Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Herbst 2021

Natürlich hat unser Magazin auch einen eigenen Youtube Kanal.
Auf unserem Kanal finden Sie

Vorträge, Interviews, Science Talks, Berichte von:
Prof.in Dr.in Angelika Zegelin
Prof.in Dr.in Christel Bienstein
Sr. Liliane Juchli
MMag.a Dr.in Elisabeth Rappold
Dr. Christoph Zulehner
Martin Moder PhD
u.v.m.

Inkl. unserer eigenen Dokumentationsreihe „**Pflege - Lebensgeschichten**“

https://www.youtube.com/c/PflegeProfessionell

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als Pflegende sind wir die unschlagbaren Meister des Pragmatischen. Dies ist zumindest eine Erfahrung, die ich seit vielen, vielen Jahren gemacht habe. Wenn Probleme im Alltag oder Beruf auftauchen, dann suchen wir unmittelbar nach Lösungen. Und wen wundert es, wir finden sie auch.

In diesen Tagen entdeckte ich eine Aussage des Schweizer Aphoristikers Billy: „Bildung ist nichts mehr als eine Wanderausrüstung.“ Im ersten Moment war ich erschrocken. Zu einfach gedacht, ging es mir durch den Kopf. Je länger ich über diesen Aphorismus nachdachte, umso sympathischer wurde er mir. Mache ich mich auf den Weg zu einer längeren Wanderung, so muss ich sehr genau überlegen, was ich in meinen Rucksack packe oder auch welche Kleidung ich mitnehme. Mir muss sehr klar sein, wie viel Getränke ich mitnehme - um weder auf dem Trockenen zu sitzen noch um zu viel mit mir herumtragen zu müssen.

Mit der Bildung in der Pflege ist es nicht anders. Wer sich auf den Weg macht, als Gesundheits-und Krankenpfleger, als Pflegefachfrau und Pflegefachfrau zu arbeiten, der muss sich vergewissern, in welchem Setting er oder sie arbeiten will. Darüber hinaus muss sich jede und jeder vergewissern, wie der eigene Weg gestaltet werden soll. Der Skill-Grade-Mix ist ein Begriff, mit dem sich jede und jeder Pflegende beschäftigen muss. Es geht darum, die eigenen Fähigkeiten zu entdecken. Von einem Startpunkt dieser Art aus sollten auch Bildungswege Pflegender gestaltet werden.

Die Beschäftigung mit der Bildung in der Pflege darf nicht nur eine Planung der eigenen Karriere sein. Geschieht dies in diesem Sinne, so bleiben Kolleginnen und Kollegen in der Pflege-Bildung auf der Strecke. Dies darf nicht passieren. Bildungsprozesse und Bildungswege sollten in einer Weise gestaltet werden, dass sie über die reine Wissensvermittlung hinaus beispielsweise auch die Reflexion des beruflichen Handelns ermöglichen. Schließlich gehört zu einer gelingenden Fremdsorge gegenüber erkrankten oder gebrechlichen Menschen auch eine lebendige Selbstsorge. Der französische Soziologe Michel Foucault unterstrich, dass Menschen leben, um Selbstbewusstsein und Verantwortung für das eigene Leben zu erzeugen.

Da sind wir wieder bei der Wanderausrüstung. Der Rucksack muss so gepackt sein, dass wir eine Wanderung nicht nur überleben. Hier und dort geht es auch um das Genießen. Eine Wanderung, aber auch die Arbeit müssen gerne getan werden. Bildung in der Pflege macht die eine oder andere Arbeitsstunde leichter.

In diesem Sinne gönnen Sie sich eine anregende Lektüre.

Euer, Ihr Christoph Müller

Christoph Müller
Redakteur, Buchautor, DGKP

Mit den richtigen didaktischen Konzepten

Zur Digitalisierung in der Pflegebildung geht da mehr

In der Uniklinik Köln ist Ludwig Thiry als Leiter des Bildungszentrums für mehr als 250 Veranstaltungen der innerbetrieblichen Fortbildung verantwortlich. Das Bildungszentrum bietet ein umfangreiches Programm zur Qualifizierung und Weiterentwicklung aller Berufsgruppen an. In Zeiten der Corona – Pandemie hat die Digitalisierung eine ungeahnte Geschwindigkeit bekommen, wie der Bildungsmanager Thiry im Gespräch mit Christoph Müller berichtet.

Christoph Müller Über viele Jahre haben Pflegende und Digitalisierung in Bildungsfragen ein Verhältnis wie Feuer und Wasser erlebt. Wie sieht dies nun in Zeiten der Corona – Pandemie aus, als Sie die Bildungsangebote online gestalten mussten?

Ludwig Thiry Ich würde das grundsätzlich differenzierter beschreiben. Als wir 2006 an der Uniklinik Köln mit dem ersten E-Learning Angebot starteten, mussten wir den Leuten zum Teil noch zeigen, wie man einen Anhang an eine E-Mail hochlädt. Inzwischen ist der Umgang mit EDV wesentlich selbstverständlicher geworden, einfach schon, weil es zahlreiche klinische Anwendungen gibt, die alle beherrschen müssen. Dennoch hat die Pandemie alle Bildungseinrichtungen unerwartet vor ganz neue Herausforderungen gestellt. Innerhalb kürzester Zeit mussten sie Ersatzangebote für nicht mehr durchführbare Präsenzveranstaltungen entwickeln. Insbesondere der Ausbildungsbereich und die formalisierten Weiterbildungen standen unter dem Druck die Anzahl der erforderlichen theoretischen Stunden anzubieten.

Christoph Müller Was verlangt die zunehmende Digitalisierung in der Pflegebildung den Bildungseinrichtungen ab? Was müssen die Dozent_innen leisten, was ihnen bislang fremd gewesen ist?

Ludwig Thiry Schon vor der Pandemie gab es Anstrengungen bei der Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen vermehrt auf E-Learning zu setzen, vor allem im Bereich von standardisierbaren Pflichtschulungen. Diese werden vor allem als Web Based Trainings auf einer Lernplattform im Internet angeboten. Die Teilnehmenden bearbeiten sie selbständig zu einem frei wählbaren Zeitpunkt oder in einer vorgegebenen Frist. Diese Entwicklung hat durch die Pandemie einen starken Schub erhalten.

Parallel mussten die Bildungsträger sowie die freiberuflich tätigen Dozentinnen und Dozenten sehr schnell Online-Formate entwickeln. Manche Freiberufliche verloren von jetzt auf gleich einen Großteil ihres Einkommens. Sie waren quasi gezwungen, sich technisch auf Online-Veranstaltungen umzustellen oder haben begonnen E-Learning Angebote zu entwickeln. Dabei waren diejenigen im Vorteil, die in größeren Institutionen arbeiten oder zumindest in einem Verbund, der ihnen die entsprechenden Investitionen ermöglicht.

Videosysteme müssen didaktische Anforderungen erfüllen

Die meisten Bildungsanbieter im Gesundheitsbereich, wie Aus- und Fortbildungsinstitute für Gesundheitsberufe waren weder technisch noch didaktisch auf diese Entwicklung gut vorbereitet. Die Auswahl von Konferenzsoftware erfolgt oft zentral durch IT-Abteilungen, die die Anforderungen von Online-Bildungsveranstaltungen bei der Auswahl nicht unbedingt im Blick haben. Gebraucht werden Produkte, die neben der Übertragung des Bildschirms der Lehrperson, sowohl Gruppenarbeiten, kooperatives Lernen oder interaktive Elemente zulassen. Die Möglichkeit die Moderation an die Teilnehmenden zu übergeben ist ebenfalls wichtig, damit diese zum Beispiel Arbeitsergebnisse aus ihren Gruppen präsentieren können.

Zum Teil stehen sogar Optionen zur Verfügung, die im Präsenzunterricht nur mit interaktiven Whiteboards umzusetzen sind, wie spontane Befragungen oder Lernstandsüberprüfungen, die mit guten Tools auch anonym durchgeführt werden können. Auch die gemeinsame Bearbeitung von Dateien bietet erweiterte Möglichkeiten der Seminargestaltung.

Ein Problem stellen technische Gegebenheiten dar, wie die Zuverlässigkeit der Internetverbindung, das individuelle Datenvolumen oder die vorhandenen Endgeräte. Nicht nur in ländlichen Gebieten konnten wir alle in den letzten Monaten erleben, dass der Netzausbau nicht überall ausreichend fortgeschritten ist. Während der Ausbau der Netzinfrastruktur von politischen Entscheidungen abhängt, ist die Frage, wer für die persönliche Ausstattung der Lehr- und der Lernpersonen verantwortlich ist, nicht leicht zu beantworten. Man kann insbesondere bei jüngeren Teilnehmenden oder Auszubildenden nicht davon ausgehen, dass sie zuhause einen stationären PC haben und man muss darauf achten, dass die Konferenzsoftware auch auf Tablets oder sogar Smartphones zuverlässig läuft.

Arbeitgeber müssen eine Infrastruktur für dezentrales Lernen einrichten

Der Mangel an Ausstattung mit Hardware muss in Zukunft von den Arbeitgebern zum Teil durch Bereitstellung dezentraler Lernmöglichkeiten ausgeglichen werden. Das entspricht auch einem der Megatrends in der beruflichen Bildung, nämlich dem Lernen im Arbeitsvollzug. Dazu gehört eine entsprechende Infrastruktur mit einer arbeitsplatznahen Lerninsel, die über einen Rechner mit schnellem Internet verfügt. Die Lerninsel ermöglicht die Teilnahme an ei-

Ludwig Thiry MA

M.A. Erwachsenenbildung, examinierter Kranken-und Gesundheitspfleger, Leiter der Case Management – Weiterbildung am Universitätsklinikum Köln

ludwig.thiry@uk-koeln.de

nem Online-Seminar ebenso, wie die evidenzbasierte Recherche eines Sachverhalts, eine Aufgabe von zukünftigen akademisch ausgebildeten Pflegefachleuten. Die Sorge vieler Arbeitgeber, die Beschäftigten würden ihre Arbeit vernachlässigen, um im Internet zu surfen, halte ich für eine Haltung aus der Mottenkiste einer veralteten Führungskultur.

Christoph Müller Bildung lebt immer auch von den Begegnungen der Menschen. Im unmittelbaren Kontakt flammen Diskurse auf, von denen Pflegende in der Praxis auch profitieren. Wie sieht der digitalisierte Austausch aus?

Ludwig Thiry Mit den richtigen didaktischen Konzepten geht da mehr als selbst ich anfangs für möglich gehalten habe. Meine eigenen Veranstaltungen sind stark auf reflexives Lernen ausgerichtet. Dazu braucht es eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen Trainingsleitung und Teilnehmenden und innerhalb der Gruppe. In einem Online-Seminar ist auch das mit der richtigen Methodik herzustellen. So arbeite ich dann eher mit kontinuierlichen Kleingruppen als im „analogen“ Seminar.

Ein kompletter Seminartag am Bildschirm kann für die Seminarleitung wie für die Teilnehmenden allerdings anstrengend werden. Bei Seminaren, die reflexives Lernen auslösen sollen, ebenso wie bei Seminaren, in denen es um Vermittlung von Wissensinhalten geht. Für beides ist der Einbau von interaktiven Elementen und von Phasen des Einzellernens angebracht. „Stillarbeit“ ist ein zurecht verpönter Begriff aus der Pädagogik des letzten Jahrhunderts, weil die Betonung eher auf Stille liegt und Lernen in dem Wort nicht einmal vorkommt. Man sollte die Effekte aber nicht unterschätzen, wenn die Teilnehmenden während einer Online-Veranstaltung die Möglichkeit erhalten, einen Text in Ruhe durchzuarbeiten oder ein Erlebnis zu reflektieren.

