusive der Herzmuskelzellen ist in der Lage, elektrische Impulse zu bilden.

Behandle den Patienten und nicht (nur) sein EKG

Bei jeder Rhythmusstörung ist zu beachten, wie es dem Patienten dabei geht. Darum sollte sich das Monitoring nicht auf das EKG beschränken, sondern um die Messung von Blutdruck und Sauerstoffsättigung ergänzt werden. Die Anlage eines venösen Zugangs ist erforderlich, um beim kritisch kranken Patienten schnell medikamentös intervenieren zu können. Zudem können bei der Anlage des Zugangs Blutproben entnommen werden, die Informationen über mögliche potentiell reversible Ursachen der Rhythmusstörung (z. B. Elektrolyt-

verschiebungen) liefern. Wann immer es die Situation des Patienten erlaubt, sollte die Rhythmusstörung mit einem 12-Kanal-EKG dokumentiert werden. Gegebenenfalls muss der kritisch kranke Patient auch Sauerstoff erhalten, wenn die O₂-Sättigung den Wert von 94 % unterschreitet. Als bedrohliche Symptome und Instabilitätszeichen gelten:

- Schockzeichen: RR_{sys} < 90 mm Hg, Blässe, Schwitzen, Zentralisation, Bewusstseins Einschränkung
- Synkope: vorübergehender Bewusstseinsverlust
- Herzinsuffizienz: gestaute Halsvenen, Lungenödem
- Myokardischämie: Brustschmerzen

Ist elektrische Aktivität erkennbar?

Sind auf dem EKG-Bild keinerlei Wellen oder Zacken erkennbar, sondern nur eine leicht schwankende isoelektrische Linie, hat der Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Asystolie. Ist er dabei bewusstlos und hat weder Puls noch Atmung ist er reanimationspflichtig. Sind nur P-Wellen im EKG-Bild erkennbar, handelt es sich um eine sehr selten vorkommende P-Wellen-Asystolie. Der Patient ist ebenfalls reanimationspflichtig; die P-Wellen-Asystolie ist sehr gut mit einem Herzschrittmacher behandelbar.

Eine wie mit dem Lineal gezogene, nicht schwankende isoelektrische Linie deutet auf einen Ableitungsfehler. Messen Sie die Vitalwerte des Patienten. Sind diese normal, prüfen Sie alle Leitungen, Steckverbindungen und Elektroden.

Wie hoch ist die QRS-Frequenz?

Herzfrequenzen über 100/min werden als Tachykardie bezeichnet. Bei extremer Tachykardie (> 150/min) verkürzt sich die Diastole mehr als die Systole. Dies hat zur Folge, dass zum einen das Herzzeitvolumen abnimmt, weil das Herz zu wenig Zeit hat sich zu füllen. Zum anderen wird der koronare Blutfluss reduziert, der in der Diastole stattfindet.

Eine Sinustachykardie (Abb. 3) ist keine Herzrhythmusstörung, sondern eine physiologische Steigerung der Herzfrequenz, die verschiedene Ursachen haben kann (z. B. Volumenmangel, Schmerzen, Angst, Fieber). Bei Behandlung der Ursache wird die Herzfrequenz sinken. Herzfrequenzen unter 60/min werden als Bradykardie (Abb. 4) bezeichnet. Physiologisch tritt diese bei Ausdauersportlern auf, bei denen das Herz ein höheres Schlagvolumen hat. Je langsamer eine Bradykardie ist, desto eher zeigen sich Symptome des reduzierten Herzzeitvolumens: Hypotonie, Stauungszeichen,



Abb. 3: Sinustachykardie



Abb. 4: Sinusbradykardie

Bewusstseinsstörungen. Herzkranke Patienten benötigen höhere Herzfrequenzen, um ein normales Herzzeitvolumen aufrecht zu erhalten.

Moderne EKG-Monitore zeigen die QRS-Frequenz automatisch an. Der EKG-Monitor ermittelt die angezeigte Herz-

frequenz, indem er die höchsten Ausschläge einer Herzaktion zählt. Dies ist in der Regel die R-Zacke. Sollte die T-Welle ableitungsbedingt genauso hoch sein wie die R-Zacke, zeigt der EKG-Monitor fälschlicherweise das Zweifache der tatsächlichen Herzfrequenz an. Bestehen

Zweifel an der Korrektheit der vom Monitor angezeigten Herzfrequenz, kann diese anhand eines Ausdrucks auf Millimeterpapier auch manuell ermittelt werden. Die Standard-Schreibgeschwindigkeit des EKG-Monitors ist 25 mm/sec: Pro Sekunde werden fünf große, bzw. 25



Abb. 5: Supraventrikuläre Tachykardie

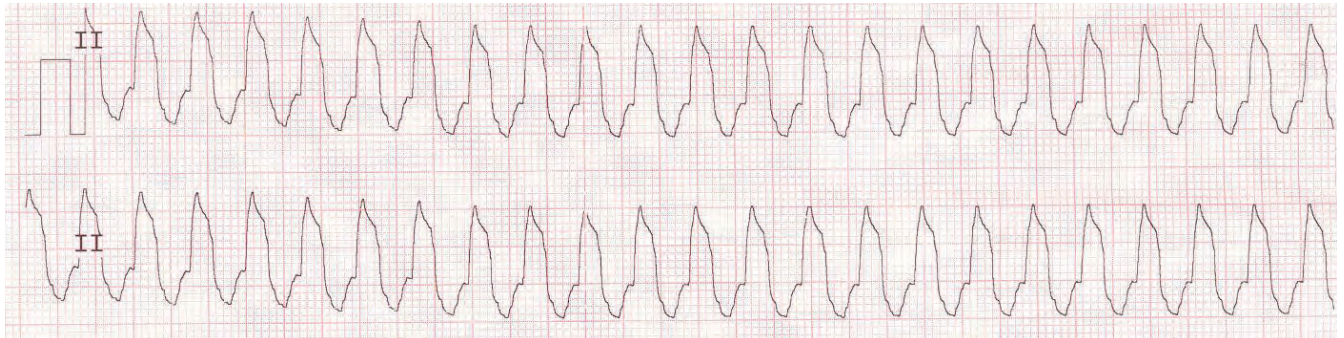


Abb. 6: Ventrikuläre Tachykardie



Abb. 7: Schenkelblock

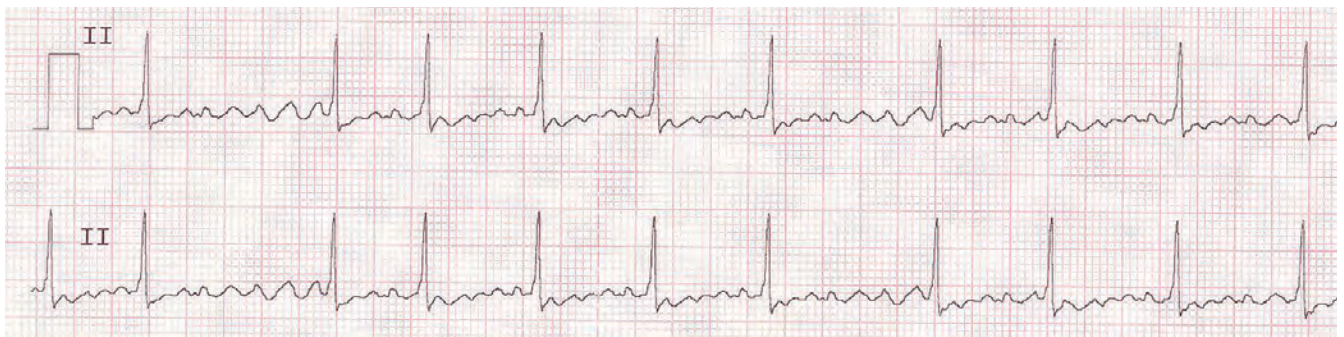


Abb. 8: Vorhofflimmern



Abb. 9: Vorhofflattern

kleine (a 1 mm) Quadrate bedruckt. Zählen Sie die Anzahl der QRS-Komplexe, die auf einer Länge von fünf großen Quadraten erscheinen und multiplizieren sie diese x10, so erhalten Sie die korrekte Herzfrequenz des Patienten.

Sind die QRS-Komplexe breit oder schmal?

Als schmal wird ein QRS-Komplex bezeichnet, wenn er nicht länger als 0,12 Sek dauert (= drei kleine Quadrate auf Millimeterpapier). Schmale QRS-Komplexe entstehen oberhalb der Bi-

furkation des His-Bündels und werden als „supraventrikulär“ bezeichnet (Abb. 5).

Breite QRS-Komplexe entstehen unterhalb der Bifurkation des His-Bündels (z. B. in der Kammermuskulatur) und werden als „ventrikulär“ bezeichnet (Abb. 6). Eine Ausnahme ist der „Schenkelblock“. Hier entspringt der elektrische Impuls zur Depolarisation der Kammermuskulatur zwar oberhalb der Bifurkation des His-Bündels, er wird allerdings nur über einen der beiden Tawara-Schenkel weitergeleitet. Die Depolarisation der Kammermuskulatur

dauert so länger und die Breite des QRS-Komplexes nimmt zu (Abb. 7).

Extrasystolen mit schmalen QRS-Komplexen bezeichnet man als supraventrikulär, Extrasystolen mit breiten QRS-Komplexen als ventrikulär. Haben die Extrasystolen immer dieselbe Form, so haben sie alle den gleichen Ursprung und werden „monomorph“ genannt. Sind sie unterschiedlich geformt, gibt es verschiedene Entstehungsorte; sie sind „polymorph“.

Ist der QRS-Rhythmus regelmäßig oder unregelmäßig?

Die Beurteilung der Regelmäßigkeit des QRS-Rhythmus kann schwierig sein. Insbesondere bei hohen Herzfrequenzen können Unterschiede in den Abständen der QRS-Komplexe auf ersten Blick unauffällig sein. Auch supraventrikuläre (schmalere QRS-Komplex) oder ventrikuläre (breitere QRS-Komplex) Extrasystolen können einen Rhythmus unregelmäßig erscheinen lassen. Drucken Sie einen Rhythmusstreifen aus und vergleichen Sie die Abstände zwischen den R-Zacken. Ist der QRS-Rhythmus unregelmäßig, stellt sich die Frage:

- Ist der QRS-Rhythmus völlig unregelmäßig?
- Ist der QRS-Rhythmus dauerhaft unregelmäßig oder nur intermittierend?
- Gibt es eine zyklisch wiederkehrende Variation des QRS-Rhythmus?

Bei einem dauerhaft völlig unregelmäßigen QRS-Rhythmus handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine Arrhythmia absoluta bei Vorhofflattern (Abb. 8), eine häufige Herzrhythmusstörung. Der Vorhof flimmert mit einer Frequenz von 300–600/min, der bremsende AV-Knoten leitet jedoch nicht alle, sondern nur einzelne

Kreislaufstillstandrhythmen

Ventrikuläres Flimmern (VF): Beim ventrikulären Flimmern arbeiten die Herzkammermuskeln in sehr hoher Frequenz (300–600/min) völlig unabhängig voneinander. Im Monitor-EKG erscheint dies als bizzar verformte QRS-Komplexe von hoher Frequenz. Therapie ist die unverzügliche Defibrillation.

Pulslose ventrikuläre Tachykardie (PVT): Dieser Rhythmus entsteht in der Kammermuskulatur und ist gekennzeichnet durch regelmäßige, breite QRS-Komplexe. P-Wellen sind nicht erkennbar. Bei Frequenzen über 200/min ist eine diastolische Füllung des Herzens nicht mehr möglich, daraus resultiert ein Kreislaufstillstand. Auch hier ist die sofortige Defibrillation Therapie der Wahl. Bei niedrigerfrequenten ventrikulären Tachykardien kann der Patient Kreislauf, Atmung und Bewusstsein haben.

Asystolie: Das Fehlen jeglicher elektrischer Aktivität im Monitor-EKG.

PEA: Der nicht defibrillierbare Kreislaufstillstandrhythmus ist neben der Asystolie die pulslose elektrische Aktivität (PEA). So werden alle Rhythmen bezeichnet, die mit einem Kreislauf einhergehen können, unter denen der Patient aber bewusstlos, pullos ist und auch nicht atmet. Im Monitor-EKG sind zumeist bradykarde, breite QRS-Komplexe mit fehlender P-Welle zu sehen. Für kurze Zeit kann die PEA aber auch tachykard mit schmalen QRS-Komplexen sein, nämlich immer dann, wenn sich das Herz aufgrund von Volumenmangel, einer fulminanten Lungenembolie, einem Spannungspneumothorax oder einer Perikardtamponade nicht füllen kann. Diese tachykarde PEA wird aber innerhalb kürzester Zeit bradykard werden und zur Asystolie oder zum VF degenerieren.

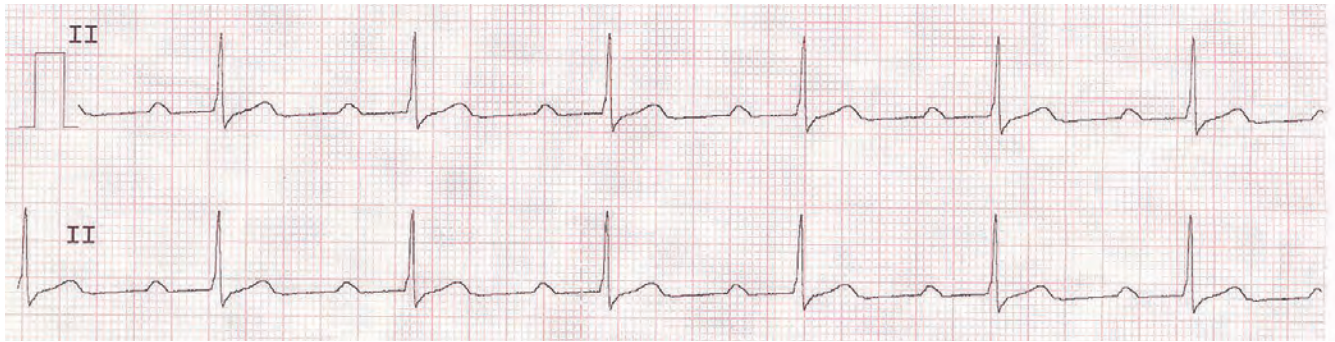


Abb. 10: AV-Block 1°



Abb. 11: AV-Block 2° Mobitz I



Abb. 12: AV-Block 2° Mobitz II



Abb. 13: AV-Block 3°: Vorhöfe und Kammern schlagen völlig unabhängig voneinander.

Impulse an die Kammer weiter. Dies führt zu einer Leistungseinschränkung des Patienten, da 30 % der Kammerfüllung durch die Vorhofsysto-

le erfolgen. Zum anderen wird das Blut im flimmernden Vorhof verwirbelt wird, was zur Thrombenbildung führt. Diese Thromben können Schlaganfälle

verursachen. Daher sollten intrakardiale Thromben vor einem Versuch der Konvertierung eines Vorhofflimmern in einen Sinusrhythmus durch einen

transoesophageale Ultraschalluntersuchung ausgeschlossen werden.

Sind P-Wellen erkennbar?

P-Wellen können abhängig von der Rhythmusstörung positiv, negativ oder biphasisch sein. Bei Vorhofflimmern (Abb. 8) sind sie bedingt durch die hohe Frequenz und die geringe Amplitude zumeist nicht erkennbar. Bei Vorhofflattern (Vorhoffrequenz < 300/min) erscheinen sie häufig wie ein Sägezahnmuster (Abb. 9). Bei hohen QRS-Frequenzen können die P-Wellen durch die T-Wellen überlagert sein. In diesen Fällen macht häufig erst die Senkung der QRS-Frequenz durch vagale Manöver (z. B. Karotidruckmassage, Bauchpresse) oder Gabe von Adenosin (bewirkt einen kurzzeitigen totalen AV-Block) die P-Wellen erkennbar. Fungiert der AV-Knoten statt des Sinusknotens als Impulsgeber, werden die Vorhöfe retrograd depolarisiert und die P-Wellen sind im Monitor-EKG negativ, also nach unten gerichtet.

Wie verhalten sich die P-Wellen zu den QRS-Komplexen?

Folgt auf jede positive P-Welle ein QRS-Komplex kann von einem Sinusrhythmus ausgegangen werden. Beim Vorhofflattern gibt es häufig feste Überleitungsmuster, beispielsweise wird nur jede zweite Vorhoferregung auf die Kammer weitergeleitet (2:1 AV-Blockierung). Dauert es zwischen dem Ende der P-Welle und dem Beginn der R-Zacke länger als 0,2 sec (fünf kleine Quadrate auf Millimeterpapier), spricht man von einem AV-Block ersten Grades (Abb. 10). Dieser kann bei Sportlern physiologisch sein und ist selten behandlungsbedürftig. Da die PR-Zeit frequenzabhängig ist, ist der AV-Block ersten Grades häufig schwer erkennbar.

Beim AV-Block zweiten Grades Typ Mobitz I (Abb. 11) wird nicht jede Vorhoferregung auf die Kammer übergeleitet, vielmehr nimmt die PR-Zeit von Herzschlag zu Herzschlag immer weiter zu, bis schließlich auf eine P-Welle kein

QRS-Komplex folgt (auch Wenckebach-Periodik genannt). Dieses Muster wiederholt sich kontinuierlich.

Beim AV-Block zweiten Grades Typ Mobitz II (Abb. 12) gibt es feste Überleitungsverhältnisse, z. B. 2:1 oder 3:1 AV-Blockierung. Beim AV-Block dritten Grades (Abb. 13) schlagen Vorhöfe und Kammern völlig unabhängig voneinander. Die QRS-Komplexe sind zumeist breit geformt, weil Strukturen unterhalb der Bifurkation der Tawara-Schenkel als „Ersatzschrittmacher“ fungieren. Der AV-Block zweiten Grades Typ Mobitz II und der AV-Block dritten Grades haben ein hohes Asystolie-Risiko und sind Herzschrittmacherpflichtig. <<



Literatur

European Resuscitation Council (ERC): „Advanced life support provider-manual“. 7. Auflage. ISBN 9789079157839

Autorenkontakt:

Bernd Ley, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin und ERC-ALS-Instruktor
Kontakt: b.ley@loop.de

Zusammenfassung

Die Interpretation des Monitor-EKGs muss auch für Pflegekräfte kein Buch mit sieben Siegeln sein. Die Methode der sechs Fragen ermöglicht die Erkennung und Klassifizierung der meisten Herzrhythmusstörungen am Monitor-EKG. Diese sind jedoch immer im Zusammenhang mit dem Patientenzustand zu interpretieren: Behandle den Patienten, nicht (nur) sein EKG.

Schlüsselwörter: *Monitor-EKG, Thorax, Intensivstation*

Anzeige



APOLLON
Hochschule



BACHELOR & MASTER PER FERNSTUDIUM!

Bachelor Pflegemanagement (B. A.)

NEU ab April: Master Angewandte Gerontologie (M. A.)
 Zertifikatskurse! U. a. Public Health, Betrieblicher Gesundheitsmanager

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

apollon-hochschule.de Ein Unternehmen der Klett Gruppe



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



Ihre Stiftung für Kinder.

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

Fordern Sie jetzt Informationen unter:
SOS-Kinderdorf-Stiftung
 Petra Träg
 Renatastraße 77 · 80639 München
 Telefon 089 12606-109
 stiftung@sos-kinderdorf.de

Kontonummer:
DAB-Bank · Filiale München
 Konto Nr. 307 065 4003
 BLZ 701 204 00
 Verwendungszweck: **Zustiftung**



Foto: hsg

hsg-Präsidentin Prof. Dr. Anne Friedrichs

An der Hochschule für Gesundheit (hsg) nimmt Anfang April 2017 ein drittes De-

hsg plant neues Department und drei neue Studiengänge Disziplinen-übergreifend lehren und arbeiten in Bochum

partment seine Arbeit auf. Noch trägt es den Arbeitstitel „Pflegerwissenschaft“, wird sich später aber selbst einen Namen geben, wie hsg-Präsidentin Prof. Dr. Anne Friedrichs erklärte. Und weiter: „Die professionelle Pflege ist nach wie vor von hoher berufs-, gesundheits- und sozialpolitischer Bedeutung. Wir rechnen in den nächsten Jahren weiter mit einem steigenden Bedarf an professionellen Pflegenden – dies gilt auch für hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte.“ Die hsg betont den hohen Stellenwert der Interprofessionalität an der Hochschule. Ziel ist es, Disziplinen-übergreifend zu arbeiten und zu lehren. Beim Aufbau des

dritten Departments und bei der Weiterentwicklung des Departments für Angewandte Gesundheitswissenschaften sowie des Departments of Community Health „sollen die entwickelten Konzepte für eine interprofessionelle Kompetenzentwicklung weitergeführt und gefestigt werden“, so die hsg-Präsidentin. Weiterhin sind drei neue Studiengänge geplant, die inhaltlich in den Bereichen Clinical Studies, Digital Health Data Management und Hygiene- und Qualitätsmanagement in der klinischen Praxis angesiedelt sein werden.

www.hs-gesundheit.de

Chance zum Einstieg GAW-Institut bereitet Berufsfachschule für Sozialpflege vor

Das GAW-Institut für berufliche Bildung, das bereits Träger einer Berufsfachschule für Altenpflege und Pflegefachhilfe ist, will zum Schuljahresbeginn 2017/2018 eine Berufsfachschule für Sozialpflege ins Leben rufen. In einer zweijährigen Ausbildung sollen die Teilnehmer Kenntnisse und Fähigkeiten u.a. in den Lernbereichen „Hauswirtschaftliche Versorgung“, „Pflege und Betreuung“, „Lebenszeit- und Lebensraumgestal-

tung“ erwerben. Wesentlicher Bestandteil ist die berufspraktische Ausbildung, die in enger Zusammenarbeit mit entsprechenden Einrichtungen gestaltet wird.

Mit dem Abschluss erlangen Absolventen die Berufsbezeichnung „Staatlich geprüfter Sozialbetreuer und Pflegefachhelfer/Staatlich geprüfte Sozialbetreuerin und Pflegefachhelferin“. Anschließend arbeiten sie vor

allem in Einrichtungen der Alten-, Kranken-, Familien- oder Behindertenhilfe und -pflege und übernehmen dort sozialpflegerische Tätigkeiten. Bewerber müssen die Vollzeitschulpflicht erfüllt haben – eine Chance zum Einstieg in einen sozialen Beruf auch für Schulabbrecher und Hauptschulabsolventen.

www.deb.de

Akademisch qualifizierte Manager für den Wandel Neuer Fernstudiengang „Angewandte Gerontologie (M.A.)“ an der Apollon Hochschule

Im April 2017 beginnt der neue berufsbegleitende Fernstudiengang, der Akademiker zu generalistischen „Schnittstellenmanagern“ in der Gerontologie qualifizieren soll. Ziel des Studiums ist es, ein breit angelegtes Gesamtverständnis rund um das Altern zu vermitteln. Themen sind beispielsweise die Folgen des Alterns auf die Psyche, Gesundes Altern und die Bedeutung für die Gesundheitssysteme oder auch Demografie-orientiertes Personalmanagement. Das Studium ist modular aufgebaut und umfasst Pflicht- und frei wählbare Fächer. Kernmodule

sind u.a. Versorgungsmanagement und E-Health, Sozialpolitik und alternde Gesellschaften sowie Organisationskultur und Ethik in Pflegeeinrichtungen. Neben studienspezifischem Fachwissen wird theoretisches Basiswissen vermittelt sowie methodisch-analytische Fähigkeiten und Management- und Führungskompetenzen erweitert. Die Regelstudienzeit beträgt – je nach persönlicher Situation – 24 bzw. 32 Monate und schließt mit einer Master-Thesis sowie einem Kolloquium ab. Zugangsvoraussetzung ist ein abgeschlossenes Bachelor-Studium



Foto: © Robert Kneschke/fotolia

Pflegemanagement oder ein vergleichbarer Abschluss.

www.apollon-hochschule.de

> Generalistische Ausbildung

Längst überfällig: Pflegeberufsgesetz

Die Zukunft des Pflegeberufsreformgesetzes steht momentan in den Sternen. Wird es kommen? Welche Konsequenzen hat die aktuelle Situation für die Schulen? Wir sprachen darüber mit der stellvertretenden Vorsitzenden des Bundesverbandes Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e.V. (BLGS), Christine Vogler, und dem Verbandsvorsitzenden Carsten Drude.



Christine Vogler
Leiterin der Wannsee Schule Berlin
Stellvertretende Vorsitzende des BLGS



Carsten Drude
Leiter der Katholischen Pflegeschule Dortmund
Vorsitzender des BLGS

? Frau Vogler, Herr Drude, als BLGS-Vorsitzende haben Sie im vergangenen Jahr vor allem für das Pflegeberufsreformgesetz gekämpft. Zum jetzigen Zeitpunkt ist aber immer noch nicht abzusehen, welche Punkte überhaupt noch politisch durchsetzbar sind. Wie beurteilen Sie die Lage?

Christine Vogler: Das Jahr war wirklich sehr aufreibend. Ich traue mich schon gar nicht mehr, eine Einschätzung zu geben. Dass eine, aus meiner Sicht gute und vor allem notwendige Gesetzesvorlage es so schwer hat durchzukommen, hätte ich nicht gedacht. Am meisten irritiert mich an der Diskussion, dass offensichtlich Erkenntnisse aus Modellprojekten und aus Schulen die bis heute Erfahrungen mit gemeinsamen generalistischen Ausbildungsstrukturen haben, in der Diskussion keine Rol-

le spielen. Und dass die Berufsgruppe der Pflegenden, Pflegepädagogen und Kollegen an den Hochschulen mit ihren Aussagen nicht ernst genommen werden.

Carsten Drude: Dem stimme ich voll und ganz zu. Ich möchte aber die positive Arbeit der Mitarbeiter der zuständigen Ministerien hervorheben. Sowohl in der Arbeitsebene des Bundesfamilienministeriums als auch im Bundesgesundheitsministerium sind kompetente Abteilungsleitungen, Referenten und Sachbearbeiter seit langem damit beschäftigt, die neuen Impulse aus der Pflege und Pflegebildung in ein juristisch wasserdichtes Gesetz einzubauen. Mit ihnen pflegen wir einen engen und inhaltlich konstruktiven Austausch. Der unermüdliche Einsatz von Minister Gröhe und Staatssekretär Laumann

sind ebenfalls verlässliche Größen in einem manchmal mühsamen berufspolitischen Tagesgeschäft.

? Nun sind Sie ja nicht nur BLGS-Vorsitzende, sondern leiten hauptberuflich große Bildungsinstitutionen in der Pflege. Wie gehen Sie da mit der aktuellen Situation um?

Carsten Drude: Wir stehen in den Startlöchern und scharren mit den Hufen. Leider bremst die langwierige Wartezeit auf eine verlässliche gesetzliche Grundlage viele Prozesse etwas aus – wir könnten schon viel weiter in der Schul- und Bildungsentwicklung sein. Ich bekomme auch von Kollegen bundesweit immer die Rückmeldung, dass mit curricularen Entwicklungen noch bis zur Gesetzesumsetzung gewartet wird. Frei nach dem Motto: Dieses Thema zu bearbeiten lohnt sich ja jetzt nicht mehr, weil die Generalistik bald kommt.

Christine Vogler: Die Kollegen vor Ort warten auf eine Entscheidung. An der Wannsee Schule lehren und lernen wir seit Jahren nach einem generalistischen Pflegeansatz. Unsere Erfahrungen sind hervorragend. Die Situation löst im Kollegium eher Unverständnis aus. Wir entwickeln das Curriculum seit Jahren weiter und müssen uns mit den momentan bestehenden Berufsgesetzen arrangieren. Für uns und unsere Träger wäre es eine längst fällige Entscheidung gewesen, das Pflegeberufsgesetz an den Start zu bringen.

? Unabhängig vom politischen Ausgang stehen aber in den Schulen mittel- und langfristige wichtige Aufgaben an, die nicht durch einen Stillstand in der Gesetzgebung ausgebremst werden dürfen. Welche sind vorrangig?

Christine Vogler: Unabhängig von jeder Gesetzgebung müssen wir uns in den Schulen beginnen zu fragen, welche Bildung wir in der Pflege wollen. Durch die bundesgesetzliche Regelung haben wir einen eigenen Bildungsweg, der nicht im Berufsbildungsgesetz ver-

ortet werden kann. Wir haben heute ein sehr buntes Bild an Ausbildungsstrukturen und -qualitäten in den Ländern, die kaum vergleichbar sind. Ich glaube es wird Zeit, dass wir aus den Schulen und Praxisstätten heraus Merkmale guter Ausbildungsqualität formulieren und diese auch einhalten müssen. Wie kann es sein, dass wir Bundesgesetze haben, die die Pflegeberufe regeln, aber jeder macht seine eigenen Prüfungen/Examen? Wir haben kaum Vergleichsmöglichkeiten. Das finde ich zusehends problematisch. Wir müssen in Zukunft dafür sorgen, dass die Auszubildenden besser auf ihre Praxis einsetze vorbereitet werden. Wenn wir die Generalistik mit bis zu 13 Einsätzen in verschiedenen Fachgebieten und Versorgungsbereichen umsetzen heißt das, dass die Schulen die Möglichkeit bekommen müssen, die praktischen Einsätze in Bezug auf die theoretisch vermittelten Inhalte zu planen und durchzuführen.

Die Praxisanleiter müssen sich darauf verlassen können, dass die Schüler/innen zumindest theoretisch vorbereitet sind. Sonst überfordern wir alle Beteiligten.

Wir dürfen nicht auf ein Gesetz warten, um zentrale Prozesse anzustoßen.

(Carsten Drude)

Carsten Drude: Ich sehe es auch so, dass wir nicht auf ein Gesetz warten dürfen, um zentrale Prozesse anzustoßen. Um wen oder was geht es denn eigentlich? Meiner Ansicht nach um die qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung der Bevölkerung, unabhängig vom Lebensalter, vom Wohnumfeld oder von der Art der Einrichtung, in der die Pflege gerade benötigt wird. Für die Schulen bedeutet das, sich umgehend Kooperationen mit anderen Bildungseinrichtungen und anderen potenziellen Einsatzorten zu suchen. Das muss nicht immer sofort eine neue Schulgründung mit einer neuen Rechtsform sein, aber Kooperationsverträge können schon jetzt geschlossen werden.

Christine Vogler: Eine weitere Frage wäre die Qualifikation der Lehrenden. Um die Berufsidetität und damit eine Bindung in den Beruf erst zu ermögli-

chen, benötigen wir eine überwiegende Anzahl an Lehrern, die aus dem Berufsfeld Pflege kommen. Hier steht die Nachwuchsfrage bei den Lehrern genauso an, wie bei den Bewerbern für eine Ausbildung.

Carsten Drude: Bei der Lehrerbildung möchte ich aber nicht, dass der aktuelle Mangel an akademisierten Lehrpersonen dazu führt, dass das Niveau abgesenkt wird. Der Abschluss für die Lehrenden muss der Master sein – einige Bundesländer weichen davon ab und halten den Bachelor für ausreichend. Dies kann dazu führen, dass, je nach Ort des Erwerbs des Abschlusses, jemand mit Bachelorabschluss zu ersten Mal vor einer Schulklasse steht.

? Was muss passieren, wenn das Gesetz doch nicht kommt?

Carsten Drude: Der „Plan B“ muss greifen. Wie dieser aussieht? Wenn ich ein Patentrezept hätte, würde ich es veröffentlichen. Das Ziel muss sein, die „guten“ Inhalte aus dem Gesetzesentwurf in die bestehenden Berufsgesetze einzubauen. Das können die Vorbehaltsaufgaben sein. Aber auch die Festschreibung der akademischen Ausbildung außerhalb von Modellklauseln in ein Gesetz wäre wünschenswert.

Christine Vogler: Wir machen auf jeden Fall weiter. Die Situation ändert sich doch nicht. Wir benötigen eine attraktive Ausbildung, moderne Schulen und gute Kooperationen. Das heißt uns muss es auch in Zukunft gelingen, die Ausbildung weiter zu entwickeln. Auch wenn der Gesetzgeber uns dafür keine neuen Rahmenbedingungen schaffen sollte. Junge Menschen, die heute in die Berufsausbildungen und Studiengänge gehen, benötigen zeitgemäße Ausbildungen und gute Berufsperspektiven. Die haben wir unter den heutigen Bedingungen nur sehr begrenzt.

? Der politische Schwebezustand und die damit verbundene Desorientierung sind eine Zumutung für alle Beteiligten. Wie motivieren Sie sich dennoch?