Ich vertraue bei Online-Seminaren immer auf die Bereitschaft der Teilnehmenden, dass sie lernen wollen. Vertrauen ist sozusagen der Anfang von allem. So habe ich mehrfach die Erfahrung gemacht, dass ich mich auch bei abgeschalteten Kameras auf die Aufmerksamkeit der Teilnehmenden verlassen kann. Immer, wenn ich sie zu einer Reaktion aufgefordert habe, ob mündlich oder schriftlich, waren sie sofort da. Wenn die Teilnehmenden sich anonym äußern können, steigt sogar die Chance, dass Personen einen Beitrag leisten, die in einem Präsenzseminar den Mund nicht aufbekommen.

Christoph Müller Im privaten wie beruflichen Alltag hat man immer den Eindruck, dass die Digitalisierung auch eine Generationenfrage ist. Jüngere Menschen scheinen sich leichter mit der Digitalisierung zu tun. Deckt sich dies mit den Erfahrungen bei der zunehmenden Digitalisierung in der Pflegebildung?

Ludwig Thiry Es liegt in der Natur der Sache, dass sich die Digital Natives leichter tun. Ich glaube aber inzwischen, dass der Erfolg beim digitalen Lernen weniger eine Generationenfrage ist. Für mich wäre es eher eine Forschungsfrage, inwiefern digitale Lernangebote die Spreizung zwischen bildungsaffinen und bildungsfernen Gruppen erhöhen. Wir müssen schon aufpassen, dass bildungsferne Gruppen nicht noch weiter abgehängt werden. Wir haben seit einigen Jahren ein Einsteigerseminar für Personen im Angebot, die noch nie oder lange nicht mehr am Computer gearbeitet haben. Schon in der Ausschreibung verzichten wir auf für die IT typischen Begriffe, deren Bedeutung zwar niemand kennt, aber bei denen auch niemand wagt nachzufragen. Und wir arbeiten stetig daran, den Zugang zu den Online-Angebote so niedrigschwellig wie möglich zu gestalten.

Christoph Müller Welche Unterschiede gibt es zwischen den unterschiedlichen Feldern der Pflegebildung? Sieht die Digitalisierung in der Ausbildung anders aus als in der Fort- und Weiterbildung?

Ludwig Thiry Technisch gesehen, gibt es keine Unterschiede.

Bei einer längeren Ausbildung oder in Weiterbildungen wird man jedoch die Möglichkeiten der Lernplattformen nutzen, Bereiche für Lerngruppen einzurichten, die sie selbst gestalten und organisieren können. Sie können zum Beispiel ein eigenes Forum erhalten, ein eigenes Wiki oder differenzierte Rechte, mit denen sie eigene Lerneinheiten gestalten oder Dateien für ihre Gruppe oder den Kurs hochladen können.

Christoph Müller Was wird sich an der digitalisierten Pflegebildung verändern, wenn wir eine weitgehende Rückkehr zur Normalität erleben werden? Was wird an Digitalisierung in der Pflegebildung bleiben?

Ludwig Thiry Wir werden eine wesentliche Flexibilisierung, eine Erweiterung der Möglichkeiten haben. Neben den klassischen Präsenzseminaren mit Anwesenheit von Lehrenden und Lernenden werden die Online-Seminare treten, im Bereich längerfristiger Kurse wird es auch Mischungen von beidem geben.

Digitalisierung ermöglicht eine flexiblere Gestaltung von Bildungsangeboten

Als Bildungsanbieter können wir Dozentinnen und Dozenten engagieren, auf die wir manchmal allein schon aufgrund der zusätzlich zum Honorar auftretenden Reisekosten verzichtet haben. Umgekehrt gilt auch für Teilnehmende, dass sie Veranstaltungen besuchen werden, auf die sie aufgrund der erforderlichen Reise verzichtet hätten, wenn sie ausschließlich als Anwesenheitsseminar angeboten würden. Ich bin sehr gespannt, was diese Entwicklung für den Konferenzbetrieb bedeuten wird. Was auf jeden bleiben und zunehmen wird sind Web Based Trainings.

Christoph Müller Wofür eigenen sich die Web Based Trainings besonders, welche Vorteile bieten sie?

Ludwig Thiry Der größte Vorteil ist, dass WBT asynchron eingesetzt werden. Asynchron lehren und lernen heißt, Lehrperson und Teilnehmende sind nicht gleichzeitig am Rechner. Es kann sich um Videotutorials handeln, wie man sie in großer Zahl frei zugänglich auf Youtube finden kann oder mehr oder weniger ausgefeilt bearbeitete Web Based Trainings auf einer Lernplattform. Natürlich sind auch Mischformen aus WBT, Präsenzseminar oder Online-Seminar, sogenanntes Blended Learning, möglich.

Reine WBT eignen sich besonders gut, wenn große Gruppen zu einem Thema informiert, geschult oder unterrichtet werden sollen. Erst vor kurzem rief mich eine Kollegin aus einer Klinik an, in der sich neue Beschäftigte in sehr spezifische pflegerische und medizinische Verfahren einarbeiten müssen. Dort besteht das Problem, die Pflegefachperson mit Spezialkenntnissen, die spezifische Oberärztin und die neuen Kolleginnen und Kollegen zu einem bestimmten Zeitpunkt zusammenzubringen. Da können dann Videoaufzeichnungen der jeweiligen Vorträge, die als WBT bereitgestellt werden, mit anschließender Vertiefung in der Praxiseinarbeitung sehr hilfreich sein.

Wir setzen WBT mit sehr gutem Erfolg bei Schulungen großer Gruppen ein, für die wir Nachweise gegenüber den Ordnungsbehörden oder zertifizierenden Einrichtungen benötigen. Wir arbeiten derzeit daran, Schnittstellen zwischen unserem Lernmanagementsystem und der elektronischen Personalakte zu implementieren, sodass die erworbenen Qualifikationen auch bei einem Abteilungswechsel leicht nachgewiesen werden können.

Christoph Müller Werden die WBT akzeptiert? Oder ist das Lernen am Bildschirm eher unbeliebt?

Ludwig Thiry Das hängt wieder von der Machart, also der didaktischen Umsetzung ab. Ich kann ein WBT als Textwüste anlegen. Dann ermüden die Lernenden schnell, weil sie hauptsächlich mit Lesen von Text beschäftigt sind. Ich kann ein WBT aber auch mit einer spannenden Verknüpfung von Text und Grafik oder Video entwickeln und es gibt vielfältige Möglichkeiten sie interaktiv zu gestalten, mit Zwischenfragen das Lerninteresse zu wecken oder Zusatzinformationen anzubieten, die die Lernenden nur aufrufen, wenn sie sie tatsächlich brauchen. In die Gestaltung kann man auch sogenannte Gamification-Elemente, wie sie bei Computerspielen eingesetzt werden. einbauen. Sie erhöhen die Lernmotivation, wenn z. B. der Bearbeitungsstand angezeigt wird oder man bei Tests das eigene Ergebnis mit dem Durchschnitt aller anderen vergleichen kann.

Wir erhalten durchweg positive Rückmeldungen zu unseren WBT. Wir haben aber auch ein Rückmeldesystem, durch das wir von inhaltlichen oder technischen Fehlern erfahren und so unsere Produkte ständig weiterentwickeln können.

Christoph Müller Für das eine oder andere Fortbildungsformat ist die Präsenz der Menschen sicher

sinnvoll. Wie würden Sie die Unterscheidung machen, was online stattfinden kann und in Präsenz stattfinden muss?

Ludwig Thiry Grundsätzlich wird es mit Online-Formaten schwierig, wenn Fertigkeiten erlernt werden müssen. Wenn es um eine Reanimationsfortbildung geht oder auch um eine Geräteeinweisung müssen Teilnehmende halt Hand anlegen. Ähnlich ist es bei Fortbildungen, bei denen das Lernen stark körpersprachlich geschieht. Nehmen wir ein Seminar zur Gewaltprävention, da geht es ja um Nuancen in der Körpersprache, auch um den Ausdruck des gesamten Körpers. Bei anderen Angeboten, die reflexives Lernen ermöglichen sollen, durchaus auch bei Kommunikationsseminaren, bin ich selbst überrascht wie viel da möglich ist. Sehr viel hängt dann von der Technik ab. Habe ich Gruppenräume? Ist die Übertragungsleistung gut, damit ich in der Gruppe oder in der Partnerübung eine gute optische und akustische Auflösung habe?

Was online weniger gut gelingt, ist die Netzwerkbildung zwischen den Teilnehmenden. Das informelle Geschehen in einer Seminarpause lässt sich nur unzureichend online nachbilden. Bei einer längeren Weiterbildung, die auch zu einer Vernetzung der Teilnehmenden beitragen soll, würde ich nicht auf Präsenzphasen verzichten.

Christoph Müller Herzlichen Dank für die neuen Einsichten.

(C) Pixel-Shot

Einblick in die Pflegebildung in Deutschland

Subjektive Betrachtung der Pflegebildung in der BRD

Wenn wir unser professionell-pflegerisches Aufgabenspektrum ernst nehmen und nicht ausschließlich an die Institution Krankenhaus denken, sondern darüber hinaus an alle Versorgungsbereiche des Gesundheits- und Sozialwesens, kommen wir nicht umhin, die Bildung in der Pflege zu diskutieren und in einen neuen Kontext zu setzen. Pflegerische Aufgaben erstrecken sich sowohl auf den rehabilitativen als auch auf den präventiven und gesundheitsfördernden Bereich. Dies Bedarf einer ständigen Entwicklung und Steuerung durch die Berufsgruppe, um das Pflege- und Hilfeangebot den Bedürfnissen und Unterstützungsbedarfen von hilfsbedürftigen Menschen und ihrem sozialen Umfeld anzugleichen.

Einleitung

Aus der Notwendigkeit in der Familie die schwachen und kranken Angehörigen zu versorgen und zu pflegen, entstand die „nicht-berufliche Pflege“, die dann im Sinne der Nächstenliebe auch Hilfsbedürftige außerhalb der eigenen Familie unterstützte und versorgte. Die Entstehung der beruflichen Krankenpflege erfolgte im gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang und unter den Bedingungen des 19. Jahrhunderts.

Allerdings wurde im Jahre 1781 bereits die erste deutsche öffentliche Krankenpflegeschule durch den Arzt Franz Anton Mai, Professor der Arzneiwissenschaft, Medizin und Geburtshilfe, sowie Rektor der Universität Heidelberg in Mannheim gegründet. Durch dreimonatige Kurse wollte er wenigstens eine bescheidene Ausbildung für Pflegekräfte einrichten.

Ausbildungsregelungen entwickeln sich …

Während des Dritten Reiches im Jahr 1938 erfolgte die erste gesetzliche Ausbildungsregelung in der Krankenpflege, beeinflusst von den programmatischen Inhalten des Nationalsozialismus. Schwerpunkt war vor allem die praktische Ausbildung verbunden mit der Ideologie der Rassenhygiene, die weltanschauliche Erb- und Rassenhygiene war Schwerpunkt. Diese menschenverachtende Sicht der Nationalsozialisten wurde zum Maßstab des beruflichen Handelns und häufig unkritisch übernommen. Für die Ausbildung waren nur Bewerberinnen mit „deutschem oder artverwandten Blut“ zugelassen.

Wichtig ist hier anzumerken, dass in den 1950er Jahre mit Hilfe der amerikanischen Besatzungsmacht und der Rockefeller Foundation erste Versuche gemacht wurden, die Pflege nach der Zeit des Nationalsozialismus neu auszurichten und Anschluss an internationale Entwicklungen zu finden. Die Schwesternschule der Universität Heidelberg entstand auf dieser Grundlage und orientierte sich an internationalen Standards.