Christine Vogler: Pflege mochte ich vom ersten Tag meiner Ausbildung. Das hat mich über die Jahre bis heute begleitet. Den Beruf zu gestalten, mit den Schülern im Kontakt zu sein und gesellschaftliche Entwicklungen aufzunehmen, fand ich schon immer eine gute Herausforderung. Ich mag es sehr, Veränderungen aktiv mit zu gestalten. Die Arbeit im

BLGS ermöglicht mir den Austausch mit den vielen, engagierten, kompetenten und kritischen Kollegen in ganz Deutschland. Das ist sehr bereichernd. Ich freue mich auf das, was kommt. Ob nun mit oder ohne Gesetz (mit wäre besser!) – es wird immer irgendwohin gehen und solange wir das gemeinsam gestalten und uns einmischen können, bin ich dabei!

Unabhängig von der Gesetzgebung müssen wir uns fragen, welche Bildung wir in der Pflege wollen.

(Christine Vogler)

Carsten Drude: Die Arbeit in einem der schönsten Berufe macht mir immer noch viel Freude. Es ist erfüllend, wenn man jungen Menschen eine hochwertige Ausbildung bietet, diese Menschen eine Zeit lang auf ihrem Weg begleitet und dann in einen Beruf entlässt, der sehr vielfältige Perspektiven bietet. Im BLGS habe ich zudem in den letzten Jahren erfahren dürfen, wie wichtig das Vernetzen untereinander ist. Egal in welchem Bundesland ich gerade unterwegs bin – die Grundprinzipien und die Grundansprüche an die Pflegebildung sind überall gleich. Der Rückhalt der Mitglieder, die uns im Vorstandsteam auf unserem Weg bestärken, unterstreicht die positiven Schwingungen. <<

> Lernen kreativ: Chamäleonkompetenz

Zwischen Schule und Station

SABINE BALZER

Die Natur bietet zahllose Beispiele für Verhaltensweisen und Fähigkeiten, mit denen sich Tiere und Pflanzen den unterschiedlichsten Situationen anpassen können. In der Konsequenz sichern sie so ihr Überleben. Besonders variantenreich ist das Chamäleon, das sich – immer wieder neu – perfekt an seine Umgebung adaptiert. Eine Kompetenz, die auch in der Pflegeausbildung gefragt ist?



Foto: © Eric Isselée / Getty Images / iStock

„Also man steckt wirklich so in ´ner Zwickmühle. (...) Weil, einerseits möchte man helfen, andererseits weiß man, wenn du jetzt fünf Minuten da drinbleibst, kriegst du draußen direkt wieder einen auf den Deckel. Man muss einfach versuchen, irgendwie (...) trotzdem dem Patienten kurz zuzuhören, (...) ihm anbieten, dass man, wenn man mehr Zeit hat, noch mal kommt, und dann halt wieder sich dem anpasst, was die Schwestern wollen oder der Tagesablauf im Krankenhaus,“ so eine Schülerin des dritten Ausbildungsjahres, die wie ein Chamäleon agiert, um dem Patienten, den Schwestern, den Stationsbedingungen und den eigenen Ansprüchen gleichzeitig gerecht zu werden. Die Fähigkeiten des Chamäleons sind Namensgeber einer spezifischen Kompetenz, aus der sich pädagogisch-didaktische Konsequenzen ableiten lassen.

Chamäleons stehen für die Fähigkeit, selbst unter schwierigsten Bedingungen zu überleben. Sei es der rasant schnelle Farbwechsel, das Imitieren von Blättern und Ästen oder auch, sich bei Gefahren

totzustellen. Chamäleons sind berühmt für ihre kreativen und vielfältigen Überlebensstrategien. Aus diesem Grund steht die Wandlungsfähigkeit des Chamäleons als Synonym für die Strategien von Pflegeschülerinnen und -schülern im pflegepraktischen Ausbildungsfeld.

Ausbildungspraxis und Chamäleonkompetenz

Eine zweifelhafte Ausbildungspraxis in der Pflege war in den letzten Jahren häufig Gegenstand pflegepädagogischer Forschungsprojekte [1, 2, 3, 4, 10, 14, 15, 16, 19]. Mit Beginn ihrer Ausbildung betreten die Lernenden ein Pflegemilieu, das sich durch Ökonomisierungsdruck, Kostendämpfung und den Anspruch an eine patientengerechte und würdige Pflege auszeichnet. Allen Neuerungen zum Trotz setzt die Ausbildung in der Pflege weiterhin tendenziell auf berufsspezifische Kenntnisse statt auf Bildung und Persönlichkeitsentwicklung. Infolgedessen reiben sich die Lernenden im Lernort Praxis zwischen ihrem Wunsch

nach Patientenorientierung [22] und alltagspraktischer Patientenignoring auf. Hier entwickeln sie, wie Chamäleons, eine zentrale Überlebensstrategie, die ich als Chamäleonkompetenz bezeichnet habe [1, 3].

Als zentrale Überlebensstrategie ist sie ein milieuspezifisches Phänomen, denn die Handlungsformen der Pflegeschüler lassen sich unter Berücksichtigung der sozialen Herkunft verstehen und erklären. Das heißt, dass die einzelnen Strategien und Einstellungen der Auszubildenden sich in Rückbindung an die Milieuforschung [7, 8, 17, 18, 20, 21] und die Milieulandkarte [7, 18] als Handlungsmuster der gesellschaftlichen Mitte präsentieren. Dem liegt mit Bremer [7] die Prämisse zugrunde, dass soziale Gruppen je nach Zugehörigkeit zu einem Milieu sozialisationsbedingte Handlungsmuster und Bildungsdispositionen aufweisen [9, 21]. Die Angehörigen der mittleren Milieus folgen einem Lebensmuster, das sich an Sicherheit, Autorität und Statuserhalt, aber auch an Eigenverantwortung und Gleichberech-

tigung orientiert [7]. Die grundsätzlichen Lebenseinstellungen der Auszubildenden richten sich jedoch mehrheitlich an Sicherheit und Autorität aus, so dass traditionelle Hierarchien und Muster (z. B. routinierte Stationsabläufe) kaum in Frage gestellt werden. Mit dieser Lebenseinstellung sind zugleich Bildungsdispositionen verbunden, die weniger idealistisch, sondern „praktisch“ (nutzenorientiert) geleitet sind. Das bedeutet für den Praxisalltag wiederum, dass jegliche Strategien, seien sie mal rebellisch und/oder mal angepasst, in den routinierten Tagesablauf integriert werden. Die Lernenden kritisieren zwar tradierte Abläufe, handeln jedoch aufgrund ihrer Lebenseinstellungen fast ausnahmslos innerhalb dieser vorgefundenen Bedingungen.

Strategien der Chamäleonkompetenz

Im Spannungsfeld zwischen „schulischer Pflege“ (theoriegeleitete patientenorientierte Pflege) und „Pflege nach Station“ (schnelle, wenig ressourcenorientierte, zum Teil fehlerhafte Pflege) erstrecken sich die Strategien der Lernenden – wie Zitate aus Interviews mit Pflegeschülerinnen zeigen – beispielsweise von

- unreflektierter Anpassung an Stationsroutinen:
„...ich mache die Dinge so wie man sie von mir verlangt...ohne groß nachzudenken...in der Pflegedokumentation wird Mundpflege angekreuzt, obwohl man es gar nicht gemacht hat...“
- bewusster Missachtung, Reduktion und vorsätzlich fehlerhafter Durchführung pflegerischer Interventionen:
„...man wäscht halt so gut wie möglich nach Schule, nur nicht so ausführlich, man macht die Prophylaxen, aber nicht komplett...man wäscht halt die Beine nicht und macht keine Mundpflege... man fühlt sich halt nicht gut, weil man weiß, dass der mehr Pflege gebraucht hätte...Händedesinfektion beim Verbandwechsel fällt aus...“
- bis hin zur eigenständigen Organisation und Koordination pflegerischer Abläufe (Subabläufe im Verborgenen):
„...dann geht man halt, wenn ein bisschen Luft ist, noch zum Patienten und holt die Sachen dann nach, die man nicht gemacht hat...“, „...viele Schritte muss man verbinden, die Arbeit aufteilen und zwischendurch nach-

holen, ohne dass die Schwestern es merken...“, „...wenn ich später messen gehe, sage ich den Patienten, sie sollen Äpfel pflücken oder Zehen kreisen lassen, dann schaue ich später noch mal nach, ob sie es gemacht haben...“ und

- eigenständiger Entwicklung pflegerischer Maßnahmen, die dann autonom ohne Wissen der Pflegenden am Patienten „getestet“ werden:
„...also ich überlege mir...das was man in der Schule hört, versucht man irgendwie in der Praxis umzusetzen; wenn mir jemand etwas erklärt, höre ich zu und versuche dann einen Abgleich mit der Theorie zu machen und das Beste für mich heraus zu holen; man entwickelt eigene Methoden aus Schule und Praxis...die man dann beim Patienten testet...“.

Die beispielhaft genannten Strategien der Schülerinnen bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen Rebellion und Anpassung und sind nicht im Sinne von entweder oder zu interpretieren, sondern jede Schülerin vereint in sich je nach Situation mehrere individuelle Handlungsmodi. „Schulische Pflege“ wird fast ausschließlich heimlich und selbstorganisiert durchgeführt, d. h. in den praktischen Arbeitsfeldern existieren mehrere parallele Abläufe. Die von den Schülerinnen heimlich organisierten Subabläufe werden von den Pflegenden nicht bemerkt. Bemerkte werden nur, dass die Schüler nicht auffindbar sind, was in der Regel negative Konsequenzen nach sich zieht. Wie im Eingangszitat von einer Schülerin beispielhaft beschrieben, agieren sie wie Chamäleons innerhalb der Stationsroutinen, um die Abläufe nicht zu „stören“ [3].

Pädagogische und didaktische Konsequenzen

Wie schon gesagt, orientiert sich das Handeln der Lernenden milieuspezifisch an Statuserhalt und Sicherheit. Aus diesem Grund brechen sie in der Regel nicht aus tradierten Abläufen aus, sondern fügen ihre Strategien in diese ein. Vor dem Hintergrund dieser Lebenseinstellungen und den damit verbundenen Strategien, die sich innerhalb eines prekären Ausbildungsalltags herausbilden, stellt sich die Frage, wie Bildung und Lernen ausgerichtet sein soll, um den Lernenden nicht nur berufsspezifische Kenntnisse

zu vermitteln, sondern darüber hinaus der Persönlichkeitsentwicklung Rechnung zu tragen.

Es gilt eine Pädagogik zu initiieren, die die grundlegenden milieuspezifischen Einstellungen der Lernenden (und Lehrenden) zu Bildung und Lernen berücksichtigt und, so paradox es auch klingt, Gleichheit durch Ungleichheit herstellen will. Im Sinne einer sogenannten rationalen oder reflexiven Pädagogik [5, 6] heißt das, das bei gleichen Bildungszielen unterschiedliche pädagogisch-didaktische Wege zu deren Erreichung gewählt werden müssen. Hinsichtlich des praktischen Bildungsinteresses sind beispielsweise abstrakte Themen ohne Anwendungsbezug für die Lernenden wenig relevant.

Desweiteren ist eine pflegedidaktische Reflexion der praktischen Ausbildungspraxis zwingend erforderlich. Es gilt, die scheinbar widersprüchlichen Handlungslogiken in der Praxis didaktisch aufzunehmen. Kühme [16] spricht beispielsweise von einem „Lernort voller Ungewissheiten“, der zu „Abschottung und Resignation“, aber auch zum „Ausgangspunkt von Bildungsprozessen“ werden kann und fordert eine darauf ausgerichtete Pflegedidaktik, die genau diese Problematiken curricular aufgreift. Eine fachdidaktische Kategorialanalyse mit Hilfe des fachrichtungsdidaktischen Strukturgitters von Greb [11, 12, 13] bietet auf der Grundlage der kritischen Bildungstheorie (Adorno, Blankertz) die Möglichkeit, Dilemmata, Konflikte und Widersprüche aus mehreren Perspektiven in einen didaktischen Gegenstand zu übersetzen und zu reflektieren. Vordergründig geht es darum, dass die Auszubildenden über die „Logik der Pflegepraxis“ Bescheid wissen, auch wenn sie Dilemmata nicht zwingend ändern können. Ziel ist es, eine Kultur des Widerspruchs zu erarbeiten. Das Üben an konkreten Fällen, z. B. das eingangs aufgeführte Zitat kann für die Spezifik der Pflegepraxis sensibilisieren. Dazu bieten die von den Schülerinnen beschriebenen Strategien im Rahmen der Chamäleonkompetenz die Ausgangslage, um Bildungsprozesse gezielt aufzugreifen. <<



Literatur

- Balzer S. (2009) Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum (Aus-)Bildungserleben von PflegeschülerInnen. *Mabuse Wissenschaft*, 110, Frankfurt am Main.
- Balzer S., Kühme B. (2009) Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum (Aus-)Bildungserleben von PflegeschülerInnen. *Mabuse Wissenschaft*, 110, Frankfurt am Main.
- Balzer S. (2015) Milieuanalyse in der Pflegeausbildung. In Ertl-Schmuck R., Greb U. (Hrsg.) *Pflegedidaktische Forschungsfelder*. Beltz Juventa, Weinheim, S. 74 – 101.
- Bohrer A. (2013) Selbstständig werden in der Pflegepraxis. Eine empirische Studie zum informellen Lernen in der praktischen Pflegeausbildung. *wvb*, Berlin.
- Bourdieu P. (2001) Wie die Kultur zum Bauern kommt. Über Bildung, Schule und Politik. *Schriften zu Politik & Kultur*, 4, VSA, Hamburg.
- Böttcher W. (2005) Soziale Benachteiligung im Bildungswesen. Die Reduktion von Ungleichheit als pädagogischer Auftrag. In: Opielka M. (Hrsg.) *Bildungsreform als Sozialreform. Zum Zusammenhang von Bildungs- und Sozialpolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Perspektiven der Sozialpolitik), S. 61 – 76.
- Bremer H. (2004) Von der Gruppendiskussion zur Gruppenwerkstatt. Ein Beitrag zur Methodenentwicklung in der typenbildenden Mentalitäts-, Habitus- und Milieuanalyse. *Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel*, 3, LIT, Münster.

Bremer H. (2007): Soziale Milieus, Habitus und Lernen. Zur sozialen Selektivität des Bildungswesens am Beispiel der Weiterbildung. *Juventa*, Weinheim.

Bremer H., Lange-Vester A. (2014) Zur Entwicklung des Konzeptes sozialer Milieus und Mentalitäten. In Bremer H., Lange-Vester A. (Hrsg.) *Soziale Milieus und Wandel der Sozialstruktur. Die gesellschaftlichen Herausforderungen und die Strategien der sozialen Gruppen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 13 – 41.

Fichtmüller F., Walter A. (2007) Pflegen lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. *V & R Unipress*, Göttingen.

Greb U. (2003) Identitätskritik und Lehrerbildung. Ein hochschuldidaktisches Konzept für die Fachdidaktik Pflege. *Mabuse-Verlag Wissenschaft*, 67, Frankfurt am Main.

Greb U. (2009) Der Strukturgitteransatz in der Pflegedidaktik. In Olbrich C. (Ed.) *Modelle der Pflegedidaktik*. Elsevier, Urban & Fischer, München.

Greb U. (2010) Die pflegedidaktische Kategorialanalyse. In Ertl-Schmuck R., Fichtmüller F. (Hrsg.) *Theorien und Modelle der Pflegedidaktik*. Eine Einführung. *Juventa*, Weinheim.

Kersting K (2002) Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. *Huber*, Bern.

Kersting K. (2011): „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. *Mabuse Wissenschaft*, 114, Frankfurt am Main.

Kühme B. (2015) Identitätsentwicklung in der pflegepraktischen Ausbildung. In Ertl-Schmuck R., Greb U. (Hrsg.) *Pflegedidaktische Forschungsfelder*. Beltz Juventa, Weinheim, S. 102 – 124.

Lange-Vester A. (2013): Empirisch arbeiten mit Bourdieu: Historische Habitusforschung am Beispiel einer Familiengeschichte. In Brake A., Bremer H., Lange-Vester A. (Hrsg.): *Empirisch Arbeiten mit Bourdieu. Theoretische und methodische Überlegungen, Konzeptionen und Erfahrungen*. *Juventa*, Weinheim.