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs bis 1957 galt das Gesetz von 1938 weiter, 1945 wurde nur die Erb- und Rassenlehre im Lehrplan gestrichen. Festgelegt wurde 1957 ein theoretischer Umfang von 400 Stunden und die Ausbildungsdauer auf drei Jahre festgelegt. Das dritte Jahr wurde zum (Anerkennungs-)Praktikum.

Durch die Novellierung 1965 erfolgte dann eine Ausweitung und Festschreibung der Durchführung der Ausbildung:

1. „Zulassungsbestimmungen zur Ausbildung

Realschulabschluß oder gleichwertiger Abschluß; ein Mindestalter von 17 Jahren; die nachzuweisende körperliche Eignung und eine halbjährige hauswirtschaftliche Tätigkeit für Bewerberinnen; (die hauswirtschaftliche Tätigkeit war von Bewerbern nicht nachzuweisen, siehe § 8 (2) des Gesetzes)

2. Ausbildungsbestimmungen

Der Umfang der theoretischen Ausbildung wurde auf 1200 Stunden festgelegt; es folgte eine Aufteilung in Lehrfächer. Die praktische Ausbildung wurde insofern geregelt, daß insgesamt 39 Wochen der gesamten Ausbildungszeit verbindlich zugeordnet wurden: 26 Wochen Einsatz in der Inneren Medizin und 13 Wochen in der Chirurgie. Die Krankenpflegeschulen wurde staatlich anerkannt, wenn sie mit einem Krankenhaus verbunden waren und geeignete Unterrichtskräfte vorweisen konnten.

3. Prüfungsbestimmungen

Die Berufsbezeichnung wurde gesetzlich geschützt und durfte nach bestandener Prüfung geführt werden (Krankenpflegegesetz vom 20. September 1965)“. Brenner, Seite 29

In den folgenden Jahren gab es nur geringfügige Änderungen. Das Gesetz behielt seine Gültigkeit bis 1985. Erst im Gesetz von 22. Oktober 1985 wurden die pflegefachlichen Inhalte mit 480 Stunden ins Zentrum gerückt (Bundesgesetzblatt Z5702 Z, 1985 Nr. 52, im Internet abrufbar)

Im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums entwickelte eine Arbeitsgruppe das „Hessische Curriculum Krankenpflege“ und auch für die Kinderkrankenpflege jeweils in zwei Ausbildungsabschnitten, das von anderen Bundesländern in Anteilen oder ganz übernommen wurde. Im Vorwort ist zu lesen: […]„Es liegt im Interesse aller, die Qualität der pflegerischen Ausbildung zu verbessern. Deshalb hat die Landesregierung im Rahmen ihrer Zuständigkeit eine Rahmenrichtlinie erlassen, die in drei Strukturmerkmalen verbindlich ist:

- die Notwendigkeit eines Pflegemodells als theoretische Grundlage,
- die Notwendigkeit von fächerübergreifenden, dem Fach „Pflege“ zugeordneten Lerneinheiten sowie
- die notwendige Gewährleistung der Theorie-Praxis-Verknüpfung.

Das Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit unterstützt weiterhin den erforderlichen Einsatz von PraxisanleiterInnen am praktischen Ausbildungsort. Dazu wird eine Richtlinie zur Qualifikation des Pflegepersonals für diese Aufgabe erlassen werden. Es werden Informationsveranstaltungen angeboten werden, die der Umsetzung des Curriculums dienen sollen. Die Schulungen für PraxisanleiterInnen an den vier hessischen Weiterbildungsinstituten müssen intensiviert werden […]“.

Beispiel: Fächerübergreifende Zuordnung zum Fach Pflege

(„Hessisches Curriculum Krankenpflege, 2. Ausbildungsabschnittm Seite 33

II. Aktivitäten und Elemente des Lebens

1. Kommunikation I (Sinnesorgane und Bewußtsein)

2. Ausbildungsabschnitt

Gesetzeskunde

Psychologie, Soziologie, Pädagogik
- Gesprächsführung

Sozialmedizin
- gesellschaftliche Bedeutung von Störung, Krankheit und Behinderung

Pflege
- spezifische Einschränkung der Kommunikation im Bereich Sinnesorgane, Sprache und Bewußtsein
- Bedürfnisse
- Feststellen des individuellen Pflegebedarfs
- Pflegetechniken
- Pflegeplanung und Dokumentation

Rehabilitation
- Rehabilitationsmöglichkeiten bei bestimmten Einschränkungen

Krankheitslehre
- Augenkrankheiten
- HNO- Krankheiten
- Dermatologie
- Psychosomatik
- Neurologie
- Innere Medizin
- Pädiatrie
- Chirurgie

Arzneimittellehre
- Lokalanästhetika
- Dermatologika
- Sedativa

Die Ausbildung und allgemeinen Prüfungsbestimmungen der dreijährigen Ausbildung in der Kranken- und Kinderkrankenpflege umfassen neben dem theoretischen und praktischen Unterricht von 1 600 Stunden auch die praktische Ausbildung (siehe nachfolgende Tabelle).

Blick auf die psychiatrische Pflege

Oberin Eva von Gadow ein Referat hat 1970 während einer Fortbildungsveranstaltung des Agnes-Karll-Verbandes zum Thema „“Psychiatrische Krankenpflege zwischen Magie und Psychologie“ gehalten. Sie stellte fest: „Die Anforderungen an das Pflegepersonal in der Psychiatrie weichen derart von denen der allgemeinen Krankenpflege ab, daß für jeden, der psychiatrisch arbeiten will, auf diesem Gebiet eine weitere fachliche Ausbildung unumgänglich ist.“

Sie beschreibt in ihrem Vortrag einige Forderungen zur fachlichen Ausbildung einer „jungen Schwester“, die ein Jahr in der Klinik tätig war, u.a. dass die Unterrichtung in den medizinischen Grundlagen (psychische Krankheiten und ihre Behandlung) erforderlich ist, oder auch, dass eine Einführung in Teamarbeit aller Gruppen im Krankenhaus, die mit den Patienten beschäftigt sind, erfolgen muss.

Das spricht dafür, dass die Pflegeausbildung oder ein grundständiges Studium die Grundlage bilden, sich ein breites Wissen anzueignen und unterschiedliche Pflegesituationen in den einzelnen Disziplinen kennenzulernen und zu bewältigen, um dann in einem weiteren Schritt sich für ein spezifisches Fachgebiet weiterzubilden.

Der praktische Einsatz in der Psychiatrie entsprach in der Regel nicht der Bedeutung des Fachgebietes. Wenn wir laut Statistischen Bundesamt (2017) davon ausgehen, dass ungefähr jedes 5. bis 6. Bett in einer psychiatrischen Klinik aufgestellt ist, ist der Einsatz vergleichsweise minimal und unzurei-

Nr.	Einsatz	Stunden
1	Allgemeine Medizin und medizinische Fachgebiete einschließlich Pflege alter Menschen und Alterskrankheiten	900
2	Allgemeine Chirurgie und chirurgische Fachgebiete	750
3	Gynäkologie oder Urologie und Wochen- und Neugeborenenpflege	350
4	Psychiatrie, Kinderkrankenpflege und Kinderheilkund sowie Gemeindekrankenpflege (Hauskrankenpflege) oder entsprechende Einrichtungen des Gesundheitswesens	400
Bei der Verteilung der Gesamtstundenzahl von 400 sind die einzelnen Bereiche entsprechend ihrer Bedeutung und der organisatorischen Möglichkeiten der Krankenpflegeschule angemessen zu berücksichtigen. Zur Verteilung auf die Bereiche 1-4		600
Einsätze in die Funktionsbereiche sollen nicht vor dem 2. Ausbildungsjahr erfolgen.		
	Gesamtstunden	**3000**

Praktische Ausbildung im Gesetz von 1985 für die Krankenpflege

chend festgelegt. Dies hat immer wieder zu Diskussionen geführt, vor allem im Hinblick auf die sich entwickelnde und vernetzende psychiatrisch-psychosoziale Versorgung.

Wichtig ist zudem festzuhalten, dass im Gesetz von 1985 auch Diplome oder sonstige Befähigungsnachweise der übrigen Mitgliedsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft geregelt wurden.

Fachpflege Psychiatrie

Die Inhalte der Weiterbildungen zur Fachpflege Psychiatrie waren, bereits zu Beginn in den 1970er Jahren sehr umfangreich, nachdem landesrechtliche Regelungen und Vorgaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kraft traten. Sie variierten allerdings von einer Weiterbildungsstätte zur anderen in den Schwerpunkten. Bereits der Anhang zum Bericht der Psychiatrie-Enquête 1975 hielt Lernziele und Inhalte fest (Deutscher Bundestag 1975b, S. 254):

Lernziele aus der Psychiatrie-Enquête

Lernzielkatalog: Fachschwester/-pfleger für Psychiatrie	
Organisation der Station zum therapeutischen Milieu	**Rehabilitation und Nachsorge**
• Kenntnisse und Fertigkeiten zur Planung, Durchführung und Kontrolle in den Bereichen Aufnahme, Entlassung, therapeutische Haushaltsführung, Umgang mit Patienten, Teamarbeit, Außenkontakte • Planung und Durchführung von Aktivierungsgruppen • Durchführung und Leitung von Haus- und Stationsversammlungen mit Patienten und therapeutischen Mitarbeitern • Erkennen und Ansprechen von Gruppenprozessen • Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit den Angehörigen der Patienten • Praxisbezogene Anleitung von Schülern im Schwerpunktgebiet Psychiatrie	• Kenntnisse und Fertigkeiten der intra-extramuralen Rehabilitation • Nachbetreuung entlassener Patienten • Organisatorische und therapeutische Aufgaben in Übergangseinrichtungen, insbesondere Planung und Durchführung von Patientenclubs, auch im Zusammenhang mit Laienhelfern • Praktische Tätigkeit nachgewiesen in den Bereichen für Akutkranke, psychogeriatrisch Kranke, chronisch Kranke und Oligophrenie; in einer teilstationären sowie einer extramuralen Einrichtung • Kenntnisse im psychiatrisch-medizinischen Bereich; sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen; therapeutisch-pflegerische Kenntnisse
Lernzielkatalog: Psychiatrische Krankenpflegehelfer	
• Respekt und Verständnisbereitschaft als Grundeinstellung zum Patienten • Grundkenntnisse der psychiatrischen Krankheiten und ihre Behandlungsmethoden (somatische, psychotherapeutische, soziotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten • Grundkenntnisse über den Umgang mit Gruppen • Durchführung von Aktivierungsgruppen nach Anleitung (Gesellschaftsspiele, Sport, Singen, Handarbeiten, Basteln) • Grundkenntnisse über die Organisation der Station zum therapeutischen Milieu (Aufnahme, Eigentum, Post, Körperpflege, Mahlzeiten, offene und geschlossene Abteilungen, Entlassung) • Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie als intramurale Rehabilitationsmöglichkeiten	

Anmerkung:
Bemerkenswert ist, dass hier Fachpflege für Psychiatrie und Psychiatrische Krankenpflegehelfer in den Lernzielen gleichermaßen benannt sind, was im Zuge der jetzigen Diskussion um Qualifikationsgrade, im Hinblick auf pflegerische Tätigkeiten, wieder aufgegriffen werden könnte.

Eine Frage, die sich bei den Inhalten stellt ist inwieweit sich Pflege mit dem Begriff „therapeutisch-pflegerisch“ schmücken muss oder ob wir selbstbewusst davon ausgehen, dass Pflege grundsätzlich „therapeutisch“ wirkt.

(C) Animaflora PicsStock

Das Pflegeberufegesetz (PflBG)

Das 2020 nach der letzten Änderung in Kraft getretenen Gesetz führt die Pflegeausbildungen der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege zusammen. Die sogenannte generalistische Ausbildung soll den Zugang zu den unterschiedlichen Tätigkeitfeldern der Pflege erleichtern, um Flexibilität zu erreichen und die eigene Berufstätigkeit der Lebenssituation und der individuellen Entwicklung im Arbeitsfeld anzupassen.

Durch das PflBG ist gesichert, dass der generalistische Berufsabschluss zu einem Rechtsanspruch führt, automatisch innerhalb der EU den Abschluss anerkannt zu bekommen (Anerkennung als Pflegefachfrei/Pflegefachmann).

Auszubildende können jedoch zu Beginn der Ausbildung entscheiden, ob sie einen Schwerpunkt als Vertiefung wählen und haben dadurch auch in Zukunft die Möglichkeit, sich für einen gesonderten Berufsabschluss in der Altenpflege oder Kinderkrankenpflege zu entscheiden. Dazu ist erforderlich das letzte Drittel der Ausbildungszeit, nicht generalistisch fortzusetzen, sondern eine entsprechende Spezialisierung wählen.

Vorbehaltene Tätigkeiten

Im § 4 (PflBG) sind vorbehaltene Tätigkeiten geregelt. Es wird ausgeführt, dass pflegerisch-berufliche Aufgaben nur von Personen mit einer Erlaubnis als Pflegefachmann oder Pflegefachfrau durchgeführt werden, die pflegerischen Aufgaben umfassen:

- die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs,
- die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie
- die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

Festgehalten wird, dass wer als Arbeitgeber Personen ohne eine entsprechende Ausbildung oder Personen, deren Erlaubnis ruht, in der Pflege beschäftigt, darf diesen Personen die vorbehaltenen Aufgaben weder übertragen noch die Durchführung von Aufgaben durch diese Personen dulden.

Es ergibt sich die Frage, warum diese umfassenden vorbehaltenen Tätigkeiten nicht auch das Verschreiben des Pflegebedarfs umfassen, wird hier die Fachlichkeit professioneller Pflege angezweifelt?

Die hochschulische Erstausbildung (zum Pflegefachmann/Pflegefachfrau) wird wie folgt im Gesetz beschrieben:

Die Primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen befähigt zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und verfolgt gegenüber der beruflichen Pflegeausbildung ein erweitertes Ausbildungsziel, z. B. :

- umfassende prozessorientierte Pflege, erforderliche fachliche und personale Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik,
- Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen,
- vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie normativ institutionellen Systems der Versorgung, um die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung maßgeblich mitzugestalten,
- erschließen von Forschungsgebieten der professionellen Pflege auf dem neusten Stand gesicherter Erkenntnisse und forschungsgestützter Problemlösung, auch wie neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen und der berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarf erhoben werden kann,
- sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinanderzusetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld zu entwickeln und zu implementieren,
- an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken.

Die Hochschule kann im Rahmen, der ihr obliegenden Ausgestaltung des Studiums, die Vermittlung zusätzlicher Kompetenzen vorsehen. Das Erreichen des Ausbildungsziels darf hierdurch nicht gefährdet werden.

Hier erhebt sich die Frage, ob diese Ziele nicht generell für professionelle Pflege gelten, um sich international anzugleichen? Warum und weshalb wird ein Unterschied in der beruflichen Bildung gemacht? Warum ist in das Gesetz nicht eingegangen, ab wann sich auch Deutschland einer generellen Akademisierung des Pflegeberufes anschließt und zeigt Über-

gangslösungen auf?

Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe, so auch die Pflege, befinden sich auch teilweise jetzt noch im Abseits der Berufsbildung. Dringend muss der Anschluss an das allgemeine Bildungssystem auf allen Ebenen vollzogen und die pflegerischen Sonderwege verlassen werden.

Pflegebildung und Qualifikationsgrade

Wenn professionelle Pflege zukunftsfähig sein oder werden soll, müssen Pflegebildung und die in der Tätigkeit „pflegen“ notwendigen Qualifikationsgrade sowie qualitätsbasierte Bildungsdurchlässigkeit gleichzeitig diskutiert werden.

Es muss im Alltag von unterstützenden Hilfeleistungen darum gehen die angemessenen und dem Individuum angepassten Hilfen anzubieten, den Hilfebedarf abzusprechen und gemeinsam nach praktikablen Lösungen zu suchen.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, dass nur ein Zusammenspiel unterschiedlicher Kompetenzen und Qualifikationen zu einem umfassenden Hilfsangebot führen kann, in partnerschaftlicher Zusammenarbeit. Das bedeutet, dass professionelle Pflege in ihren Abstufungen erst in komplexeren Situationen greift und vonnöten ist.

Weiterbildung

Es ist im Kontext von Weiterqualifikation genauer im Sinne eines umfassenden Hilfsangebotes zu überlegen, ob übergreifende Masterstudiengänge mehr in konzeptionelle Überlegungen eingehen, die auf der einen Seite die übergreifende Thematik aufgreifen und somit Kooperation, Koordination und Zusammenarbeit fördern und fordern, Gleichzeitig jedoch auch für den jeweiligen Beruf qualifizierende Module anbieten.

Qualifikationsgrad	Anforderung und Einsatz	Möglichkeiten der Entwicklung
Service- und Betreuungskräfte (unterschiedliche Angebote	Nach Bedarf Angebote für verschiedene begrenzte Alltagsbereiche (z. B. Putz- und Einkaufdienste)	Keine besondere formale Qualifikation für diese Hilfestellungen, einfach Menschen, die zugewandt sind und Kontakt aufnehmen können
Assistenz und Alltagsbegleiter	Peers, Angehörige, Bürgerhelfer, andere Begleiter*innen, die „Normalität“ vermitteln und menschlich begleitend tätig sind	Peer- oder EX-IN-Ausbildung oder andere Grundlage der Auseinandersetzung mit Krankheit und Psychosozialer Versorgung Fortbildungsangebot mit Zertifikat (ähnlich wie bei den Hospizhelfern)
Durchlässigkeit mit Abschluss bei entsprechenden Voraussetzungen (evtl. Schwerpunktsetzung bzw. Teilung, z. B. Sozialassistenten, Gruppen- oder Einzelangebote		
Pflegeassistenten	Erweiterte Kranken- oder Altenpflegehilfeausbildung Theorie-Praxis-Verknüpfung	Möglichkeit der Weiterqualifikation durch Schwerpunktsetzung in den unterschiedlichen Disziplinen
Durchlässigkeit mit Abschluss bei entsprechenden Voraussetzungen (evtl. Schwerpunktsetzung bzw. Teilung Sozialassistenten		
Bacherlor of Nursing	Grundausbildung professioneller Pflege (generalistisch) auf wissenschaftlicher Basis, Theorie-Praxis-Verknüpfung	Um eine erweiterte Pflegekompetenz in einer Disziplin zu erlangen ist ein Masterstudium oder gestufte qualitätsgesicherte Bildungsnachweise erforderlich
Master of Nursing	Weiterbildungsstudium in unterschiedlichen Bereichen und Schwerpunkten sowohl berufsgruppenübergreifend als auch berufsgruppenspezifisch	Pflegepädagogik, Management, Public Health, fachspezifische z. B. Psychiatrie, Onkologie usw. Pflegeexperten in der Praxis, erweiterte Pflegekompetenz ANP (Advanced Nursing Practice)
Promotion - (Pflegewissenschaft und Forschung)	Wissenserweiterung, spezifische und übergreifende Forschung, systematische und statistische Grundlagen, Förderung der Praxis usw.	Pflegewissenschaftler, die neue Erkenntnisse in der Praxis implementieren, ein vertiefendes Verständnis für den sozialen Kontext und Interaktionen zur vermitteln, die Qualität sichern usw.

Einige Ansatzpunkte von Qualifikationsgraden und Bildungsdurchlässigkeit (vgl. Padua 1/2020 S. 48)

Das Ziel eines berufsgruppenübergreifenden Masters wäre eine umfassende Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, die nur mit gut aus- und weitergebildeten Mitarbeiter*innen zu leisten ist. Sicher ist auch zu berücksichtigen, dass ein solcher Studiengang berufsbegleitend zu meistern ist und anhand der Inhalte eingeht, wieviel Anwesenheit konzeptionell erforderlich und was in Selbstlernphasen oder mit Projekten u. ä. Formen des Lernens im Sinne der Zielsetzung zu erreichen ist. Praxisnähe und Personenorientierung sind unabdingbar. Die Flexibilisierung der qualitativen Hilfsangebote könnte zudem ein Ziel des Studiengangs sein. Das bedeutet, dass sich Konzeptionen weg von institutionellem Denken hin zu einem am individuellen Hilfebedarf des Einzelnen entwickelt, unter Einbeziehung des Betroffenen. Die Hilfeleistung erfolgt möglichst im Lebensumfeld des Betroffenen und in der notwendigen Intensität.

Ein Weiterbildungsmaster, der auch qualitätsbasierte Anrechnungsmöglichkeiten einschließt, wäre sicher ein attraktives Angebot und genau mit einem Äquivalenzabgleich zu überprüfen.

Denkanstoß für einen möglichen übergreifenden Masterstudiengang:

Semester	Grobe Inhalte (Pro Semester in Module aufgeteilt) Beispiel für Punkteverteilung	Credit-Points
1. Semester	• Ethik, Menschenbild in der psychosozialen Arbeit, Leitbilder in der Kooperation, Koordination und Zusammenarbeit in der gemeindenahen Psychiatrie (5 CP) • Unterschiedliche qualitative und quantitative Forschungsmethoden sowie deren Anwendung im psychosozialen Bereich (10 CP) • Projekt unter Einbeziehung von Peers, nach Abschluss Präsentation (5 CP) • Arbeitsfelder in der psychosozialen Versorgung und Methoden des Handelns (5 CP) • Rahmenbedingungen hinsichtlich der unterschiedlichen Ebenen, z. B. rechtlich, politisch, institutionell (5 CP)	30 CP
2. Semester	• Recht in der psychosozialen Arbeit, alle Ebenen, alle Gesetzbücher … • Spezifische Betreuungsangebote sowohl inhaltlich als auch rechtlich bzw. Finanzierungsgrundlagen (10 CP) Forschungsbasiertes Arbeiten aufgrund der theoretischen Inhalte im Kontext des Herkunftsberufes – Präsentation der Forschungsarbeiten (10 CP) • Vorbereitung. Durchführung und Begleitung – nach Vorgabe – eines größeren Forschungsprojektes, individuell und dem Arbeitsfeld angepasst (10 CP)	30 CP
3. Semester	• Analyse der regionalen Struktur unter wissenschaftlichen Aspekten, auf entsprechenden theoretischen Grundlagen, Gegenstand der Präsentation im 4. Semester (10 CP) • Vertiefung des berufsspezifischen Handelns und des fachlichen Beitrags zu einer umfassenden Versorgung sowie eine Schnittstellenanalyse und deren Handhabung (5 CP) • International Entwicklungen und Konzepte, sowohl umfassen als auch in den einzelnen sozialen Handlungsfeldern und den verschiedenen Berufen (10 CP) • Aktionen gesundheitsfördernder Ansätze, politische Gremien und Aktivitäten sowie aktuelle sozial-, gesundheits- und psychiatriepolitische Fragestellungen und Gegebenheiten (5 CP)	30 CP
4. Semester	• Präsentation und theoretische Aufarbeitung der regionalen Struktur der Studierenden (5 CP) • Master-Thesis mit Kolloquium (25 CP)	30 CP
Gesamt Credit-Points		**120 CP**

Der grobe Umriss eines übergreifenden Masterstudiengangs lässt sich leicht auch im Sinne von Bildungsdurchlässigkeit konzipieren und sowohl inhaltlich als auch zeitlich anpassen.