Lange-Vester A., Teiwes-Kügler C. (2014): Habituensensibilität im schulischen Alltag als Beitrag zur Integration ungleicher sozialer Gruppen. In Sander T. (Hrsg.): *Habituensensibilität. Eine neue Anforderung an professionelles Handeln*. *Springer*, Wiesbaden

Sahmel, Karl-Heinz (2015): *Lehrbuch kritische Pflegepädagogik*. *Huber*, Bern, S. 298 – 305.

Vester M. (2004) Die Illusion der Bildungsexpansion. In Engler S., Krais B. (Hrsg.) *Das kulturelle Kapital und die Macht der Klassenstrukturen. Sozialstrukturelle Verschiebungen und Wandlungsprozesse des Habitus*. *Juventa*, Weinheim.

Vester M. (2014) Bildungsprivilegien unter Druck. Die ständische Bildungsordnung und ihre Herausforderung durch aktivere Bildungsstrategien der Milieus. In Bauer U., Bolder A., Bremer H., Dobischat R., Kutscha G. (Hrsg.) *Expansive Bildungspolitik - expansive Bildung?* *Springer*, Wiesbaden.

Wittneben K. (2003) Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. *Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrerfelddidaktik*. *Europäische Hochschulschriften Pädagogik*, 473. *Lang*, Frankfurt am Main.

Zusammenfassung

Den Ausbildungsalltag Lernender in der Pflege prägen gegensätzliche Anforderungen. Eine Antwort darauf ist die Herausbildung einer speziellen Chamäleonkompetenz. Sie ermöglicht den Lernenden im Dauerdilemma zwischen Anspruch und Wirklichkeit zu bestehen. Die Chamäleonkompetenz repräsentiert bedeutsame Wandlungs- und Anpassungsfähigkeiten, die sich in vielfältigen und kreativen milieuspezifischen Bewältigungsstrategien offenbaren. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach den Konsequenzen für die Pflegebildung. Zum einen wird die Bedeutung einer Pädagogik deutlich, die unterschiedliche Bildungsdispositionen der Lernenden berücksichtigt, zum anderen rückt die Notwendigkeit einer fachdidaktischen Reflexion in den Fokus der Ausbildung.

Schlüsselwörter: *Chamäleonkompetenz, Fachdidaktik, Lernen, Milieu, Pflegebildung, Rationale Pädagogik*

Autorenkontakt

Sabine Balzer ist Diplom-Pflegepädagogin und Schulleitung der Berufsfachschulen für Gesundheits- und Krankenpflege und Krankenpflegehilfe am kbo-Inn-Salzach-Klinikum in Waserburg am Inn.

Kontakt: Sabine.Balzer@kbo.de

> Inhalte gut verdaulich gestalten

Unterrichts-Methodik als „pädagogisches Gewürz“

FLORIAN FISCHBOCK

Wie bei einem guten Essen runden Unterrichtsmethoden den Geschmack des Inhalts ab. Sie sind wie Gewürze beim Kochen in der Lage, schwer verdauliche Speisen leichter genießbar zu gestalten. So sind Lehrende grundsätzlich auf der Suche nach der passenden Methode für das jeweilige Unterrichtsthema. Unterrichtsmethoden sind pädagogische Gewürze – eine kulinarische Exkursion in die Experimentierküche der Berufspädagogik.

Lehrende entwickeln im Laufe ihrer Tätigkeit und Erfahrung ähnlich wie Köche bestimmte Präferenzen für ein spezielles Gewürz, einen bestimmten Geschmack, eine eigene Note. Die Bilder des „Kochens“ und „Würzens“ sollen hier darstellen, um was es unter anderem bei der Auswahl und Konzeption eines methodischen Unterrichtsrahmens geht. Ein geplanter Inhalt muss dabei hinsichtlich der Situationsdimension und der didaktischen Dimension betrachtet werden. In der Praxis stellt sich hierbei häufig die Frage, worauf der Fokus liegt. Wählt man die Methode aus, weil sie sich gut für die thematische Erschließung eignet oder wählt man sie aus, weil sie einem Spaß macht und man mit dieser Methode gerne arbeitet? Der Schluss ist der Gleiche, dennoch wird „das Gewürz“ aus unterschiedlichen Motivationen heraus gewählt. In beiden Fällen kann es sein, dass die Methode gut oder schlecht in dem jeweiligen Setting funktioniert. Geschmäcker sind eben verschieden.

Lernende werden zu Lehrenden

Im Hinblick auf die konstruktivistische Haltung modernen Unterrichts wird häufig versucht, den Lernenden einen vielfältigen Lernansatz zu liefern. Die Herausforderung hierbei ist sicherlich darin zu sehen, dass durch die Lehrenden schlussendlich immer allgemeine Entscheidungen für die Gruppe getroffen werden müssen. Bei der Methode „Unterricht rückwärts“ ist dies anders. Die im Jahr 2012 entwickelte Methode greift den Gedanken des Konstruktivismus auf, in dem jeder Lernende in der Lage sein soll, sich die ihm oder ihr persönliche naheliegende Lernform zu wählen.

Der Rahmen, in dem Lehrende während der Unterrichtsvorbereitung die Unterrichtsstunde konzipieren, wird sich in dieser Methode zu Nutze gemacht. Hier müssen im Rahmen der Planungsarbeit, identisch zu der pädagogischen Arbeit, alle Schritte der Unterrichtsplanung vollzogen werden. „Unterricht rückwärts“ heißt diese Methode, da zu Beginn der Unterrichtsstunde mit der Planung eines Unterrichts begonnen werden soll. Am Ende des Unterrichts besteht dann ein Unterrichtskonzept einschließlich der zu verwendenden Unterrichtsmaterialien.

Unterricht rückwärts

Die Lernenden beginnen zunächst mit einer Präzisierung des übergeordneten Lernziels. Hier erfolgt, in der durch die Lehrkraft unterstützten Diskussion, die Abgrenzung und Identifikation operationalisierter Lernziele und Kompetenzen. Nachdem das Ziel präzisiert wurde,

die zu erwerbenden Kompetenzen klar und deutlich formuliert sind, beginnt der Unterricht rückwärts. Dieser erste Schritt ist gemäß Hattie einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren für einen effektiven Unterricht und sollte ausreichend Zeit eingeräumt bekommen.

Im Anschluss begeben sich die Lernenden in eine umfassende Recherchephase. Hier gilt es ständig zu selektieren, welche Inhalte unter der Zielsetzung des Unterrichts relevant sind und welche nicht. Im Laufe der spiralig aufgebauten Recherchezeit wird, quasi nebenbei, das Themengebiet inhaltlich immer tiefer durchdrungen. Während in der zweiten Phase erneut das Themengebiet diskutiert wird, werden die Lernenden immer mehr zu Spezialisten des Unterrichtsthemas. Im Fokus der Diskussion steht zwar die gemeinsame Auswahl der didaktischen Vorgehensweise, jedoch wird hierfür permanent inhaltlich diskutiert. Sicher wissen Sie selbst, wie vielfältig die Sichtweisen unter Pädagoginnen und Pädagogen sind und wie emotional teilweise die Diskussionen zur Entscheidungsfindung unter Lehrkräften ablaufen. In eine vergleichbare Situation gelangen die Lernenden in dieser Phase. Die didaktische Auswahldiskussion ist hier jedoch das Vehikel zur zielgerichteten Inhaltsdiskussion. Während dieser Phase werden fortwährend neue Verknüpfungen erdacht, Zusammenhänge neu betrachtet, bewertet und geordnet. Es wird Stück für Stück tiefer in das Themengebiet vorgedrungen.

Das Phasenschema von Unterricht rückwärts

Phase 1	Sachanalyse (umfassende Recherche)
Phase 2	Didaktische Analyse (diskutieren Sie, welche Möglichkeiten zum Erlernen des Themengebiets vorhanden/sinnvoll sind)
Phase 3	Treffen Sie eine gemeinsame Organisations- und Planungsentscheidung
Phase 4	Überlegen Sie, welche Hilfsmittel Sie benötigen, welche Medien, welche Zeichnungen und Skizzen
Phase 5	Der Unterricht (Durchführung des Unterrichts)

In der 3. Phase müssen die Lernenden nun eine Planungs- und Organisationsentscheidung treffen. Hier soll ein minutiöser Unterrichtsablauf erdacht werden. In der Phase 4 soll dann das erforderliche Unterrichtsmaterial entwickelt werden. So werden die Lernenden auf ihre eigenen Lernbiografien zurückgreifen und selbst überlegen, welche

Methoden – also Gewürze – für sie den Unterricht schmackhaft gestalten. Es muss eine Architektur des Unterrichts entworfen werden. Diese Phase ist der kreativste Unterrichtsschritt. Hier kann, um den Entscheidungsprozess zu unterstützen, auch gut weiteres Methodenrepertoire angeboten werden. <<



Literatur

Schewior-Popp S. (2005). Lernsituationen planen und gestalten – Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext. Thieme, Stuttgart.

Checkliste

Leitfragen für die didaktische Analyse

1. Über welche Lernvoraussetzungen, bzw. konkreten Vorkenntnisse müssen die Schüler verfügen, damit sie mit einer gewissen Erfolgswahrscheinlichkeit die mit dem Inhalt verbundenen Aufgabenstellungen bearbeiten können, und wie können Lehrer und Schüler sich einen Überblick über diese Vorkenntnisse und Voraussetzungen verschaffen?
2. Welche Struktur weist der Inhalt auf, welche Handlungs- und Sachlogiken liegen vor? Kann der Inhalt aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden?
3. Welche grundlegenden Frage- und Problemstellungen sind mit dem Inhalt verbunden, und wie können die Schüler auch bei etwaig vorhandenen Lernwiderständen für diese motiviert werden?
4. Bietet der in Aussicht genommene Inhalt Chancen für Transfermöglichkeiten?
5. Können beabsichtigte Lernziele mit Hilfe des in Aussicht genommenen Inhalts erreicht werden, beziehungsweise erschließt der Inhalt neue oder modifizierte Lernziele?
6. Welche Möglichkeiten des Unterrichtsaufbaus, der Sozialform, der Unterrichtskonzepte und Unterrichtsmethoden, Medien und Arbeitsmaterialien sind im Hinblick auf den geplanten Unterricht sinnvoll und notwendig?
7. Welche Möglichkeiten der Ergebnissicherung und des Überprüfens von Lehr-Lern-Erfolgen bieten sich an?

(Quelle: Susanne Schewior-Popp (2005))

Zusammenfassung

„Unterricht rückwärts“ stellt einen sehr potenten Methodenansatz dar, um etwa die Sichtweise und Perspektive der Lehrenden zu verdeutlichen und erfahrbar zu machen. Die Lernenden werden selbst zu Lehrenden und können so in vielfältiger Weise Rezepte für einen schmackhaften Unterricht entwickeln. Die Methode ist einsetzbar, um Lernende verschiedener Leistungsstände miteinander in Kontakt zu bringen, etwa so, dass der Oberkurs den Unterkurs unterrichtet. Viel Spaß beim Kosten dieses pädagogischen Gewürzes.

Schlüsselwörter: *Kompetenzen, Konstruktivismus, Lernziele, Methodenansatz, Unterrichtsmethoden, Unterrichtsvorbereitung*

Autorenkontakt

Florian Fischbock, Dipl. Pflegepädagoge und Bildungsmanager, M.A. (Bildungsmanagement, organization studies) und Doktorand (rer.biol.hum.). Er ist Schulleiter der Schule für Operationstechnische und Anästhesietechnische Assistenz und Leiter der Fort- und Weiterbildungen an der Medizinischen Hochschule Hannover, außerdem Vorstand DBVSA e.V.
Kontakt: fischbock.florian@mh-hannover.de

Gröhe will Antibiotika-Resistenzen entschlossen bekämpfen Förderschwerpunkt „Antibiotika-Resistenzen und nosokomiale Infektionen“ startet

Mit rund 4 Millionen Euro fördert das Bundesministerium für Gesundheit sieben Projekte im Förderschwerpunkt „Antibiotika-Resistenzen und nosokomiale Infektionen“. Die Forschungsprojekte sollen dazu beitragen, „das Wissen um den richtigen Umgang mit Antibiotika zu verbreitern und neue Maßnahmen zur Vermeidung von Resistenzbildungen zu erforschen“, so Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Es könne niemanden kalt lassen, dass weltweit immer mehr Menschen an Keimen sterben, die gegen Antibiotika resistent sind. Antibiotika-Resistenzen müssten national und international entschlossen bekämpft werden.

Wer Antibiotika sachgerecht anwenden will, braucht Kenntnisse über den Umgang damit und über die Ursachen von Resistenzen. Daher befasst sich ein Forschungsprojekt mit einem Förder-volumen von ca. 1 Million Euro damit, wie die Bevölkerung besser informiert werden kann. Weitere Forschungspro-

jekte werden sich der Frage widmen, welche Maßnahmen zur Vermeidung von Antibiotika-Resistenzen am sinnvollsten sind. Dabei werden bestehen-



Foto: © BMG/Jochen Zick (action press)

de Maßnahmen wie Fortbildungen, Hygienevorschriften oder die Bildung von regionalen Netzwerken überprüft und neue Maßnahmen untersucht, bevor diese breiter eingesetzt werden. Die Förderung läuft über drei Jahre.

Der Förderschwerpunkt „Antibiotika-Resistenzen und nosokomiale Infektionen“ dient der Umsetzung der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie

„DART 2020“, die gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und den Bundesministerien für Ernährung und Landwirtschaft sowie Bildung und For-

schung entwickelt wurde. Sie sieht Maßnahmen vor, um Resistenzen frühzeitig zu erkennen, Therapieoptionen zu erhalten und zu verbessern, Infektionen zu vermeiden und Infektionsketten frühzeitig zu unterbrechen. Zudem soll das Bewusstsein der Bevölkerung für das Thema verbessert, die Kompetenzen des medizinischen Personals gestärkt und Forschung und Entwicklung unterstützt werden. Da ein wechselseitiger Einfluss durch den Einsatz

gleicher Antibiotika bei Menschen und Tieren auf die Resistenzentwicklung besteht, verfolgen alle Ziele der DART 2020 den so genannten „One Health Ansatz“ – neben der Humanmedizin werden auch die Landwirtschaft und die Forschung betrachtet.

www.bundesgesundheitsministerium.de/antibiotika-resistenzen

Präzisionsmedizin in der gesetzlichen Krankenversicherung Forschungsprojekt mit 1,5 Millionen Euro gefördert

Welchen Einfluss haben pharmakogenetische Faktoren auf die Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteltherapien? Das untersuchen Wissenschaftler des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeinsam mit der Arbeitsgruppe „Pharmakoepidemiologie“ am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) und in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse. Das Forschungsprojekt „Einfluss metabolischer Profile auf die Arzneimitteltherapiesicherheit in der Routineversorgung“ (EMPAR) wird mit Mitteln des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert. Untersucht wird inwieweit die genetische Veranlagung dazu beiträgt, wie Patienten auf ein

Arzneimittel reagieren. Die Einbindung patientenindividueller genetischer Profile in die Therapie und medizinische Versorgung wird als Präzisionsmedizin (engl. precision medicine) bezeichnet.

Die Genetik beeinflusst den Abbau von Arzneimitteln im Körper. So genannte Ultraschnell-Metabolisierer bauen Wirkstoffe in Arzneimitteln deutlich schneller ab als die meisten Menschen. Damit steigt das Risiko, dass bei ihnen bestimmte Nebenwirkungen auftreten oder die therapeutische Wirkung ausbleibt. Im Gegensatz dazu bauen die so genannten schlechten Metabolisierer Wirkstoffe langsamer ab. Auch das kann aufgrund hoher Wirkspiegel bei normaler Dosis zu Nebenwirkungen führen.

„EMPAR“ ist auf drei Jahre angelegt und untersucht, ob die genetischen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen der GKV erkennbar sind. So ist denkbar, dass Langsam-Metabolisierer auf Grund ihrer Erfahrungen mit der Verträglichkeit und Wirksamkeit von Therapien andere Leistungen in Anspruch nehmen als Schnell-Metabolisierer.

www.dzne.de

Immunsystem mit Zeitschaltuhr

Wie bei Virusinfektionen die Abwehr wieder gebremst wird

Wissenschaftler vom Deutschen Krebsforschungszentrum und vom Universitätsklinikum Heidelberg entdeckten einen bislang unbekanntem Rückkopplungsmechanismus des menschlichen Immunsystems. Er zeigt, wie das angeborene Immunsystem bei einer Virusinfektion schnell aktiviert, aber nach einigen Stunden auch wieder langsam gebremst wird. So wird eine überschießende Immunreaktion mit Zellschäden verhindert. Ein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen einer chronischen Hepatitis-C-Infektion und der Entstehung von Leberkrebs?