Ausblick

Wenn wir in der Diskussion professioneller Pflege weiterkommen wollen, müssen wir uns dringend den in diesem Artikel angerissenen Fragen, Sachverhalten, Gegebenheiten und Möglichkeiten stellen. Aus meiner Sicht müssen wir grundsätzlich eine Akademisierung des Berufes Pflege anstreben. Die Eigenständigkeit und berufliche Autonomie der Pflege werden sich auf allen Ebenen der Versorgung auswirken. Wichtig dabei ist, dass wir ein Verständnis von Pflege-Expertentum schaffen, das praktisch zu einer umfassenden Versorgung, der auf Pflege angewiesenen Personen in ganz unterschiedlichen Facetten ausgerichtet ist. Dabei kommen wir um die Diskussion der notwendigen Differenzierung benötigter Qualifikationsgrade nicht herum.

In diese Diskussion müssen neben fachlichen Expertisen auch der Beitrag von Betroffenen und Angehörigen eingehen und Berücksichtigung finden. Ein sinnvoller „Grande-Skill-Mix“ bedeutet, je nach Aufgabenstellung des jeweiligen Arbeitsbereiches, eine passende Teamzusammensetzung, das den Alltag gestaltet und unterschiedliche Fähigkeiten, Erkenntnisse, Lebens- und Berufserfahrungen in die Arbeit einbringt. In einem solchen Team können auch Peers integriert werden. Das gleichberechtigte Zusammenwirken aller Beteiligten wird dann ein umfassendes Hilfsangebot zur Folge haben.

In den Ausführungen sind viele Fragen aufgetaucht und wenig Antworten gegeben worden. Der Artikel soll dazu beitragen, dass wir unsere Anliegen der grundsätzlichen Akademisierung des Berufes auf allen Ebenen zur Sprache und voranbringen, die Inhalte diskutieren und Stellung zu beziehen

Literatur

Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung: (1988). Dokumentation „Beruflich qualifizieren – im Wettbewerb bestehen!“ 4. bayrischer Berufskongreß Nürnberg 24. bis 27. November 1988

Brenner, R.: (1994). Krankenpflegeausbildung – Berufsausbildung im Abseits Mabuse Verlag Frankfurt am Main

Deutscher Bundestag – 7. Wahlperiode: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatri-

Autorin

Hilde Schädle Deininger
Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Lehrerin für Pflegeberufe,
Dipl. Pflegewirtin (FH), Dozentin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegender
schaedle-deininger@t-online.de

schen und psychotherapeutisch/ Psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Psychiatrie-Enquête). Drucksache 7/4200, Bonn

Hessisches CURRICULUM, 1. und 2. Ausbildungsabschnitt, im Auftrag des hessischen Ministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Herausgegeben vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) 1991

Kultusminister Konferenz: (2005). Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2003 – Darstellung der Kompetenzen, Strukturen und bildungspolitischen Entwicklungen für den Informationsaustausch in Europa

Kultusminister Konferenz: (2016). Grundstruktur des Bildungswesens in der Bundesrepublik Deutschland - Diagramm

Bonn Ständige Kultusministerkonferenz der Länder in der Bundesrepublik Deutschland

PES (Pflegeexpertinnen und -experten Schweiz: (2001). Das Berufsbild dder Pflegeexpertin/des Pflegeexperten, Zürich Rämistr. 100 PES-Sekretariat

Deutsches Netzwerk ANP & APN e.V. Pfalzdorfer Str. 78 47574 Goch

Robert-Bosch-Stiftung: (1999). Neue Wege in der Pflege – Förderung der RTobert-Bosch-Stiftung für Praxis und Theorie, Stuttgart Robert-Bosch-Stiftung

Robert-Bosch-Stiftung: (2000). Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Stuttgart Schattauer

Schädle-Deininger, H.: (2015) Entwicklungen in der Pflegebildung – Einige unfrisierte Gedanken zur Pflegebildung in Deutschland, PADUA – Zeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung, Bern Hogrefe Verlag

Schädle-Deininger, H.; Luft, L.: Kohlesch, A.: (2016). Auf dem Weg zur Akademisierung der Pflege, Soziale Psychiatrie 1/2016, (Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V., Zeltinger Str. 9, 50969 Köln)

Schädle-Deininger, H., Behrens, J.: (2018) Pflegerische Bildung, Akademisierung und Qualifizierung – Möglichkeiten der Verknüpfung von beruflicher und hochschulischer Bildung am Beispiel der Psychiatrischen Pflege, Pädagogik der Gesundheitsberufe 3/2018, Nidda hpsmedia

Schädle-Deininger, H. (2020). Bildung und Psychiatrische Pflege – Bildungsdurchlässigkeit – mögliche Auswirkungen auf die psychosoziale Versorgung, 1/2020 PADUA, Bern Hogrefe

Schädle-Deininger, H.: (2021). Der Geschichte eine Zukunft geben – Psychiatrische Pflege 1960 – 1990, Bonn Psychiatrie Verlag

Internet:

Statistisches Bundesamt – Krankenhäuser und Fachabteilungen: www.destatis.de

https://www.dbfk.de/de/themen/Bildung.php

Akademisierung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich

„Es passiert so allerhand, schaut man übern Tellerrand.
Und steht man mal auf einem Berg, ist der Riese nur ein Zwerg.
So kommt es auf den Standpunkt an, wie und was man sehen kann.“ (Autor unbekannt)

Dieser Artikel skizziert den Weg der Akademisierung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich. Es werden unterschiedliche Ansätze, gesetzliche und strukturelle Mängel aufgezeigt, die diesen Weg langwierig, teilweise unüberschaubar und selbst für die Berufsgruppe noch immer nicht ausreichen Klarheit für die nächsten Jahre bietet. Trotz des 1999 von den EU-Bildungsminister*innen unterzeichneten Bologna-Prozesses für tertiäre Bildung, worin auch das European Credit Transfer System (ECTS) und die Angleichung der eines Stufensystems für berufliche Studienabschlüsse auf Bachelor- und Masterniveau mit 180 bzw. 120 ECTS, gibt es in Österreich insgesamt, so auch bei den Pflegeberufen noch immer keine bundesweite einheitliche Umsetzung. Einige Gründe dafür und mögliche Auswege werden in diesem Artikel ebenfalls beschrieben.

Als in den Neunzigerjahren des letzten Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum Bestrebungen begannen, die Gesundheits- und Krankenpflege als eigenen Wissenschaftszweig zu etablieren, war der Aufschrei in den Gesundheitsberufen groß. Viele Mediziner*innen begannen zu bemerken „Muss jetzt die Pflege auch noch forschen?“ „Wofür braucht es Pflegewissenschaften?“ „Jetzt stellen Schwestern und Pfleger auch noch Diagnosen.“ Diese und viele andere Aussagen, die ich in dieser Zeit meiner Grundausbildung gehört habe, sind mir heute noch in den Ohren. Als 1997 das damals richtungsweisende Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in Kraft trat, in dem auch erstmals der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich definiert wurde, in dem unter anderem die Mitwirkung an der Pflegeforschung stand und auch die Verpflichtung der Pflegenden nach dem letzten Stand der Wissenschaften zu arbeiten zu einer gesetzliche Forderung wurde, war auch in der eigenen Berufsgruppe eine klare Spaltung bemerkbar. „Wozu brauchen wir jetzt auch noch die Wissenschaftler?“ „Theorie ist das eine, die Praxis funktioniert aber anders.“ „Die Studierten glauben auch, dass wir bisher nur Blödsinn gemacht haben.“ waren häufig zu hörende

(C) mnirat

Aussagen von Kollegen*innen, die den Gedanken an die Wissenschaftlichkeit der Pflege aus unterschiedlichen Gründen negativ bewerteten. Umkehrt gab es die absoluten Befürworter*innen der Wissenschaftlichkeit. Hier war von vielen zu hören, „Diese Praktiker sind unbelehrbar.“ „Die Praxis muss sich an den Wissenschaften orientieren.“ Auch prägende Sätze von Wissenschaftler*innen wie beispielsweise Silvia Käppeli, die behauptete „Die Praxis ist nur so gut, wie ihr theoretisches Fundament.“ (Käppeli 1994) trugen eher zu einer Spaltung in Theorie und Praxis als zu einer gegenseitigen Wertschätzung bei. Da es zu dieser Zeit keine Strukturen für den Pflegeberuf im tertiären Bildungssektor gab wurde an der Universität Wien 1999 der erste Grundstein der Akademisierung durch gelegt. Es wurde zunächst ein individuelles Diplomstudium für Pflegewissenschaft an der soziologischen Fakultät installiert. 2004 richtete die Universität Wien mittels Finanzierung durch das Rote Kreuz und Caritas eine Stiftungsprofessur für Pflegewissenschaft ein. Die Professur hatte Elisabeth Seidl bis 2007 hatte inne. Seit 2010 gibt es eine ordentliche Universitätsprofessur für Pflegewissenschaft. Das Institut für Pflegewissenschaft ist seither als eigenes Forschungsinstitut und Studienort für Studierende eines Master- und Doktoratsstudiums gut etabliert. 2006 wurde das Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz gegründet. Die ersten Jahre waren geprägt durch mannigfaltige Entwicklungsarbeit im Bereich der Lehre und Forschung sowie mit der Etablierung der neuen Disziplin Pflegewissenschaft in Österreich. Darauf aufbauend konnten neue Studiengänge, neue Lehr-und Lernmodule konzipiert, um-fangreiche Forschungen geplant und durch geführt sowie intensive Kontakte und Kooperationen mit der Praxis und verschiedenen Organisationen im In-und Ausland erfolgreich aufgebaut werden. Die Tiroler Privatuniversität UMIT TIROL versteht sich als Gesundheitsuniversität und ist in Hall in Tirol beheimatet. Sie wurde 2001 in Innsbruck unter dem Namen Private Universität für Medizinische Informatik und Technik Tirol gegründet. Im Jahr 2004 bekam sie im Rahmen des Ausbaus der Gesundheitswissenschaften den Namen UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik. Träger der Universität sind das Land Tirol (90 Prozent) und die Leopold-Franzens-Universität Innsbruck (10 Prozent).

Alle diese ersten Bestrebungen Pflege als Wissenschaft im universitären Bereich zu etablieren, hatten eines gemeinsam. Sie hatten keine grundständige Berufsausbildung im Pflegeberuf zum Inhalt, sondern vermittelten lediglich Kompetenzen zum wissenschaftlichen forschen. Zur Ausübung des Pflegeberufes war eine Ausbildung zur allgemeinen oder psychiatrischen oder Kinder- und Jugendlichenpflege an einer entsprechenden Schule für Gesundheits- und Krankenpflege notwendig. Zwischen 2000 – 2006 entstanden auch die neuen Curricula für die Grundausbildungen der drei Sparten (allgemeine, psychiatrische, Kinder- und Jugendliche) der Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Curricula für Spezialisierungen in der Pflege. Im GuKG waren sowohl für die Lehre und das Management sowie für zielgruppen- bzw. settingspezifische Spezialisierungen Sonderausbildungen vorgesehen, die in der österreichweit gültigen Sonderausbildungsverordnung gesetzlich geregelt wurden.

In dieser Zeit gab es auch schon erste Bestrebungen die Grundausbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit einem Bachelorabschluss zu verknüpfen. Vorreiterrolle übernahm dabei das UMIT-Institut für Pflegewissenschaft im Jahr 2005 mit dem Kombistudium Pflege. Im Rahmen dieses Lehrangebotes wurde die dreijährige Diplomausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege und die dreijährige akademische Ausbildung zum Bachelor of Science in Nursing so verknüpft das sich die Ausbildungszeit um zweieinhalb Jahre verkürzt hat. Damit konnten Studierenden gleichzeitig einen Berufsabschluss und einen akademischen Abschluss erwerben. Im Laufe der Jahre konnten alle Tiroler und Vorarlberger Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, die Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Linz und viel andere als Kooperationspartner gewonnen werden (. Zum Beispiel begann 2007 der erste Jahrgang des „Kombistudiums Pflege“ an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien (Heute: Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder). Insgesamt 27 Studierende hatten mit dem Abschluss sowohl die Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege (Diplom) als auch zusätzlich einen universitären Abschluss in der Pflegewissenschaft (Bachelor of Science in Nursing, BScN) erlangt (vgl. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20110701_OTS0074/kombistudium-pflege). Diese Kooperation dauerte 13 Jahre an und lief 2020, mit der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) 2016, aus.