Infizieren Viren, z.B. Influenza („Grippe“)- oder Hepatitis-C-Viren, eine Zelle, reagiert das angeborene Immunsystem des Menschen sofort: Es schüttet Botenstoffe aus, die umliegende Zellen warnen, eine Entzündungsreaktion auslösen und das erworbene Immunsystem aktivieren. Heidelberger Wissenschaftler in der Arbeitsgruppe um Dr. Marco Binder haben jetzt einen Mechanismus entdeckt, der diese Abwehrkaskade wieder bremst und damit langfristig Zellschäden und möglichen Autoimmunerkrankungen vorbeugt: Ein Sensor für Infektionen mit so genannten RNA-Viren ist der Rezeptor RIG-I (retinoic acid inducible

gene I), der das Erbgut der Viren an seiner speziellen Struktur erkennt, bindet und dann Abwehrreaktionen auslöst. Etwa acht Stunden nach der Infektion aktiviert RIG-I auch seinen eigenen Gegenspieler: DAPK1 (death associated protein kinase 1), ein schon länger bekanntes Enzym, das destruktiv wirkt. Das Enzym inaktiviert RIG-I, so dass es RNA-Viren nicht mehr erkennen kann. Die Abwehr wird gebremst. Der Regulationsmechanismus verfügt quasi über eine Art Zeitschaltuhr, die dafür sorgt, dass RIG-I zunächst ungebremst die Verteidigung gegen die Viren vorantreiben kann, das antivirale Abwehrprogramm dann aber wieder abgebremst wird. Diese Korrelation hängt ursächlich zusammen wie Dr. Marco Binder erläutert. Ohne eine solche Gegenregulation des Körpers würde es zu einer überschießenden Ausschüttung von Botenstoffen der angeborenen Immunabwehr kommen, was zellschädigende Entzündungen und langfristig Autoimmunerkrankungen auslösen kann.

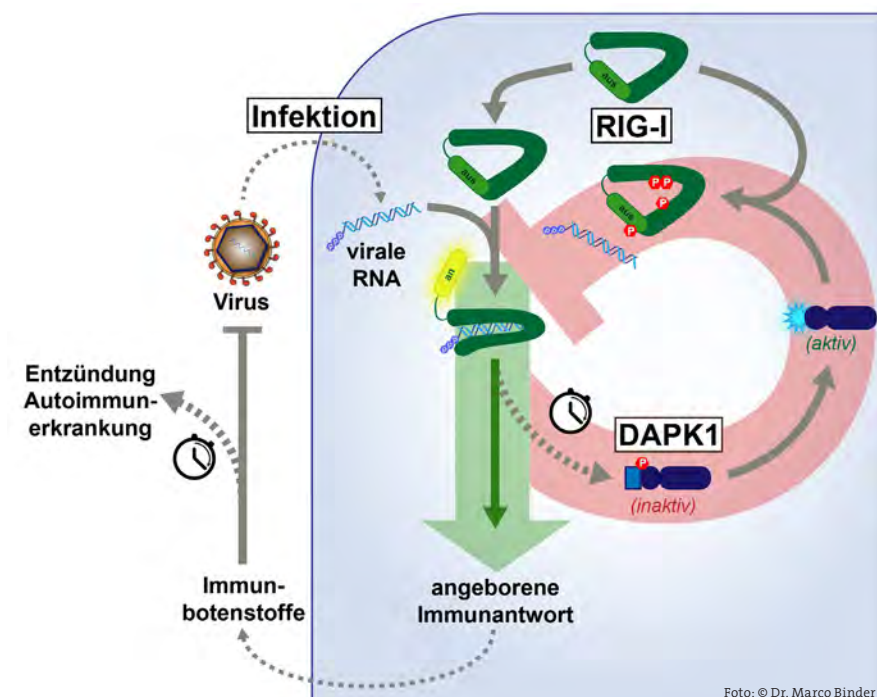
Hepatitis C-Infektion und Leberkrebs

Die neuen Erkenntnisse könnten einen Hinweis darauf geben, warum eine

chronische Infektion mit Hepatitis C-Viren bei einigen Patienten zu Leberkrebs führt. Hepatitis C-Viren gelingt es, die körpereigene Abwehr zu überlisten und sich dauerhaft in Leberzellen einzunisten. Der Sensor RIG-I bleibt dabei fortwährend aktiv und könnte auf diese Weise auch DAPK1 permanent aktivieren. „Aktuelle Studien zeigen, dass bei bestimmten sehr aggressiven Tumoren eine Aktivierung von DAPK1 das Tumorstadium massiv fördert“, so Dr. Marco Binder. „Wenn bei einer chronischen Hepatitis C-Infektion die ständige, latente Aktivierung von DAPK1 mit bestimmten genetischen Defekten zusammentrifft, ist das, als ob man Öl ins Feuer gießt.“ In Zukunft wollen die Forscher die Frage klären, ob beispielsweise ein Zusammenhang mit einem Defekt im p53-Gen besteht, das als „Wächter des Genoms“ wichtig für die DNA-Reparatur ist.

Die Forschungsergebnisse wurden in der Zeitschrift „Molecular Cell“ veröffentlicht. Weitere Informationen unter www.dkfz.de/de/virus-assoziierte-karzinogenese/groups/AGBinder/index.html

www.dkfz.de



Beginn und Ende einer Immunreaktion: Der Rezeptor RIG-I erkennt die Erbinformation von Viren, die z. B. Hepatitis C, Influenza oder auch Tollwut auslösen, an ihrem Doppelstrang und ihrem spezifischen Ende. RIG-I (grüne „Klammer“) bindet an die Virus-RNA und führt zur Ausschüttung von antiviral wirksamen immunologischen Botenstoffen (grüner Pfeil). Diese Stoffe hemmen effizient die Ausbreitung der Viren und aktivieren das erworbene Immunsystem als zweite Verteidigungslinie. Mit Zeitverzögerung und über noch ungeklärte Zwischenschritte (gepunktete Linie) wird auf diese Weise auch das Enzym DAPK1 aktiviert, indem eine Phosphatgruppe (weißes „P“ im roten Kreis) von ihm entfernt wird. Das aktive DAPK1 bindet Phosphatgruppen an RIG-I, legt den Rezeptor damit still und verhindert auf diese Weise, dass es zu einer überschießenden Immunreaktion kommt, die mit zellschädigenden Entzündungsreaktionen bis hin zu Autoimmunerkrankungen einherginge.

Die Zeit heilt nicht alle Wunden

Chronische Wunden sind meist Symptom einer Grunderkrankung. Um mit der richtigen Diagnose und der entsprechenden Therapie eine Besserung zu erreichen, sind häufig der Blick in die Tiefe und die interdisziplinäre Zusammenarbeit nötig.

Ein Risikofaktor für nicht heilende Wunden sei das Alter, so Prof. Dr. Sabine Eming, Köln, bei der 25. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie in München. Deshalb sei es wichtig, aus der Altersmedizin zu lernen. Bei einer chronischen Wunde liege meist eine Kombination aus Lokalfaktoren und Systemerkrankung vor. Werde letztere nicht berücksichtigt, könne die Wunde wahrscheinlich nicht heilen. „Bevor Sie eine Wunde als therapieresistent einstufen, ist es ganz wesentlich, dass der Hautarzt eine weiterführende Diagnostik gemacht haben, insbesondere mit den Kollegen der angrenzenden Fachbereiche“, mahnte die Dermatologin.

Zwei Dritteln der chronischen Wunden liegt ein *Ulcus cruris venosum* zugrunde. Wenn die insuffizienten Venenabschnitte jedoch nicht beseitigt oder kontinuierlich komprimiert würden, werde diese Wunde nicht abheilen, so Eming. Das gleiche Schicksal drohe Patienten mit PAVK, wenn keine Gefäßdiagnostik erfolge. Ebenso sei bei Diabetikern neben der Entlastung die Zusammenarbeit mit dem Diabetologen nötig.

Personalisierte Wundversorgung einleiten

Dass es auch bei diesen Patienten zur Abheilung kommen kann, belegen mittlerweile aussagekräftige Studien. Allerdings sei es bei den 10–15% der Patienten mit *Ulcus cruris venosum*, die sich laut einer Metaanalyse von O'Meara letztlich als therapieresistent darstellen, ganz wichtig, so Eming, nachzuforschen, welche zusätzlichen Faktoren möglicherweise eine Rolle spielten, um eine personalisierte Wundversorgung einleiten zu können.

Anhand dreier Fallbeispiele stellte die Dermatologin seltene Ursachen nicht heilender Wunden vor und betonte, dass gerade hier in der Tiefe nachgeforscht

und interdisziplinär gearbeitet werden müsse. Rezidivierende, schmerzhaft Ulzerationen in der Malleolarregion bei einer 78-Jährigen mit anfallsartigen, hochentzündlichen Episoden, Atrophie blanche, Faktor-V-Leiden-Mutation und früherer Thrombose ließen bei der histologischen Diagnostik Mikrothromben erkennen und entpuppten sich als Livedovaskulopathie. Unter Immunglobulinen und einer intensiven Lokalthherapie kam es zu stabiler Besserung. Im zweiten Beispiel ergab die Knochenmarkbiopsie ein B-Zell-Immunozytom, was letztlich zur Diagnose Livedovaskulopathie bei Morbus Waldenström führte. Mit Rituximab und Cyclophosphamid kam es zu deutlicher Abheilung. Und bei einer dritten Patientin mit prätibialer, erythematöser, atropher Plaque und Ulzeration wurde eine *Necrobiosis lipoidica* diagnostiziert, die auf intensive Lokalthherapie und systemisches Prednisolon und Azathioprin ansprach.

Frage nach übergeordneten Mechanismen

Was all diesen Patienten gemeinsam war, war das höhere Lebensalter. Da es als Risikofaktor für Regeneration und Reparatur gilt, stellt sich die Frage nach übergeordneten Pathogenitätsmechanismen und inwieweit Erkenntnisse über Alterungsprozesse für die Haut genutzt werden können. Interessante Zusammenhänge haben sich im Hinblick auf inflammatorische Signalketten und Typ-2-Immunität gezeigt. Auf die Frage, ob wir altersassoziierten Hauterkrankungen vorbeugen können, scheint der TOR-Signalweg mit Antworten aufzuwarten. Rapamycin und Metformin wirken offenbar als Inhibitoren in dieser wichtigen Signalkaskade.

Hinter den Studien steckt die Idee, nicht mehr einzelne altersassoziierte Erkrankungen zu therapieren, sondern übergeordnete Altersprozesse anzuge-

hen. Das Fazit von Eming lautet: „Die Zeit heilt sicherlich nicht alle Wunden. Deshalb brauchen wir neue Ansätze. Wir wissen, dass die Anreicherung alter Zellen zu chronischen Entzündungen und Fibrosen sowie gestörter Wundheilung führt. Wahrscheinlich gehen wir diese Prozesse mit den derzeitigen Therapien zum Teil ohnehin schon an. Ein Ausblick wäre, dass wir vielleicht irgendwann diesen wichtigen TOR-Signalweg lokal modulieren oder auch hier in Immunreaktionen eingreifen können.“ <<(cs)

Quelle:

25. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie, München 2016 (www.fortbildungswoche.de)

Neue Männer vereinbaren Pflege und Beruf

Bis heute ist der Anteil pflegender Männer, sowohl in der professionellen als auch in der häuslichen Pflege, deutlich geringer als der Anteil der weiblichen Pflegenden. Dennoch liegt der Anteil der Männer, die zuhause pflegen, mittlerweile bei einem Drittel. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, wie berufstätige Männer, die in die häusliche Pflege eines Angehörigen eingebunden sind, ihre Pflegearrangements gestalten und welches Pflegeverhalten sie aufweisen.

Die Thematik ist vor allem vor dem Hintergrund interessant, dass die Zahl der informell pflegenden Personen (insbesondere Männer), die Pflege und Beruf vereinbaren müssen, kontinuierlich steigt. Weitere Relevanz ergibt sich aus der Tatsache, dass die Studienlage zum Thema „Pflegeverhalten von häuslich pflegenden Männern“ sehr übersichtlich ist.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wählte E. C. Dosch von der Universität Vechta eine qualitative Methode aus. Insgesamt wurden für die Studie 30 biografisch-narrative Interviews ausgewertet, wobei die Ergebnisse bzw. die hier vorgestellte (Teil-) Studie nur auf einer Teilauswertung beruhen, die sich auf die Auswertung von 18 Interviews begründet. Der Altersdurchschnitt der Interviewpartner, die sich alle im erwerbsfähigen Alter befanden, betrug 53,7 Jahre. Bei der Auswahl und Rekrutierung der Interviewpartner handelte es sich um eine Gelegenheitsstichprobe: Die Interviewpartner wurden durch Pflegedienste, Beratungsstellen und einen Internetaufruf akquiriert. Die Probanden gingen hauptsächlich einer Erwerbstätigkeit in Vollzeit (n=11) oder in Teilzeit (n=6) nach. Ein Interviewpartner befand sich zur Zeit der Datenerhebung

in Ausbildung. Weitere Einschlusskriterien waren: Die Männer stuften sich selbst als „Hauptpflegeperson“ ein und die zu betreuende Person hatte mindestens Pflegestufe 1. Die Interviews dauerten zwischen 60 und 180 Minuten. Die Auswahl der Interviews erfolgte durch die Theoretical-Sampling-Strategie.

Nachdem die Interviews transkribiert wurden und mithilfe eines typologischen Verfahrens – nach Kelle und Kluge – in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse mit MAXQDA ausgewertet wurden, konnten vier Typen zur Pflegeetätigkeit bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf häuslich pflegender Männer identifiziert werden:

- Der organisierende Typ
- Der supplementäre Typ
- Der vorwiegend solitäre Typ
- Der solitäre Typ.

Während der organisierende Typ vorrangig indirekte Pflege leistet und körpernahe Aufgaben delegiert, sich dadurch gut von den Pflegesituationen abgrenzen kann und dennoch emotional an der Pflege beteiligt ist, führt der supplementäre Typ sowohl direkte als auch indirekte Pflegeaufgaben (hauptsächlich zur Sicherstellung seiner Berufstätigkeit) durch. Durch diesen Pflegestil ist der supplementäre Typ stark in

die Pflege involviert – eine Distanz zur Pflegesituation kann nur schwer hergestellt werden. Auch der solitäre Typ ist intensiv in die Pflegeetätigkeit eingebunden, muss aber gleichzeitig seiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Im Gegensatz zum supplementären Typ führt der solitäre Typ direkte und indirekte Pflegeetätigkeiten völlig eigenständig durch. Der vorwiegend solitäre Typ stellt die häusliche Versorgung überwiegend selbst sicher. Gelegentlich beansprucht der vorwiegend solitäre Typ informelle Hilfen. Durch diesen Pflegestil kann sich auch der vorwiegend solitäre Typ gut von den Pflegesituationen abgrenzen.

Allen, in dieser Studie identifizierten Pflegeetypen, ist gemein, dass sie die Pflegeetätigkeit häufig als „Fortsetzung oder Erweiterung der Berufstätigkeit“ ansehen und insgesamt typenübergreifend eine starke Berufsorientierung vorherrscht. <<

Quelle:

Dosch E.C. (2016). *Neue Männer braucht das Land. Männer vereinbaren Pflege und Beruf. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2016; 49: 679-684.

Kommentar

Die vorliegende Studie befasst sich mit einem sehr aktuellen und relevanten Thema. Die explorative und induktive Herangehensweise ist durch die dürftige Studienlage gut nachvollziehbar. Auch die gezielte Auswahl der Interviewpartner stellt keinen Qualitätsverlust der Studie dar. Es wird allerdings für den Leser nicht ersichtlich, warum für die vorliegende Studie nur 18 Interviews ausgewertet wurden bzw. wann die restlichen zwölf Interviews ausgewertet werden und dann eine Gesamtauswertung zur Verfügung steht. Die Teilergebnisse wurden klar dargestellt und in Beziehung zu bisherigen Studienergebnissen gesetzt. Es wäre interessant gewesen, ob die Forscher nach der Einführung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes noch weitere Pflegeetypen identifiziert hätten. Diese Frage könnte man beispielsweise mit einer anschließenden quantitativen und theorieprüfenden Forschungsarbeit beantworten.