Für Österreich bedeutete diese Novelle eine komplette Umstrukturierung der Ausbildungssituation. Die Gesundheits- und Krankenpflegeschulen mussten innerhalb kurzer Zeit ihre Ausbildungsangebote neu strukturieren, was auch der neu eingeführten generalistischen Ausrichtung der FH-Studiengänge für Gesundheits- und Krankenpflege geschuldet war. Vor allem Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege sowie Kinder- und Jugendlichenpflege verloren ihre Ausbildungsgrundlage. An schon bestehenden FH-Studiengängen mussten die Studienplätze teilweise verdreifacht werden, andere Fachhochschulen mussten den Studiengang neu aufbauen, um in jedem Bundesland die Möglichkeit zum Studium zu schaffen. Duale Bachelorstudiengänge, welche sich über viele Jahre vornehmlich an Privatuniversitäten etabliert hatten, mussten auslaufen, weil das GuKG kein Bachelorstudium an einer Universität vorsieht (vgl.: https://weltjahr-der-pflege.pmu.ac.at/blog/beitrag/akademisierung-der-pflege).

Im Zuge dieser Veränderungen muss sich aber der Blick auf die Pflegenden selbst richten. Die Gesundheits- und Krankenpflege ist ein traditionell gewachsener Beruf, der sich einerseits aus kirchlichen Einrichtungen mit Attributen wie Nächstenliebe und Demut sowie aus militärischen Einrichtungen mit den Attributen von Befehlen und Gehorsam herausgebildet hat. Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich wurde erstmals 1997 gesetzlich festgelegt und bezog sich in erster Linie auf die Planung, Durchführung und Evaluation von Pflegemaßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses. Das Berufsbild wurde jedoch maßgeblich erweitert. Die pflegewissenschaftliche Ausrichtung wurde deutlich, Pflegende sollen Pflegemaßnahmen evidenz-basiert durchführen sowie Kenntnisse und Fertigkeiten zur Förderung der Gesundheitskompetenz insbesondere bei chronischen Krankheiten besitzen.

Diplompflegepersonen wurden an Krankenpflegeschulen bis 2016 nach der Niveau 5 des Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) ausgebildet und somit dazu befähigt, umfassendes spezialisiertes Theorie- und Faktenwissen zu erwerben. Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege beruhte auf dem Erwerb von anwendungsorientiertem Wissen und dessen Anwendung im pflegerischen Alltag, um auftretende Probleme zu lösen. Pflegende mit einem Bachelorabschluss, werden nach EQR-Niveau 6 ausgebildet. Sie sollen im Rahmen des Studiums darüber hinaus ein kritisches Verständnis von Theorien und Grundsätzen erlangen. Das soll sie dazu befähigen, innovative Lösungen für komplexe, nicht vorhersehbare Probleme zu finden. (siehe Tabelle 1)

Trotz dieser Niveausteigerung in der Ausbildung, sind die akademisch ausgebildeten und diplomierten Pflegenden im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege gleichgestellt. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, jedoch muss folgendes in der täglichen Praxis bedacht werden. Betrachtet man die Erweiterung des Berufsbildes sowie den unterschiedlichen Kompetenzerwerb in Ausbildung bzw. Studium, kann dies zu Problemen innerhalb der Berufsgruppe führen. Ein möglicher Grund dafür ist, dass die Aufgabenverteilung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz nicht explizit an die einzelnen Akteur*innen angepasst wurde. Dies kann dazu führen, dass sich diplomierte Pflegende überfordert fühlen und Sorge vor einer steigenden Verantwortung äußern oder dass akademisch ausgebildete Pflegende ihre im Studium erworbenen Kompetenzen nicht einbringen können (vgl. von der Heide, 2020).

Weiters wurden bisher keine entsprechenden Angebote für Diplompflegepersonen zur Qualifikationserweiterung auf akademischen Niveau gerichtet. Werden diese Unklarheiten innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden nicht berücksichtigt und wird die Etablierung von akademisch ausgebildeten Pflegenden nicht rechtzeitig und ausführlich in Strukturänderungsprozesse einbezogen, kann es zu einer Spaltung der beiden unterschiedlich ausgebildeten

Niveau 5	umfassendes, spezialisiertes Fakten- und Theoriewissen in einem Arbeits- oder Lernbereich sowie Bewusstsein für die Grenzen dieser Kenntnisse	umfassende kognitive und praktische Fertigkeiten, die erforderlich sind, um kreative Lösungen für abstrakte Probleme zu erarbeiten
Niveau 6	fortgeschrittene Kenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich unter Einsatz eines kritischen Verständnisses von Theorien und Grundsätzen	fortgeschrittene Fertigkeiten, die die Beherrschung des Faches sowie Innovationsfähigkeit erkennen lassen und zur Lösung komplexer und unvorhersehbarer Probleme in einem spezialisierten Arbeits- oder Lernbereich nötig sind

Tabelle 1: Niveau 5 und 6 EQR, Quelle: Europäischer Qualifikationsrahmen S18

Gruppen mit Kompetenzkämpfen kommen. Eine Auseinandersetzung mit den jeweiligen Kompetenzprofilen und Ausbildungsanforderungen und die Einbeziehung der Pflegenden selbst in die Diskussionen zur Umsetzung der nächsten GuKG-Novelle könnten dem entgegenwirken.

Im Zuge der Novellierung des GuKG 2016 wurden zum akademisch ausgebildeten gehobenen Dienst (DGKP) noch die im Sekundarbereich ausgebildete Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz neu definiert. Dies führt zu einer weiteren Hierarchisierung auf der drei Ebenen von zuvor zwei Ebenen (DGKP und Pflegehilfe) und trägt damit zu einer weiteren Unübersichtlichkeit bei.

Das Vorgehen bei der Tertiärisierung der Ausbildung im gehobenen Dienst für GuKP ist in den neun Bundesländern zudem stark unterschiedlich. So begann in Wien bereits im Studienjahr 2008/2009 nach Schaffung der rechtlichen Rahmenbedingungen im GuKG und der Fachhochschul - Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV), der erste FH-Studiengang für Gesundheits- und Krankenpflege. In der Abbildung 1 ist der zeitliche Verlauf der Angebote von FH-Studiengängen nach Bundesländern und Studienjahr dargestellt (vgl. Pleschberger & Holzweber, 2019).

Für die Überführung der Ausbildung im gehobenen Dienst für GuKP in den tertiären Sektor wurde eine gesetzlich vorgegebene Frist bis Ende 2023 bestimmt. In der Umsetzung lassen sich unterschiedliche Vorgangsweisen beobachten.

Die Bundesländer Kärnten (2018), Salzburg und Wien (2016) haben die vollständige Überführung der Ausbildung des gehobenen Dienstes für GuKP in den Tertiärbereich bereits vollzogen („Cut-Modell“). Das heißt, dass in diesen Bundesländern an den GuKP-Schulen ausschließlich die Ausbildungen zur PA und PFA angeboten werden, die Ausbildung zur DGKP ausschließlich über einen FH-Standort. In Oberösterreich und Tirol werden aktuell, aufgrund regionaler Gegebenheiten vereinzelt an GuK-Schulen noch Plätze zur Ausbildung im gehobenen Dienst angeboten. In der Steiermark ist der Schritt zum Cut-Modell für das Jahr 2020 geplant (vgl. Pleschberger & Holzweber 2019).

Inwieweit die Umsetzung hier bereits erfolgt ist konnte im Rahmen dieses Artikels nicht eruiert werden. Auf der Webseite für Gesundheitsausbildungen wird die „alte“ Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege nach wie vor angeboten (vgl. https://www.gesundheitsausbildungen.steiermark.at/cms/beitrag/12812665/73431216/, 27.07.2021)

Die Bundesländer Burgenland, Niederösterreich und Vorarlberg haben ein „Parallelmodell“ gewählt und bieten in der Übergangsfrist der GuKG-Novelle 2016 neben dem wachsenden Angebot an FH-Studienplätzen weiterhin die Ausbildung zum gehobenen Dienst an Schulen für GuKP an. Das bedeutet, dass in der Übergangsfrist auf Sekundarniveau Ausbildungen für alle drei Gesundheits- und Krankenpflegeberufe angeboten werden. Als Begründung für die Anwendung des Parallelmodells werden vor Allem

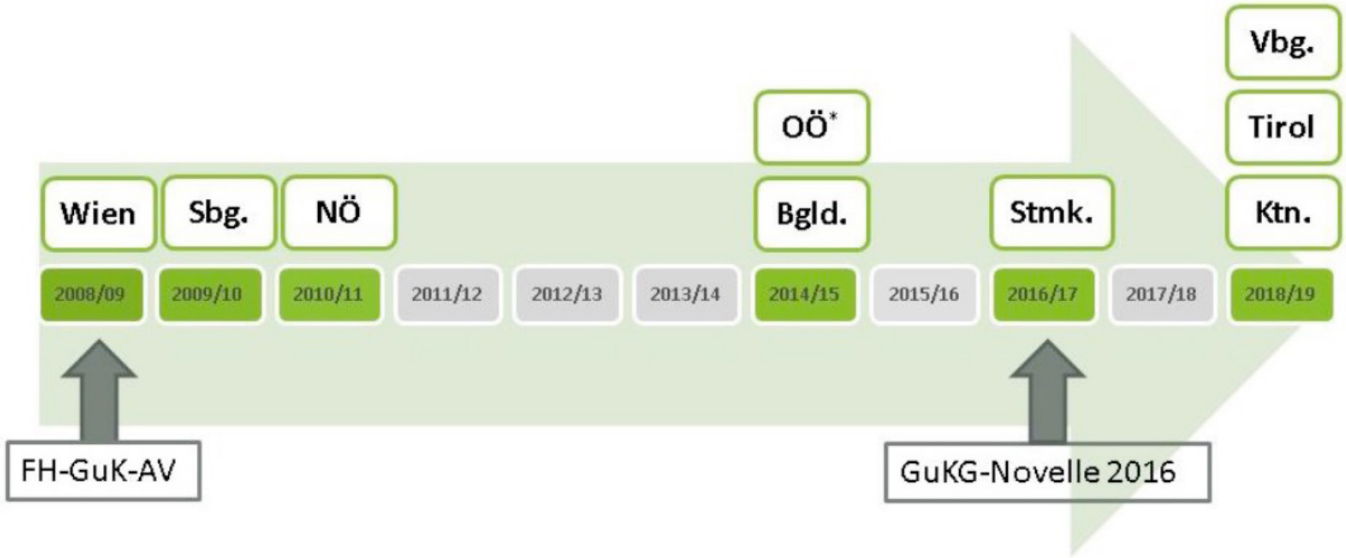


Abbildung 1: FH-Lehrgäng GuKP nach Bundesländern im Zeitverlauf (Quelle: Pleschberger u. Holzweber 2019)

(C) Africa Studio

der bestehende Personalbedarf und das Anliegen, möglichst viele Menschen für eine Pflegeausbildung gewinnen zu können, angeführt (vgl. Pleschberger & Holzweber 2019)

Das bedeutet, dass die Anwendung des Parallelmodells in der Praxis zu schwierigen Ausgangslagen in Hinblick auf eine einheitliche und klare Kommunikation und Bewerbung der unterschiedlichen Ausbildungen führt. Es sei zudem schwieriger, die Pflege als modernen Gesundheitsberuf gleichwertig zu anderen auf Bachelorniveau ausgebildeten Gesundheitsberufen zu etablieren, wenn gleichzeitig an den bisherigen Ausbildungswegen festgehalten wird. Diese Erfahrung machten in den Fokusgruppen Berufsberaterinnen und -berater bei Informationsveranstaltungen an höheren Schulen (vgl. Pleschberger & Holzweber 2019)

Diese Vielfalt an Ausbildungsmöglichkeiten im gehobenen Dienst für GuKP, die beiden unterschiedlichen Niveaus bei den Pflegeassistenzberufen (PA und PFA), die unterschiedlichen Ausbildungsversuche bei den Pflegeassistenzberufen in berufsbildenden Schulen mit und ohne Matura und nicht zuletzt der Ruf nach einer Pflegelehre aus dem Bereich der Wirtschaft verunsichern potentiell zukünftige Pflegende offensichtlich. Die genannten Umstände tragen anscheinend nicht zu einer Attraktivierung des Pflegeberufes und einer Steigerung der Bewerberzahlen bei, von der sämtliche Politiker aller Parlamentsparteien ständig reden.