Autorenkontakt:

Referiert und kommentiert von **Oliver Ludwig**, examiniertem Gesundheits- und Krankenpfleger und Diplom-pflegepädagogen
Kontakt: oliver_ludwig@gmx.de

Delirium verstärkt den Abbau durch Demenz multiplikativ

Altersbedingte Einschränkungen, demenzielle Prozesse und durchgemachte Delirien tragen zum kognitiven Abbau hochbetagter Patienten bei. Die Interaktion zwischen Demenz und Delirium ist dabei nicht additiv, sondern multiplikativ.

Klassische pathologische Prozesse, wie sie etwa bei Morbus Alzheimer, zerebrovaskulären Veränderungen oder der Lewy-Körper-Demenz zu finden sind, erklären die zu beobachtenden klinischen Bilder zumal bei Hochbetagten nur unzureichend. So kann eine klinische Demenz ausbleiben, obwohl das Gehirn erhebliche morphologische Merkmale in dieser Richtung aufweist. Und umgekehrt können Menschen dement werden, ohne dass dies beispielsweise durch die Amyloidbelastung hinreichend erklärt würde. Ein mögliches Bindeglied könnten durchgemachte Delirien sein. Von dieser akuten Dysfunktion des Gehirns sind Schätzungen zufolge rund 20% der älteren stationär behandelten Patienten betroffen. Es gibt Hinweise, wonach delirante Episoden den Beginn einer Demenz anzeigen und einen bestehenden geistigen Verfall beschleunigen können.

Daten von drei Kohortenstudien

Eine Forschergruppe um den Epidemiologen und Geriater Daniel Davis vom University College London hat den Einfluss von Delirien auf den kognitiven Abbau anhand der Daten dreier Kohortenstudien mit insgesamt knapp 1.000 Patienten untersucht. Die Studienteilnehmer waren zu Studienbeginn und danach über sechs Jahre hinweg bis zu ihrem Tod im Alter von durchschnittlich 90 Jahren einem Test per Mini-Mental State Examination (Mittelwert zu Beginn: 24,7 von maximal 30 Punkten) unterzogen worden. Nach ihrem Tod wurden ihre Gehirne neuropathologisch untersucht und die Befunde zur kognitiven Entwicklung in Beziehung gesetzt. Das Vorhandensein von neuropathologischen Markern wie Neurofibrillen, Amyloidplaques, Infarktarenalen oder Lewy-Körperchen war je nach Ausprä-

gung mit einem im Vergleich zu Personen ohne diese Merkmale um 0,7 bis 4,4 Punkte niedrigeren MMSE-Score verbunden. Zur altersbedingten Basisrate des Abbaus von 0,35 Punkten pro Jahr in der MMSE fügten pathologische Merkmale weitere 0,39 Punkte hinzu. Lag ein Delirium in der Anamnese vor, hatte dies einen im Mittel um 2,8 Punkte niedrigeren MMSE-Ausgangswert zur Folge. Der jährliche kognitive Abbau lag um 0,37 Punkte über der Basisrate, das Minus betrug in der Summe 0,72 Punkte.

Supraadditive Interaktion von Delir und Demenz

Die Effekte von Deliriumsdiagnose und pathologischen Veränderungen addierten sich nicht nur, sondern führten zu einem zusätzlichen Interaktionseffekt von 0,16 Punkten jährlichen Rückgangs in der MMSE. Zusammen mit dem altersabhängigen Basiswert ergab sich daraus ein Gesamtabbau von 1,27 MMSE-Punkten pro Jahr.

„Ein Delirium bei vorhandenen demenzpathologischen Veränderungen ist mit einer Beschleunigung des kognitiven Abbaus verbunden, die über die jeweils zu erwartenden Einzeleffekte hinausgeht“, schreiben Davis und Kollegen zusammenfassend. Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, wonach sich ein Delirium unabhängig und multiplikativ auf den pathologischen Prozess der Demenz auswirke. (rb) <<

Quelle:

Davis DHJ et al. Association of Delirium With Cognitive Decline in Late Life. A Neuropathologic Study of 3 Population-Based Cohort Studies. *JAMA Psychiatry*, online 18. Januar 2017; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3423

Auf die Bedürfnisse Demenzkranker eingehen

Mit einer Arbeitshilfe, basierend auf Erkenntnissen aus der Literatur aber auch auf Befragungen, sollen Mitarbeiter in Kliniken und Alteinrichtungen die Bedürfnisse Demenzkranker besser erkennen und ihnen begegnen können.

Über schwer Demenzkranke, die sich kaum noch artikulieren und bewegen können, herrsche zum Teil noch immer die Auffassung, es seien „leere Hüllen“ oder gar „lebende Leichen“, erläuterte Prof. Dr. Klaus Maria Perrar vom Zentrum für Palliativmedizin der Universität Köln auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Mannheim. Dass dies definitiv nicht der Fall ist und schwer demenzkranke Personen über die Nahrungszufuhr und -ausscheidung hinaus komplexe Bedürfnisse haben, wurde nicht zuletzt anhand eines vom Bundesforschungsministerium geförderten Projekts deutlich.

Feldforschung in Pflegeheimen

Für das Projekt haben Mitarbeiter der Uniklinik systematisch in der Literatur nach Erkenntnissen über die Bedürfnisse und Verhaltensweisen schwer Demenzkranker gefahndet. Sie fanden insgesamt zehn geeignete Publikationen zu dem Thema. Keine einzige davon stammte jedoch aus Deutschland, erläuterte der Gerontopsychiater. Zusätzliche Erkenntnisse versprachen sich die Ärzte daher von Feldforschungen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Mitarbeiter der Uniklinik suchten sechs solcher Einrichtungen auf, beobachteten dort schwer Demenzkranke und sprachen mit Mitarbeitern sowie Angehörigen.

Menschen mit schwerer Demenz haben danach weiterhin den Wunsch nach Zuwendung, wollen angesprochen und wahrgenommen werden, benötigen Reize in ihrer Umgebung, wollen sich mit etwas beschäftigen, mit anderen Menschen zusammen sein und ihre Emotionen sowie ihren eigenen Willen ausdrücken.

Patienten reagieren positiv auf gewohnte Situationen

Perrar erläuterte dies am Bedürfnis nach Vertrautheit. In der Regel reagieren Demenzkranke positiv auf gewohnte Situationen und Personen, etwa, wenn diese sie anlächeln und Blickkontakt aufnehmen. Teilweise lassen sie Pflegehandlungen nur von bestimmten Personen zu. Auf unbekannte Personen und Situationen reagieren sie dagegen oft mit Angst, Unbehagen, Anspannung, Schreien und verzerrter Mimik. Entsprechend können ein veränderter Tagesablauf oder Ausflüge zu unbekanntem Orten das Unbehagen steigern, sagte der Palliativexperte.

Aus dem Bedürfnis „Vertrautheit“ ergeben sich daher einige Handlungsoptionen. So sollte sich ein möglichst gleich bleibender Personenkreis um den jeweiligen Demenzkranken kümmern. Auch sei es von Vorteil, wenn Betreuer und Demenzkranke genug Zeit hätten, einander kennenzulernen. Ein reger Mitarbeiterwechsel ist dem Wohlbefinden eher abträglich.

„Biografiekästen“ am Zimmereingang

Pflegeeinrichtungen sollten zudem die Vertrautheit mit der eigenen Person stärken. Möglich sei dies etwa durch eine ritualisierte Ansprache der Bewohner mit Vor- und Nachnamen, durch die Erwähnung relevanter Lebensthemen, Hobbys, Familie und Beruf, aber auch durch „Biografiekästen“ am Zimmereingang. Solche Kästen könnten Fotos enthalten oder andere biografisch relevante Gegenstände, die es den Bewohnern erleichtern, sich zu orientieren und ihre eigene Person wiederzuerkennen. In ähnlicher Weise listet die Arbeitshilfe andere Bedürfnisse wie Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Vermeidung von

Schmerzen, Kleidung, Sinneswahrnehmungen, Ruhe und Schlaf auf.

Der beste Leitfaden nützt jedoch nichts, wenn er in der Praxis keine Beachtung findet. Deshalb ist in einem gerade laufenden Folgeprojekt geplant, die Arbeitshilfe im Pflegealltag zu implementieren, ihre Praxistauglichkeit festzustellen und sie auf die ambulante Altenhilfe auszudehnen, sagte Perrar. Auch soll ihre Auswirkung auf die Lebensqualität von Demenzkranken und die Arbeit der Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen evaluiert werden. (tm) <<

Quelle:

DGN-Kongress 2016, Mannheim, Palliativmedizin in der Neurologie. Klaus Maria Perrar: *Bedürfnisse am Lebensende von Menschen mit schwerer Demenz.*

Nachlesen lassen sich die Resultate in der rund 80-seitigen „Arbeitshilfe für die Versorgungspraxis der stationären Altenhilfe“ auf:

<http://palliativzentrum.uk-koeln.de>

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Regina Becker

Beratung als pflegerische Aufgabe

Arbeitsmaterialien für Unterricht und Praxis

2017. 264 Seiten, 64 Abb., 28 Tab. Kart. € 32,-
ISBN 978-3-17-021170-4

auch als
EBOOK

Das vorliegende Buch ist eine Sammlung von Arbeitsblättern, kurzen Texten und Fallbeispielen zur „Beratung als pflegerische Aufgabe“. Es ist eine praxisnahe Einführung in das Thema und bietet einen Überblick zu den Unterrichtsinhalten in der Pflegeausbildung. Anhand eines in der Praxis erprobten Curriculums an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule werden bedeutsame Inhalte überschaubar präsentiert. Sie werden durch fachlich relevante Beiträge erweitert. Mit dieser Darstellung wird die komplexe Tätigkeit von Pflegekräften deutlich. Durch die zahlreichen Arbeitsblätter wird ein verständlicher und strukturierter Einblick in verschiedene Anleitungs- und Beratungskonzepte gegeben. Beratungssituationen werden anhand von Fallbeispielen systematisch ausgearbeitet, um eine Orientierung für die Praxis anzubieten. Dabei wird die Planung, Strukturierung, Durchführung, Beschreibung, Evaluation, Dokumentation und Reflexion von Beratungstätigkeiten in der Pflege praxisnah aufgezeigt. Das Buch bietet eine fachlich fundierte Quelle für Unterrichtseinheiten in der Pflegeausbildung. Zugleich ermöglicht es Pflegekräften aus der Praxis eine selbstorganisierte Fortbildung.



Theo Kienzle

Das Recht in der Heilerziehungs- und Altenpflege

Lehrbuch für die Aus- und Weiterbildung

8., überarbeitete Auflage 2017
341 Seiten, 15 Abb., 4 Tab. Kart. € 25,-
ISBN 978-3-17-031208-1

auch als
EBOOK

Die 8., überarbeitete Auflage dieses Werks setzt dessen bewährte Konzeption fort. Sie gibt eine sachliche und fundierte Übersicht über alle wesentlichen Grundlagen für die tägliche Betreuung in der Altenpflege, Behindertenhilfe und Psychiatrie. Mit zahlreichen Fallbeispielen aus der Praxis. In der 8. Auflage wird die Problematik der Delegationsfähigkeit von Tätigkeiten aktualisiert, zusätzlich werden in gewohnter Weise die aktuellen Änderungen im Betreuungs-, Haftungs- und Arbeitsrecht sowie die Änderungen im Sozialrecht und im Heimrecht berücksichtigt. Selbst die Neuregelung der „Beihilfe zum Suizid“ wurde einbezogen.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

> Transfer branchenspezifischer Lösungen

Mit Kompetenzentwicklung dem Fachkräftemangel trotzen

SABINE M. KEMPA

Was haben Pflege, Handwerk und Landwirtschaft gemeinsam? Sie leiden schon heute massiv unter einem Mangel an Fachkräften. Vorhandene Kompetenzen zu nutzen, stetig zu entwickeln und an veränderte Anforderungen anzupassen, wird immer wichtiger. Mit Förderung des BMBF erarbeiten Wissenschaftler und Praxispartner in Verbundprojekten aus insgesamt fünf Sektoren branchenspezifische Konzepte. Ein gangbarer Weg auch für andere?



Foto: Visionsi/Fotolia



Foto: leno2010/Fotolia



Foto: Comstock/Stockbyte/Getty Images

Was in einigen Branchen noch ein Zukunftsthema vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist, ist in anderen heute bereits Realität: es gibt zu wenige qualifizierte Fachkräfte, um den vorhandenen Bedarf zu decken. Der Arbeitsmarkt ist „wie leergefegt“. Eine Situation, die sich in den kommenden Jahren noch verschärfen wird. Aktive Fachkräftesicherung, d.h. Mitarbeiter im Unternehmen zu halten und die verfügbaren Personalressourcen optimal zu nutzen, wird somit immer wichtiger. Dabei ist es nicht allein die Pflege, die diese Entwicklung – neben anderen Trends – vor enorme Herausforderungen stellt. Betriebe in anderen relevanten Branchen sind gleichermaßen betroffen. Was liegt also näher, als sich auszutauschen und voneinander zu lernen?

Im Rahmen des Programms „Zukunft der Arbeit“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) sind im Förderschwerpunkt „Betriebliches Kompetenzmanagement im demografischen Wandel“ fünf Projekte aus den Wirtschaftsbereichen Pflege, Landwirtschaft, Sozialwirtschaft, Handwerk und

Tourismus zu einer Fokusgruppe zusammen gefasst. Sie entwickeln branchenspezifische Lösungen, die auch für andere Wirtschaftsbereiche Potenzial bieten können.

Trends in dynamischen Arbeitswelten

In den sich rasant verändernden Arbeitsumfeldern entstehen stetig neue Anforderungen an Unternehmen und Mitarbeiter. Neben dem Fachkräftemangel sind die Digitalisierung, eine verstärkte Dienstleistungsorientierung und die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund Entwicklungen, die Veränderung und neue Kompetenzen erfordern.

Kompetenzentwicklung muss sowohl auf betrieblicher als auch auf individueller Ebene erfolgen. Ein wichtiger Aspekt ist, dass sie nah an der branchenspezifischen und betrieblichen Praxis stattfindet. So sollten Maßnahmen zum Kompetenzerwerb in den normalen Arbeitsprozess integriert werden können. Ein guter Ansatz gerade auch

für kleinere Unternehmen, denen es oft nur schwer möglich ist, Mitarbeiter für die Fort- und Weiterbildung freizustellen. Bei den hier vorgestellten Projekten reicht die Bandbreite der entwickelten Instrumente von „Tandem“-Lösungen, bei denen Mitarbeiter im Zweier-Team themen- und situationsabhängig Wissen an Kollegen vermitteln über Workshops für Führungskräfte bis hin zu digitalen Management-Tools.

AKiP – aktiv lernen im Pflegealltag

Die Pflege ist in allen Sektoren – Krankenhaus, ambulante Pflege und stationäre Langzeitpflege – in besonderem Maße mit den Folgen des demografischen Wandels konfrontiert, weil zu wenigen Fachkräften eine stetig steigende Zahl von Pflegebedürftigen gegenüber steht. Zudem ist der Prozentsatz der Pflegenden, die ihre Berufstätigkeit in der Pflege unter- oder abbrechen mit 40 % sehr hoch. Im Projekt „Arbeitsprozess-integrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege“ (AKiP) wer-

den in einem Verbund aus Forschungseinrichtungen und Praxispartnern aller drei Pflegebereiche sektorenspezifische Konzepte entwickelt, um Kompetenzen systematisch aktivieren und weiterentwickeln zu können. Sie zielen darauf ab, Passung herzustellen zwischen geplanten Neuerungen und den spezifischen Bedingungen der jeweiligen Einrichtung sowie darauf, Belastungsfaktoren zu reduzieren. Die Planung und Steuerung von Veränderungsprozessen ist komplex. Führungskräften kommt hierbei eine zentrale Rolle zu. Dazu benötigen sie einerseits besondere Kompetenzen – wie Gestaltungskompetenz – und die Fähigkeit, Prozesse auf der Metaebene zu erfassen und zu reflektieren. Andererseits brauchen sie organisatorische Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, diese Kompetenzen im beruflichen Alltag erfolgreich einzusetzen – beispielsweise passende Rollendefinitionen und Handlungsspielräume.

AKiP setzt darauf, Pflegende im laufenden beruflichen Alltag zu qualifizieren. Damit soll die Akzeptanz von Maßnahmen erhöht und Transferprobleme wie sie in der externen Fort- und Weiterbildung auftreten können, verringert werden. Die untersuchten Innovationsprozesse in den Praxis-Settings im Überblick:

Kompetenzmanagement: Beim Projektpartner Hochtaunus-Kliniken, Homburg vor der Höhe, wurden umfassende Umstrukturierungsmaßnahmen durchgeführt, bei denen Stationen und Teams neu organisiert und Zuständigkeiten, Rollen sowie Arbeitsprozesse und -inhalte neu definiert wurden. Die Ausgestaltung lag in den Händen der Bereichs- und Stationsleitungen, die durch verschiedene Maßnahmen wie Führungskräfte trainings, Leadership-Programm, institutionalisiertem Informationsaustausch (Jour fixe) unterstützt wurden.

Digitalisierung: Im Altenzentrum an der Rosenhöhe, Gesellschaft für diakonische Einrichtungen in Hessen und Nassau, Darmstadt, wurde im Zuge der veränderten Dokumentationsanforderungen durch das PSG II ein neues EDV-Dokumentationssystem eingeführt. Dabei war das relativ kleine Haus (48 Pflegeplätze) Pilotereinrichtung und diente als „Blaupause“ für die anderen Einrichtungen des Trägers. Der Einrichtungsträger

wählte das neue System aus, die Einführung lag in der Verantwortung der Einrichtung- und Pflegedienstleitung des Altenzentrums.

Betriebskultur: Um Mitarbeiter zu gewinnen und zu halten, entwickelte der ambulante Pflegedienst Häusliche Kranken- und Seniorenpflege Thomas Rehbein, Wiesbaden, so genannte „Mütter-Väter-Touren“, um die Arbeitszeiten im Schichtdienst den Bedürfnissen von Pflegenden mit Kindern anzupassen. Die Touren beginnen später und tragen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei.

In-K-Ha – Kompetenznavi für das Handwerk

Digitalisierung, komplexe Systeme, Gewerke-übergreifende Arbeiten und rechtliche Rahmenbedingungen sind Trends im Handwerk, die neue Fach- und Methodenkompetenzen, Sozial- und Selbstkompetenzen erfordern. Arbeitsintegrierte Kompetenzentwicklung, Wissenstransfer beim Ausscheiden älterer Mitarbeiter, Fachkräftesicherung und die gezielte Laufbahn- und Nachfolgeplanung stehen hier auf der Agenda.

Das Projekt „Integrierte Kompetenzentwicklung im Handwerk“ (In-K-Ha) widmet sich dem systematischen Personalmanagement. Im Verbund aus Wissenschaft (TU Braunschweig) und vier wirtschaftlich bedeutsamen Gewerken des Handwerks – Metall, Elektro, Kraftfahrzeugtechnik und Sanitär-Heizung-Klima – wurde das Kompetenz-Navi entwickelt. Dieses digitale Diagnose- und Dokumentations-Tool erleichtert eine systematische Einschätzung vorhandener Kompetenzen im Unternehmen und offenbart Qualifizierungsbedarfe. Mithilfe von Kompetenzprofilen, die jeweils als Selbst- und Fremdeinschätzung angelegt werden können, ist ein Soll-Ist-Ableich für verschiedene Qualifikationsstufen wie auch die Dokumentation der Kompetenzentwicklung möglich. Eine Matrix stellt dies auf Mitarbeiter- und auf Unternehmensebene dar. Die Anwendung ist vor allem für kleine und mittlere Unternehmen spannend, denn sie ermöglicht ihnen ein effizientes und strategisches Personalmanagement. Das ist wichtig für die Wettbewerbsfähigkeit, wie Prof. Dr. Simone Kauffeld, TU Braunschweig, betont. Und sie ver-

weist darauf, dass das Kompetenz-Navi keineswegs nur im Handwerk einsetzbar ist.

AlfaAgrar – Ausländische Arbeitskräfte gefragt

Landflucht und Überalterung ländlicher Regionen, globaler Wettbewerb, steigende Anforderung an die Qualität der produzierten Lebensmittel und zunehmende Technisierung bei gleichzeitigem Fachkräftemangel ist das Spannungsfeld, in dem sich die Landwirtschaft befindet. Das Verbundprojekt AlfaAgrar „Kompetenzmanagement zum Aufbau ausländischer Arbeitskräfte zu Fachkräften in der Landwirtschaft“ setzt auf neue Modelle der Arbeitsorganisation und entwickelt ein altersübergreifendes und integratives Konzept für die Branche. Die Projektverantwortlichen sehen dabei das betriebliche Kompetenzmanagement in einer Schlüsselrolle. Das Konzept umfasst ein Instrument zur Integration ausländischer Fachkräfte, ein Lehrmodul für die landwirtschaftlichen Betriebe und didaktisch aufbereitete Handlungsanweisungen für Betriebsleiter. Der Genossenschaftsgedanke – viele Agrarunternehmen in Sachsen-Anhalt sind in dieser Form organisiert – und Besonderheiten einer integrationsensiblen Unternehmenskultur finden hier Eingang. Dabei ist Integration mehr als die fachliche Einarbeitung. „Die berufliche Integration mit einer längerfristigen Bleibeperspektive für die Menschen und Betriebe wird nur gelingen, wenn auch die Integration außerhalb der Betriebsstore ermöglicht wird. Hier müssen verschiedene Akteure in Betrieb, Regionalverwaltung und Verbänden zusammen arbeiten“, so Bettina Wiener, Geschäftsführerin des Zentrums für Sozialforschung Halle e.V., das die Gesamtkoordination des Projekts übernommen hat.

Bepeso – Kinder und Jugendliche im Fokus

Über zwei Millionen Menschen arbeiten in Deutschland in der Sozialwirtschaft, davon circa 114.000 in Sachsen. Die Kinder- und Jugendhilfe ist Gegenstand des Projekts be/pe/so „Berufswege und Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft“. Denn hier klagen bereits 89% der Organisationen über Fachkräftemangel. Teilzeitbeschäftigung, Auslastungsschwankungen und untertarifli-

che Bezahlung werden als Hemmschuhe genannt. Bis 2025 werden rund 55% der Beschäftigten altersbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Ob die Lücke durch den Nachwuchs geschlossen werden kann, scheint zumindest umstritten. Bepeso entwickelt maßgeschneiderte Instrumente der Personal- und Organisationsentwicklung bei Trägern der Kinder- und Jugendhilfe und anderen Bereichen der Sozialwirtschaft. An der TU Chemnitz entstand ein dreitägiges Weiterbildungskonzept für Führungskräfte. Die Ergebnisse des Verbundprojekts fließen in einen bundesweiten Leitfaden ein, der als „strategischer Werkzeugkasten“ aufgebaut wird und 2018 publiziert werden soll. Koordiniert wird be/pe/so von der Arbeitsgemeinschaft Jugendfreizeitstätten Sachsen e.V. (AGJF).

Webutatio – Reputation im Netz managen

Die Reputation eines Unternehmens gilt betriebswirtschaftlich gesehen als immaterieller Vermögenswert. Sie ist ein Erfolgsfaktor. In Zeiten sozialer Medien ist Reputationsmanagement ein wichtiges Handlungsfeld. Welche Rolle spielen die Mitarbeiter in diesem Kontext?

„In Gesprächen mit unseren Gesprächspartnern fällt immer wieder auf, dass die Reichweite der Thematik unterschätzt und im Geschäftsalltag gerne verdrängt oder herunter priorisiert wird. Im Workshop ist allen Beteiligten klar, dass Handlungsbedarf besteht ...“, fasst Jun.-Prof. Mario Schaarschmidt von der Uni Koblenz die Situation zusammen. Er stellt fest, dass den Unternehmen

oftmals das Bewusstsein dafür fehlt, dass ihre Mitarbeiter in den Sozialen Medien als „Unternehmensbotschafter“ unterwegs sind und entsprechend zur Reputation beitragen, oder eben nicht. Webutatio ist ein Verbundprojekt, das „Erfassung, Aufbau und Stärkung der Reputationskompetenz von Mitarbeitenden im arbeitsprozessintegrierten Umgang mit sozialen Medien“ zum Ziel hat. Die Projektpartner – darunter Unternehmen der Touristikbranche – erarbeiten ein Blended-Learning-Konzept, mit dessen Hilfe proaktives Verhalten auch außerhalb der Firmengrenzen nachhaltig aktiviert werden kann. <<



Literatur

Höhmann U., Lautenschläger M., Schwarz L. (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In Jacobs, Kuhlmei, Greß, Schwinger (Hrsg.) Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Schattauer, Stuttgart. S. 73 – 89.

Höhmann U., Schwarz L., Larsen C., Lauxen O. (2016) Ein theoretischer Begründungsrahmen zur Identifikation übergeordneter Kompetenzanforderungen an pflegerische Führungskräfte in Innovationsprozessen. In Pflege & Gesellschaft, 2016 (03), S. 214 – 228.

Kauffeld, S. (2016) Nachhaltige Personalentwicklung und Weiterbildung. Betriebliche Seminare und Trainings entwickeln, Erfolge messen, Transfer sichern. Springer, Berlin.

Körner A., Kuniß C. (2016) Kann die Kinder- und Jugendhilfe den rasanten Veränderungen standhalten? Ein Blick auf die Beschäftigten in sozialen Organisationen. In CORAX - Fachmagazin für Kinder- und Jugendarbeit in Sachsen. 2016 (2), S. 11 – 12.

Lauxen O., Adami-Burke J., Hagmann K., Schwarz L. (2016) Digitalisierung, Betriebskultur und Kompetenzmanagement in der Pflege. In GfA, Dortmund (Hrsg.) Arbeit in komplexen Systemen. Digital, vernetzt, human?! Dortmund (elektronische Tagungsdokumentation)

Lauxen O., Schwarz L., Adami-Burke J., Hagmann K., Schug E. Gestaltungskompetenz in Innovationsprozessen in der Pflege. In: Kauffeld S., Frerichs F. (Hrsg.) Betriebskultur und Kompetenznutzung. Springer, Berlin (in Vorbereitung)

Volk H. (2016) Mit dem Kompetenz-Navi Klarheit schaffen. In MQ Management und Qualität 2016 (11), S. 5 – 6

Autorenkontakt:

Sabine M. Kempa ist freie Journalistin und Redakteurin mit dem Spezialgebiet Gesundheit und Pflege. Sie ist Mitglied im Deutschen Fachjournalistenverband (DFJV) und mit Kempa-Konzepte im wissenschaftlichen Beirat von AKIP.
Kontakt: sk@kempa-konzepte.de

Die Projekte der BMBF-Fokusgruppe „Betriebskultur und Kompetenzentwicklung“

AKIP Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege

www.akip-projekt.de

Kontakt: Dr. Christa Larsen (c.larsen@em.uni-frankfurt.de)

ALFA AGRAR „Kompetenzmanagement zum Aufbau ausländischer Arbeitskräfte zu Fachkräften der Landwirtschaft“

www.alfa-agrar.de

Kontakt: Bettina Wiener (wiener@zsh.uni-halle.de)

be/pe/so „Berufswegen und Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft“

www.bepeso.de

Kontakt: Carsten Kuniß (kuniss@agjf-sachsen.de)

In-K-Ha „Integrierte Kompetenzentwicklung im Handwerk“

www.in-k-ha.de

Kontakt: Prof. Dr. Simone Kauffeld (s.kauffeld@tu-braunschweig.de)

Webutatio „Erfassung und Stärkung der Reputationskompetenz von Mitarbeitenden im arbeitsprozessintegrierten Umgang mit sozialen Medien“

www.webutatio.de

Kontakt: Jun.-Prof. Dr. Mario Schaarschmidt (mario.schaarschmidt@uni-koblenz.de)

Zusammenfassung

Sich rasant verändernde Arbeitswelten mit stetig neuen Anforderungen, der Fachkräftemangel und die steigende Notwendigkeit, Fachkräftesicherung zu betreiben, betreffen keineswegs ausschließlich die Pflege. Auch in der Sozialwirtschaft, in der Landwirtschaft, im Handwerk und im Tourismus stehen Unternehmen vor diesen Herausforderungen und suchen nach Lösungen. Ein Forschungsschwerpunkt des BMBF fördert Verbundprojekte, die branchenspezifische Konzepte zur Kompetenzentwicklung erarbeiten – mit Potenzial auch für andere Wirtschaftsbereiche.

Schlüsselwörter: *Kompetenzentwicklung, Kompetenzmanagement, Fachkräftemangel, Fachkräftesicherung, Transfer, Pflege, Sozialwirtschaft, Landwirtschaft, Handwerk, Tourismus*

> Erfolgreich studieren

Haus- und Abschlussarbeiten – clever schreiben

JÖRG KLEWER

Bei Projekt- und Abschlussarbeiten ist die Herangehensweise eine andere als bei der Vorbereitung auf Klausuren oder mündliche Prüfungen – insbesondere in berufsbegleitenden Studiengängen. Was dabei zu beachten ist und wie der persönliche Schreibprozess optimiert werden kann, erfahren Sie in diesem Beitrag.



Foto: 512058274/jstock-

Bei langen Nächten helfen: viel Wasser trinken und gutes Licht!

Der Schreibprozess muss angenehm sein! Optimieren Sie daher zuerst Ihren Arbeitsplatz, damit Sie durch Umgebungslärm und klimatische Einflüsse wenig beeinträchtigt werden [1]. Sorgen Sie für eine entspannte Sitzposition, um Kopf- und Rückenschmerzen durch eine ungesunde Körperhaltung zu vermeiden. Außerdem sollten Sie visuelle Störfaktoren reduzieren, beispielsweise Blendungen durch spiegelnde Flächen, Sonneneinstrahlung oder eine schlechte Beleuchtung. Die Beleuchtungsstärke am Arbeitsplatz sollte mindestens 500 Lux betragen, welche meist mit einer kleinen Schreibtischleuchte nicht erreicht wird [3]. Ein zu dunkler Arbeitsplatz kann jedoch zu Konzentrationschwierigkeiten, Kopfschmerzen und damit zu einer verminderten Leistungsfähigkeit führen.

Wenige lange oder viele kurze Arbeitsphasen?

Im Gegensatz zur Klausurvorbereitung, die in kleinen Abschnitten zu unterschiedlichen Tageszeiten erfolgen kann, erfordert der Schreibprozess eine kontinuierliche und längere Auseinandersetzung mit der Thematik. So arbeiten Sie sich immer tiefer in den Sachverhalt ein, überblicken die Zusammenhänge sowie den „roten Faden“ der Arbeit – und können zügig den Text fertigstellen.

Wenn Sie sich hingegen in unregelmäßigen Abständen nur kurz an Ihren Computer setzen und versuchen Ihren Text zu schreiben, beobachten Sie meist keine großen Fortschritte. Je länger die zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Schreibphasen sind, desto mehr Zeit benötigen Sie, um sich wieder ein-

zuarbeiten. Dies führt relativ schnell zu Frustration, da Sie trotz der investierten Stunden kaum bemerkenswerte Veränderungen am Text beobachten werden. Insbesondere wenn kein fixer Abgabetermin feststeht, wird dann die Erstellung der Hausarbeit sogar zurückgestellt.

Deshalb sind längere zusammenhängende Arbeitsphasen von mehreren Tagen am Stück sinnvoll. In berufsbegleitenden Studiengängen oder Fernstudiengängen, in denen Haus- oder Abschlussarbeiten nicht während der Arbeitszeit erstellt werden können, bedeutet dies, dass Sie ggf. mehrere freie Tage aufwenden oder andere Möglichkeiten einer Freistellung finden müssen. Da Sie dadurch Ihrem Ziel schneller näher kommen, handelt es sich um eine sinnvolle Investition.

Schreibprozess und Erholungsurlaub

Der Versuch, eine Hausarbeit während des (Familien-)Urlaubs am Ferienort zu schreiben, ist häufig wenig erfolgreich. Meist finden sich zu viele Ablenkungen bzw. benötigte Literatur steht nicht zur Verfügung. Außerdem ist das Arbeiten im Urlaub teilweise mit (familiären) Konflikten verbunden, da die Erwartungen der mitgereisten Personen nicht erfüllt werden können. Letztlich führt dies allseits zu einer frustrierten Stimmung, vor allem wenn der Text nicht wie geplant fertig gestellt werden konnte. Deswegen sollte der Urlaub wirklich dazu genutzt werden, Kraft für den anschließenden Schreibprozess zu schöpfen.

Exposé als Grundstruktur

In der Regel haben Sie vorab für die Arbeit ein Exposé erstellt. Dieses sollten Sie als Grundlage für Ihren Text nutzen, denn dann sitzen Sie nicht mehr vor dem leeren Bildschirm. Nun können Sie schrittweise die einzelnen Kapitel des Exposés erweitern. Am einfachsten ist

es meist, wenn Sie mit dem Kapitel „Methodik“ starten, weil Sie in diesem Ihre Vorgehensweise beschreiben können. Da dieses Kapitel auch praktische Komponenten beinhaltet, im Sinne von „was mache ich wie und wann?“, fällt dieser Abschnitt als Einstieg erfahrungsgemäß leicht. Denkbar ist auch die Darstellung und Begründung der Frage- oder Aufgabenstellungen, weil Sie diese vor Beginn des Projekts erarbeitet haben.

Perfektionismus in der Anfangsphase vermeiden

Haben Sie wenig Übung in der Erstellung von Sachtexten und sind zusätzlich gezwungen zu Tageszeiten zu schreiben, an denen Ihre physiologische Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist? Dann sollten Sie nicht mit der Erwartung starten, sofort druckreife Sätze formulieren zu können. Beenden Sie jede Form der Selbstzensur, bei der Sie jeden mühsam getippten Satz wieder löschen oder abändern, ohne dass Sie relevante Fortschritte erkennen können.

Schreiben Sie zuerst alle Fakten, die Sie bei der Erstellung Ihrer Arbeit nutzen wollen ohne umfassendes Nachdenken nieder. Erst nachdem Sie den ersten Entwurf erstellt haben, können Sie einschätzen, inwieweit Sie den gewünschten „roten Faden“ getroffen haben. Dann können Sie stilistische Überarbeitungen vornehmen und nicht mehr notwendige Sätze löschen. Wählen Sie auch für Abbildungen und Tabellen zuerst ein simples Design oder ein Schema im Sinne eines Merkpostens. Erstellen Sie die endgültigen Tabellen und Abbildungen erst, wenn feststeht, dass Sie diese verwenden werden. So ersparen Sie sich Zeitverluste.

Zusammenfassung

Die erfolgreiche Erstellung von Haus- und Abschlussarbeiten setzt eine sinnvolle Gestaltung des eigenen Arbeitsplatzes voraus. Dabei können technische Hilfsmittel, wie Diktierprogramme, den Schreibprozess erleichtern. Weil die Abfassung von Sachtexten eine längerdauernde kontinuierliche Vorgehensweise voraussetzt, sind Maßnahmen zur Organisation des privaten und beruflichen Umfeldes notwendig. Dabei sollte ein Erholungsurlaub wirklich der Erholung dienen. Wenn dann noch auf Pausen sowie körperlichen und geistigen Ausgleich geachtet wird, dürfte der erfolgreichen Fertigstellung der Arbeit nicht mehr viel im Wege stehen.

Schlüsselwörter: *Literaturrecherche, wissenschaftliches Arbeiten, Literaturverwaltung, Organisation, Exzerpieren*

Überfordern Sie sich auch nicht, indem Sie sich selber täglich eine hohe Anzahl zu erstellende Seiten vorgeben. Sicherlich ist dieses Pensum für geübte Autoren möglich, Sie sollten jedoch davon ausgehen, dass Sie zu Anfang nur ca. eine Seite pro Stunde erstellen werden, teilweise auch weniger.

Nutzung technischer Hilfsmittel

Erfahrungsgemäß können viele Studierende flüssig über ihr Projekt berichten, kommen aber bei der Erstellung des zugehörigen Textes nicht weiter. Eine Lösung können Diktierprogramme – auch für Smartphones – sein, die den gesprochenen Text direkt in Textdateien umwandeln. Der notwendige Übungsaufwand ist relativ gering und beträgt maximal 30 Minuten. Selbst wenn es sich beim Diktat der ersten Entwurfsfassung nur um einen umgangssprachlichen Text handeln wird, entstehen auf diese Weise in sehr kurzer Zeit zahlreiche Absätze, die anschließend überarbeitet werden können.

Pausen und Erholung

Bei konzentrierter Arbeit treten nach einiger Zeit Ermüdungserscheinungen auf. Dies ist normal, weshalb Sie entsprechende Pausen und Freiräume zur Entspannung einplanen sollten. Oftmals reichen schon wenige Minuten, um mit besserer Leistungsfähigkeit weiterzuarbeiten. Ohne Pausen sinkt die Leistung immer mehr und es treten maskierte Pausen auf, in denen Sie sich beispielsweise während einer Internetrecherche über Hyperlinks auf themenfremde Websites leiten lassen [2].

Weil der Zeitraum der Erstellung der Abschlussarbeit eine zusätzliche Belastung zu Beruf und familiären Verpflichtungen darstellt, sollten Sie auf eine gesunde Lebensführung achten, verbunden mit körperlicher Betätigung und ausgewogener Ernährung. Vermeiden Sie eine erhöhte Kalorienzufuhr (z.B. durch Süßwaren). Die tägliche Kalorienzufuhr sollte dem tatsächlichen Bedarf entsprechen, um die geistige Leistungsfähigkeit zu erhalten. Zudem sollten Sie auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten.

<<



Literatur

Bensberg, G.; Messer, J. (2010): Survivalguide Bachelor. Heidelberg: Springer.

Schröder-Neef, E. (2003): Rationeller Lernen lernen. 21. aktualisierte Auflage, Weinheim: Beltz Verlag.

Verband Deutscher Ingenieure (2005): VDI-Handbuch „Technische Gebäudeausrüstung, Band 1: Elektrotechnik. Düsseldorf: VDI-Handbuch Medizintechnik.

Buchtipps



Jörg Klewer

Projekt-, Bachelor- und Masterarbeiten
Von der Themenfindung bis zur Fertigstellung

Springer Verlag 2016
ISBN 978-3-662-49801-9;
24,99 €

Autorenkontakt:

Prof. Dr. med. habil. Jörg Klewer ist Professor für Pflegewissenschaften an der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Westsächsischen Hochschule Zwickau

Kontakt: Joerg.Klewer@fh-zwickau.de



Klinikum Leer

Im Rahmen der Nachfolgebesezung suchen wir möglichst zum 01.08.2017, gerne aber auch zu einem anderen Zeitpunkt, eine

Leitung des Bildungsinstituts Gesundheit am Klinikum Leer (m/w)

Wir sind gemeinsam mit dem Krankenhaus Rheiderland in Weener und dem Inselkrankenhaus Borkum drei leistungsfähige, expandierende und erfolgreich arbeitende Krankenhäuser mit zusammen ca. 400 Betten und versorgen ca. 19.000 stationäre und ca. 50.000 ambulante Patienten jährlich. Das Bildungsinstitut Gesundheit am Klinikum Leer verfügt über insgesamt 150 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Wir bilden integrativ nach dem NRW-Curriculum und im Kursleistersystem aus. Als anerkannte Berufsfachschule bieten wir darüber hinaus die Ausbildung zur Pflegeassistentin, operationstechnische Assistenz, die Weiterbildung zur Praxisanleitung und die Seminarwochen für den freiwilligen sozialen Dienst und den Bundesfreiwilligendienst an. Am 01.09.2017 ist der Start der Schule für Physiotherapie geplant.

Wir suchen eine aufgeschlossene, engagierte Führungspersönlichkeit mit Freude an verantwortlicher, gestaltender Arbeit.

Wir erwarten

- eine Persönlichkeit mit einem abgeschlossenen Master- oder Diplomstudium der Pflege- bzw. Berufspädagogik
- idealerweise Erfahrungen im Leitungsbereich
- eine engagierte dynamische Persönlichkeit, die es versteht Mitarbeiter/-innen zu begeistern und zu überzeugen
- Fähigkeit zu innovativen Gestaltung von Ausbildungskonzepten in den Gesundheits- und Pflegeberufen
- ausgeprägtes Organisations- und Koordinationsgeschick
- fachliche, methodische und soziale Kompetenz
- Begeisterung und Verständnis für die Ausbildung junger Menschen

Wir bieten

- eine verantwortungsvolle und interessante Aufgabe mit hohem Gestaltungsspielraum
- Raum für innovative Ideen und selbstständige Tätigkeit
- neu gestaltete Unterrichtsräume mit allen modernen Medien
- Kinderbetreuung am Haus
- ein motiviertes Mitarbeiterteam
- moderne Personalappartements (kostenlos in den ersten 3 Monaten)
- Unterstützung bei der Wohnungssuche

Das Klinikum liegt mitten in der lebendigen, maritim geprägten Stadt Leer (www.stadt-leer.de), die sich durch eine hohe Wohn- und Lebensqualität, günstige Immobilien, ein überdurchschnittliches Kulturangebot und viele Möglichkeiten der Freizeitgestaltung auszeichnet. Die Verkehrsanbindung (Autobahn und Schiene) an die ostfriesischen Inseln, nach Groningen, Bremen und ins Ruhrgebiet ist ausgezeichnet.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Frau Monika Wiegel, Leiterin des Bildungsinstituts Gesundheit am Klinikum Leer, gerne zur Verfügung (0491-86 2410). Eine erste Kontaktaufnahme ist auch per E-Mail an schule@klinikum-leer.de möglich. Weitere Informationen zu unserem Krankenhaus finden Sie unter www.klinikum-leer.de.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an:
Klinikum Leer, Personalabteilung
Augustenstraße 35-37
26789 Leer



Städtisches Klinikum Karlsruhe

Das Städtische Klinikum Karlsruhe ist im Krankenhausbedarfsplan des Landes Baden-Württemberg als Haus der Maximalversorgung für die Region „Mittlerer Oberrhein“ ausgewiesen und Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg. Über 4.300 qualifizierte Mitarbeiter stellen hier Tag für Tag und rund um die Uhr die Versorgung von über 60.000 stationären und über 185.000 ambulanten Patienten jährlich sicher.

Für die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie suchen wir zum 01.04.2017 oder nach Vereinbarung eine

Pflegedienstleitung (m/w)

in Vollzeit oder Teilzeit mit mindestens 80 %

Wir suchen SIE mit:

- einer Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- einer abgeschlossenen Weiterbildung Psychiatrische Pflege (nicht zwingend)
- einem abgeschlossenen Hochschulstudium im Bereich Gesundheits- und Pflegemanagement oder einer abgeschlossenen PDL Weiterbildung
- mehrjährige Leitungserfahrung in der mittleren oder oberen Führungsebene
- einem ausgeprägten Urteilsvermögen, großer Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit
- der Fähigkeit zur Selbstreflexion und Veränderungsbereitschaft
- Freude an Leitung und Führung und entsprechender Kompetenz
- einem hohen Maß an Empathie, Kreativität, Flexibilität und Belastbarkeit
- Team- und Konfliktfähigkeit sowie Kooperationsbereitschaft und ausgeprägter Sozialkompetenz
- freundlichen Umgangsformen und respektvollem, wertschätzendem und professionellem Verhalten

Wir bieten Ihnen:

- einen interessanten und anspruchsvollen Arbeitsplatz
- eine verantwortungsvolle Aufgabe in einem innovativen Umfeld
- unbefristeten Arbeitsvertrag
- regelmäßig stattfindende berufsübergreifende Fortbildungen im Bildungs- und Beratungszentrum des Städtischen Klinikums
- das multimediale Fortbildungstool CNE des Thieme Verlags
- Vergütung nach den Bestimmungen des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD)
- Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch die betriebseigene Kindertagesstätte

Ihre Aufgabe:

- Sie leiten den Pflege- und Funktionsdienst des Bereiches auf fachlicher, organisatorischer und disziplinarischer Ebene in enger Abstimmung mit der Pflegedirektion
- Sie entwickeln den Pflege- und Funktionsdienst zukunftsorientiert weiter
- Sie setzen die strategischen Ziele der Unternehmensleitung mit um
- eine vertrauensvolle, konstruktive und loyale Zusammenarbeit mit der Pflegedirektion, der Geschäftsführung, den ärztlichen Direktoren, den Geschäftsbereichen und den Kollegen ist für Sie selbstverständlich

Sie sind neugierig geworden und haben Interesse? Besuchen Sie unsere Internetseite, dort erfahren Sie mehr über uns. Zudem können Sie gerne hospitieren und unser Klinikum kennenlernen.

Für Rückfragen stehen Ihnen Herr Hug, Pflegedirektor, Tel. 0721/974-1021 oder Frau Lehnert, stellvertretende Pflegedirektorin, Tel. 0721/974-1022 zur Verfügung. Ihre aussagefähige Bewerbung richten Sie bitte bis spätestens **08.03.2017** an das

Städtische Klinikum Karlsruhe gGmbH

Pflegedirektion
Moltkestraße 90, 76133 Karlsruhe

oder bewerben Sie sich online unter personalabteilung@klinikum-karlsruhe.de. Bitte fügen Sie dann sämtliche Bewerbungsunterlagen ausschließlich als PDF-Datei bei. Wir weisen daraufhin, dass wir aus Sicherheitsgründen Bewerbungen, die eine Anlage in einem anderen Dateiformat enthalten, nicht bearbeiten werden.

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Freiburg
mit 1.500 Betten, 22 Kliniken
und 4 Instituten





MEDIZINISCHES
BILDUNGSZENTRUM
DEUTSCHLAND

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Leiter/in der Lehrgänge im Bereich Pflegemanagement

in Festanstellung / Teil- oder Vollzeit

Sie bringen mit:

- Diplom- oder Masterstudiengang mit pflegepädagogischem Schwerpunkt oder Lehramt an berufsbildenden Schulen mit der Fachrichtung Pflege- und Gesundheitswirtschaft
- alternativ: Pflegefachkraft mit pädagogischem Studium oder Pflegelehrkraft mit einschlägiger Fortbildung
- didaktisch-methodische Expertise und nachgewiesene berufliche Erfahrung im Bereich der Erwachsenenbildung
- nachgewiesene Erfahrung in der Entwicklung von Lehrgängen und Erstellung von Lehrmaterialien
- ausgeprägte konzeptionelle Fähigkeiten
- wünschenswert: praktische Erfahrungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens

Wir bieten:

- attraktive Vergütung
- dynamisches Arbeitsumfeld in einem wachsenden Unternehmen

Haben wir Ihr Interesse geweckt!

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung, bevorzugt per E-Mail: info@mbd-online.de

Für Menschen da sein

Mit sozialem Engagement und diakonischem Verständnis. An fast 300 Orten in Deutschland ist Bethel aktiv, um die Lebensqualität von hilfebedürftigen Menschen zu verbessern.

Allen, die uns dabei helfen, sind wir dankbar.

3 Ausgaben gratis!



Testen Sie „Heilberufe“

- **Informieren:**
Aktuelles Wissen für PflegePraxis und PflegeManagement
- **Fortbilden:**
Punkten Sie mit dem Heilberufe PflegeKolleg
- **Recherchieren:**
Geballtes Fachwissen im Heilberufe-Archiv
www.heilberufe.de

Bestellen
Sie jetzt!

Ja, ich möchte die nächsten 3 Ausgaben der Zeitschrift Heilberufe kostenlos testen.

Ich gehe mit dieser Bestellung keinerlei Verpflichtung ein.
Das Test-Abonnement endet automatisch nach Erhalt des dritten Heftes.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Faxantwort 089 / 203043-1410 oder einsenden an:

Springer Medizin Verlag GmbH
Leserservice
Aschauer Straße 30
81549 München

Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin
Amtsgericht Berlin-Charlottenburg
HRB 167094 B
Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann



**HIER HAST DU ZEIT
FÜR PATIENTEN.
UND FÜR DEINE KARRIERE.**

Jetzt auf eine
von 460 Stellen
bewerben - auch als
Quereinsteiger.

Mach, was wirklich zählt:
**IN DEN PFLEGE- UND THERAPIEBERUFEN
IM SANITÄTSDIENST**

Jetzt informieren: [bundeswehrkarriere.de](https://www.bundeswehrkarriere.de)



Bundeswehr