Ein Fazit zur Akademisierung der des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist, dass es zwölf Jahre nach Beschluss des Bolognaprozesses und fünf Jahre nach Inkrafttreten der entsprechenden Novelle des GuKG nach wie vor keine österreichweit gleiche Ausbildung in der Praxis gibt, obwohl diese klar gesetzlich definiert wäre. Das liegt scheinbar daran, dass es vor der Novelle keinen einheitlichen operativen Plan der Umsetzung gab. Ein wesentlicher Grund ist dabei scheinbar ein Kompetenzkonflikt zwischen dem Bund und den Ländern, da die Ausbildung bisher Ländersache war, akademische Bildung aber grundsätzlich Bundeskompetenz ist. Weiter Verzögerungen gab es durch verschiedenen Ansprüche großer Pflegedienstanbieter, besonders im Bereich der mobilen Pflege sowie die Mitsprache unterschiedlicher Interessensvertretungen wie Beispielsweise die Ärztekammer. Dass hier unterschiedliche Interessen im Zusammenhang mit z.B. Kostensteigerungen, Kompetenzveränderungen usw. anderer Berufsgruppen, verschiedener

Trägerorganisationen und der Bundesländer die akademische Entwicklung der Pflege hemmt scheint offensichtlich.

Ein riesiger Fortschritt und wesentlicher Faktor für eine weitere, rasche und flächendeckende Umsetzung der Akademisierung des Pflegberufes und damit einer wesentlichen Attraktivierung wäre eine klare, gesetzlich anerkannte Stimme für die Pflege im Sinne einer eigenen Kammer.

Bisher wurde nur die akademische Grundausbildung zum gehobenen Dienst in der GuKP auf Bachelorniveau mit 180 ECTS beschrieben. Diese dürfte in den nächsten zwei bis drei Jahren einigermaßen abgeschlossen sein, da die Übergangsfristen enden. Bleibt zu hoffen, dass es nicht aus politischen Kalkül oder sonstigen unvorhergesehenen Vorkommnissen wie beispielsweise der Coronapandemie, zu einer Verlängerung der Fristen kommt.

Ein wesentlicher Blick im Zusammenhang mit der Akademisierung wurde bisher überhaupt nicht berücksichtigt, nämlich die Spezialisierungen. In diesem Zusammenhang sind besonders die Kinder- und Jugendlichenpflege und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege zu berücksichtigen. Diese beiden Spezialbereiche haben durch die Novellierung des GuKP 2016 ihre Grundausbildungen verloren. Das bedeutet, dass dadurch zum Beispiel für die psychiatrische Pflege allein in Wien jährlich ca. 70-80 Absolvente*inne fehlen. In weiterer Folge wird nur der Spezialbereich psychiatrische Pflege beschrieben, da es auf Grund der Vielzahl von zielgruppenspezifischen Spezialisierungen (z.B. OP-Bereich, Anästhesie, Nierenersatztherapie usw.) sowie Spezialisierungen zum Management und der Lehre nicht möglich ist im Rahmen dieses Artikels auf den „Wildwuchs“ unzähliger Ausbildungsmöglichkeiten im tertiären und Sekundarbereich einzugehen.

Für die Spezialisierung sind nach wie vor die Sonderausbildungsverordnung und das Curriculum für die psychiatrische Sonderausbildung gültig. Pflegende mit der generalistischen Ausbildung einer FH oder mit dem Diplom auf Sekundarbereich dürfen seit 2016 in der Psychiatrie arbeiten und müssen innerhalb von fünf Jahren eine entsprechende Sonderausbildung abschließen (Anm. die Frist ist derzeit wegen der Pandemie ausgesetzt). Da es keine Bundesweit gesetzliche Regelung gibt, werden mittlerweile in Tirol, Salzburg, Oberösterreich und der Steiermark akademische Lehrgänge für psychiatrische Pflege mit 75 bis 90 ECTS angeboten. In Wien wird derzeit an der Entwicklung eines entsprechenden akademischen Lehrganges gearbeitet. Auch hier zeigt sich, dass durch die Überschneidung von Bund-Länderkompetenzen, jeder einzelne Lehrgang eine spezielle Kooperation zwischen einer FH und einem Träger auf Landesebene braucht. Dabei muss immer beachtet werden, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen die für den Fachhochschulbereich gelten und die Bestimmungen der noch gültigen Sonderausbildungsverordnung ein Einklang gebracht werden. Dies ist für die Gleichhaltung des jeweiligen akademischen Lehrganges mit der Sonderausbildung wesentlich, weil nur dann auch die Berufsberechtigung im Spezialbereich besteht. Das resultiert daraus, dass für die Bewilligung einer Sonderausbildung die jeweilige Landessanitätsdirektion zuständig ist.

Damit hier, mit dem Blick auf die Vielfalt der Spezialisierungen, möglichst rasch eine einheitliche Vorgangsweise in Österreich zu erlangen muss es eine klare politische Entscheidung geben. Aus der Sicht der Berufsgruppe Pflege wäre ein klares Bekenntnis zur Akademisierung, mit einer Bundesweit gültigen grundsätzlichen Regelung die seit ca. 20 Jahren immer wieder diskutiert wird, aber nie konsequent umgesetzt wurde.

Dazu wären folgenden Punkte notwendig:

- Keinesfalls Verlängerung der Übergangfristen für die Grundausbildung des gehobenen Dienstes. Die Grundausbildung muss spätestens 2023 flächendecken mit 180 ECTS als BScN umgesetzt sein.
- Noch in dieser Legislaturperiode eine klare Zuständigkeit des Bundes für Spezialisierungen nach dem GuKG (bisherige Sonderausbildungen) mit Kompetenzerweiterung im Ausmaß von 60-90 ECTS als akademische Lehrgänge oder Masterstudium mit 120 ECTS – Je nach Ausmaß der Kompetenzerweiterung.
- Klare Regelungen auf Bundesebene für die Durchgängigkeit von der PFA zum BScN – vor allem die klaren Anrechnungsmöglichkeiten der praktischen Kompetenzen
- Weiterbildungen bis 30 ECTS an FH auch für PFA
- Etablierung von weiterführenden PhD-Studiengängen (wie im Bolognaprozess beschrieben) für Pflegeforschung an öffentlichen Universitäten
- Die Ausbildungen für Pflegeassistenzberufe bleiben in der Kompetenz der Bundesländer

an Krankenpflegeschulen oder berufsbildenden Schulen.
- Keine Pflegelehre.

Klarerweise sind diese Forderungen mit Mehrkosten im Vorfeld verbunden und die Bundesländer würden einen Teil ihrer Kompetenzen aufgeben. Im Hinblick auf den drohenden Pflegepersonalmangel und die immer größeren Herausforderungen im Bereich der Hochbetagten und chronisch multimorbiden Menschen sowie mehr Betreuungs- und Pflegebedarf durch Comunity Health Nurses oder Schoolnurses ist klar an der Zeit, Rahmenbedingungen zu schaffen, dass eine starke, auf akademischen Niveau ausgebildete Pflegeprofession zum Wohl der Bevölkerung tätig werden kann. Die Zeit des politischen Kleingeldes, der Dominanz einzelner Berufsgruppen und das „Machtgeplänkel“ zwischen Bund-Ländern-Trägerorganisationen muss vorbei sein.

Wenn hier rasch gehandelt wird und die Aus- und Weiterbildungssituation klar geregelt ist, dann wird es auch genügend Menschen geben, die sich für einen der schönsten Berufe entscheiden und eine für sie passende Ausbildung im Pflegebereich absolvieren. Ein klares Bekenntnis in der breiten Öffentlichkeit zur Akademisierung wäre ein wesentlicher Baustein für die Attraktivierung des Pflegeberufes.

Literaturverzeichnis:

Europäische Union (Hrsg.) (2019): Der Europäische Qualifikationsrahmen: Förderung des Lernens, der Beschäftigung und der grenzüberschreitenden Mobilität, Auf: https://www.qualifikationsregister.at/wp-content/uploads/2019/09/EQF-Interactive_Brochure_DE.pdf, Download: 05.07.2021

https://www.gesundheitsausbildungen.steiermark.at/cms/beitrag/12812665/73431216/, Download: 27.07.2021

https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20110701_OTS0074/kombistudium-pflege, Download: 05.07.2021

Käppeli Silvia (1994): Pflegekonzepte : Gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbezogene Erfahrungen, Hans Huber Verlag, Bern ; Göttingen ; Toronto

Pleschberger Sabine; Holzweber Leonie (2019): Evaluierung der GuKG-Novelle 2016, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

von der Heide Joachim (2020): Akademisierung der Pflege – ein Rundumblick, auf: https://weltjahr-der-pflege.pmu.ac.at/blog/beitrag/akademisierung-der-pflege, Download: 04.07.2021

Autor

Gerhard Schoßmaier, MSc

1996-1999 Diplom der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, 2001 Weiterbildung Pflege und Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2005-2007 Universitätslehrgang für Lehrerinnen und Lehrer in der Gesundheits- und Krankenpflege, 2014 Trainerausbildung für gewaltfreie Kommunikation, 2017-2018 Weiterbildung f. basales und mittleres Pflegemanagement, Masterstudium Pflegepädagogik, Berufserfahrung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und in verschiedenen anderen Pflegebereichen psychiatrischer Einrichtungen, Lehrtätigkeit in Schulen und FH für Pflegeberufe, Vortragstätigkeit auf nationalen und internationalen Kongressen mit psychiatrischen und ausbildungsbezogenen Inhalten, Fachbuchautor

Angehörige in der Psychiatrie

Der Einbezug von Angehörigen in eine psychiatrische Behandlung bedeutet die Einbeziehung der sozialen Ebene (Hoff 2014). Studien und Befragungen betonen zwar die Wichtigkeit, erkrankte Menschen als Ganzes, also auch ihr Umfeld zu erfassen. In der Praxis zeigt sich jedoch teils ein anderes Bild. Angehörige bleiben aussen vor, sind selbst belastet, unsicher und haben dringende Fragen zum Umgang mit den Auswirkungen einer Erkrankung. Dieser Aufsatz setzt sich mit der Frage auseinander, was Betroffene und ihre Angehörigen von psychiatrisch Tätigen erwarten, wie der Einbezug von Angehörigen in die Behandlung gestaltet werden kann, wie in der Ausbildung psychiatrisch Tätige und angehende Pflegefachleute auf diese Erwartungen vorbereitet werden können und welche Implikationen sich für die persönliche Weiterentwicklung und Fortbildung ergeben.

Was brauchen Angehörige?

Die Datenlage zu Angehörigen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung im deutschsprachigen Raum ist eher bescheiden. Hauptsächlich, wenn es um deren Bedürfnisse und Belastungen im Zusammenhang mit einem nahestehenden Menschen mit einer psychischen Erkrankung geht. Zudem sind die bedeutenden Untersuchungen zu Bedürfnissen oder zu Auswirkungen der Erkrankung auf Angehörige, etwa die Leipziger Angehörigenstudie (Jungbauer et.al 2001), in die Jahre gekommen. Dennoch scheinen deren Ergebnisse nichts an Aktualität eingebüsst zu haben.

Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen weisen ein höheres Ausmass an Stress auf, leiden häufiger an Depressionen, zeigen eine geringere Lebensqualität und eine schlechtere körperliche Gesundheit (Hirst 2005). Ein überwiegender Teil der Angehörigen leidet unter Angst und Sorge infolge Informationsmangel, unter Einsamkeit und sozialer Isolation, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Zukunftsängsten (Spiessl et.al 2005). 50 – 90% der schwer psychisch kranken Menschen leben unmittelbar nach einer Akutbehandlung bei ihren Angehörigen (Lauber et al. 2003), Schätzungen zufolge werden zwei Drittel der chronisch psychisch kranken Menschen von und in ihren Familien betreut (Franz et. al 2003). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Angehörige oft monatelang grossen Belastungen ausgesetzt und auf Unterstützung angewiesen sind, um nicht selbst zu erkranken.

Die bereits erwähnte Leipziger Angehörigenstudie (Jungbauer et.al 2001) identifiziert in drei Themenbereichen, wie Angehörige die psychiatrische Behandlung wahrnehmen und welche Bedürfnisse sie haben. Angehörige benötigen zeitnah zum Krankheitsbeginn ausführliche und verständliche Informationen und Aufklärung. Die Auseinandersetzung soll sich vorrangig individuell und konkret auf den Alltag beziehen, etwa, wie mit einzelnen Ausprägungen der Erkrankung umgegangen werden kann. Dabei reicht es nicht, ihnen eine Broschüre in die Hand zu drücken.

Im Verlaufe einer Erkrankung entstehen immer wieder neue Fragestellungen. Durch einen kontinuierlichen Austausch in gemeinsamen Gesprächen, durch Absprache mit Angehörigen in der Behandlungsplanung können feste Ansprechpartner helfen, längerfristige Kooperationen einzugehen.

Ob diese reale Einbeziehung in den Behandlungsprozess als hilfreich erlebt wird, hängt wesentlich von der Haltung der psychiatrisch Tätigen ab. Angehörige möchten partnerschaftlich, empathisch und verständnisvoll in die Hilfen einbezogen werden. Eine freundliche, aktive Kontaktsuche unsererseits zu den Angehörigen fördert dies. Und wir tun gut daran. Während ab Ende der Vierzigerjahre bis in die Achtzigerjahre mit dem Konzept der schizophrenogenen Mutter oder später im Suchtbereich mit dem der Co-Abhängigkeit der leere Flaschen entsorgenden Ehefrau den Angehörigen zumindest indirekt eine Teilschuld an der psychischen Erkrankung angelastet wurde, sind die Stimmen heute verhaltener. Die Belastungen der Familien werden zwar inzwischen durchaus gesehen, dennoch hat jeder schon einmal die Kommentare eines Kollegen hinter vorgehaltener Hand gehört: «Kein Wunder, dass die krank ist – bei den Eltern!» Dieser historische wie auch gesellschaftliche Hintergrund der Stigmatisierung von Angehörigen hält sich hartnäckig bis in die heutige Zeit.

Diese Umstände betonen eine Strategie der Abgrenzung, die «Störung der Therapie» durch Angehörige als Aussenstehende. Die restriktive Auslegung des Begriffes «therapeutische Beziehung» bedeutet einen falschen Machtanspruch des Therapeuten: «Der Patient gehört mir!» Diese Unterbewertung der sozialen Ebene geht mit ungenutztem therapierelevanten Potential einher, was unweigerlich negative Auswirkungen auf die familiären Beziehungen nach dem Austritt zur Folge haben kann (Hoff 2014).

Negative Auswirkungen auf die familiären Beziehungen nach dem Austritt hat auch die Instrumentalisierung der Angehörigen als Folge. Durch Pseudodelegation von Verantwortung werden Angehörige zu Co-Therapeuten ernannt. Eine unkritische Überdehnung des Einbezugs der sozialen Ebene und der falsche Machtanspruch des Therapeuten erklären «alles zu Therapie», indem der Angehörige zu seinem Mitarbeiter wird (ebd.).

«Angehörige sind Angehörige». Der gezielte Einsatz eines wichtigen therapeutischen Prinzips, der Einbeziehung der sozialen Ebene, zeugt dahingehend von Respekt gegenüber den Angehörigen, indem durch die Nutzbarmachung der Ressourcen in den familiären Beziehungen keine Rollendiffusion initiiert wird. Dies fördert die positiven Auswirkungen auf die

familiären Beziehungen nach dem Austritt. In einer familienorientierten Haltung geht es um die Nutzbarmachung kognitiver und emotionaler Ressourcen von intimen Beziehungssystemen für die Weiterentwicklung jedes Einzelnen (Liechti et al. 2005). Psychoedukation von Betroffenen und ihren Angehörigen etwa kann helfen, einen gemeinsamen Nenner zu finden, wie es die Ergebnisse der PIP-Studie belegen (Bäuml et al. 1996). Angehörige erleben eine emotionale Entlastung, auch wenn objektive Belastungen fortbestehen, weil Kommunikationsfähigkeiten und das Verhalten in Konflikt- und Krisensituationen verbessert werden können. Dies führt zu einer Reduktion von Stress und zu Zufriedenheit mit dem familiären Klima. Die damit verbundene Lebensqualität der gesamten Familie steigt an (Bäuml et al. 2005).

Die Interviewstudie von Spiessl et. al (2005) zeigt wie bereits beschrieben auf, dass die Belastungen von Angehörigen in Überforderung durch Informationsmangel, Hilflosigkeit und Ohnmacht gründen. Doch nicht nur die Vermittlung von Faktenwissen hilft, sondern ebenso die Erarbeitung eines vertieften Verständnisses für die Entstehung und Zusammenhänge der Erkrankung. Psychische Erkrankungen erschweren oft die Entwicklung in Beziehungssystemen, welche unter chronischen Stress- und Überforderungsbedingungen erreichte Entwicklungen aufgeben und regredieren können. Dies führt zu einer Einengung des Copingrepertoires. Wesentliche Ressourcen dieser nahen Beziehungen wie Verantwortung und eine innere Verpflichtung zeigen, Achtung zeigen, sich kümmern und fürsorglich sein, offen bzw. selbstoffen sein, Konflikte gemeinsam regeln oder gemeinsame Aktivitäten können nicht mehr genutzt werden. Auch wenn Psychoedukation wie oben beschrieben hilft, diese Ressourcen zu (re-)aktivieren, ist es meist günstig, wenn dieser Prozess begleitet und moderiert wird. Insbesondere bei Zerrüttung in den Beziehungen.

Die Arbeit im Mehrpersonensetting

Grundsätzlich lassen sich in der Zusammenarbeit mit Angehörigen verschiedene Felder unterscheiden: Alltags- oder Basiskontakte, Psychoedukation oder anamnestische Interviews sowie systemische, interaktions- und beziehungsorientierte Gespräche (Scherer & Lampert 2017). Während bei der Psychoedukation Faktenwissen eher im Vordergrund steht, ist in den Alltagskontakten und insbesondere in den interaktionsorientierten Gesprächen die Fähigkeit, Prozesse zu gestalten, zentral. Mit der Einführung der Kybernetik 2. Ordnung ist die systemische Therapeutin oder Beraterin nicht aussenstehende Beobachterin der Familie, sie ist vielmehr ein Element des therapeutischen Systems oder Problemsystems, das alle jene Menschen umfasst, die am gemeinsamen Problem und dessen Lösung beteiligt sind (Willi 2005). Dies veränderte das Selbstverständnis des systemischen Therapeuten oder Beraters, indem der Therapeut nicht mehr Experte für die richtige Lösung für die Familie ist, sondern den Prozess begleitet und moderiert. Er muss auf der einen Seite das therapeutische Geschehen so weit im Griff behalten, dass es nicht destruktiv entgleist, auf der anderen Seite muss es der Familie möglich sein, offen miteinander zu sprechen. Beratende sind hier oft in der Funktion von Übersetzenden und Umformulierenden.

Die systemischen Ansätze richten gemäss Simon den Fokus der Aufmerksamkeit auf die Spielregeln der Interaktion und Kommunikation. Vorannahme ist, dass die psychischen Prozesse der Mitglieder des Systems an die Dynamik der Kommunikation gekoppelt sind, das heisst, wenn sich deren Spielregeln verändern, ändert sich auch die Symptomatik (Simon 2017). Es geht somit also um die Interaktion in den Rollen und Muster in diesen Beziehungen. Dies bedeutet, dass «therapeutisches Handeln im Mehrpersonensetting ‚prozedurales' (= Handlungs-) Wissen aktiviert, das heisst, diese Art der Therapie hat viel mehr etwas zu tun mit Schuhebinden, Autofahren, Bügeln oder Auf-einen-Baum-Klettern als mit einer Theorie über Tatsachen (Faktenwissen). Die Dynamik (…) fordert Fachpersonen, Prozesse zu erkennen und hilfreich zu begleiten» (Liechti & Liechti 2011, S. 58). Weniger das «was» ist entscheidend als das «wie».

Anforderungen an die Beraterin und den Therapeuten

Wenn in der Zusammenarbeit mit Angehörigen weniger ein Faktenwissen im Vordergrund steht als die Fähigkeit, Prozesse zu erkennen und hilfreich zu begleiten, hat dies entscheidende Auswirkungen, wie diese Kompetenzen erlernt werden können. Erhebungen (Lampert 2018) zeigen, dass sich bei 50% der psychiatrisch Tätigen die Unsicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen dann verstärkt, wenn die Beziehung zu den Angehörigen noch nicht hergestellt ist oder in

(C) JYPIX

herausfordernden Situationen wie Konflikten oder Konfrontationen. Sie korreliert mit einer geringen Berufserfahrung von weniger als 5 Jahren. Als grundlegende Herausforderungen für den Berater oder die Therapeutin in der Arbeit im Mehrpersonensetting im Unterschied zur Arbeit im Einzelsetting werden die grössere Komplexität / Herausforderung in der Steuerung im Mehrpersonensetting, die herausforderndere Beziehungsgestaltung, gefolgt von der Notwendigkeit einer klareren Strukturierung der Themen / Ziele sowie einer klareren Strukturierung der Zeit sowie die Notwendigkeit einer klareren Grenzsetzung genannt.

Für kompetentes Handeln, etwa wie mit den oben beschriebenen Herausforderungen umzugehen, ist Handlungswissen als Kombination aus prozeduralem und deklarativem Wissen notwendig. Handlungswissen wird somit sichtbar im kompetenten Handeln. Entscheidend ist nicht das Wissen, sondern das daraus resultierende Handeln. Handlungswissen bezieht sich stets auf spezifische Situationen, entsteht durch Erfahrungen und kann als Stilles Wissen bezeichnet werden, welches nicht unbedingt bewusst zugänglich ist, also intuitiv angewandt wird. Ähnlich wie bei einer Unterschrift. Wir müssen zwar die Sprache kennen und des Schreibens mächtig sein. Dennoch ist der Prozess, in welchem wir unterschreiben, intuitiv. Vermutlich können wir dem Gegenüber nur schwerlich erklären, wie diese Unterschrift zustande kommt. Und schon gar nicht, was das Gegenüber tun muss, damit er diese Unterschrift ebenso ausführen kann.

Die Herausforderungen, welche die Prozessteuerung im Mehrpersonensetting beinhalten, stellen Erfahrung und somit eine gewisse Reife voraus, wobei Reife als qualitatives Produkt der Reflexion von Lebenserfahrung gesehen werden kann. Fiegl (2016) beschreibt Reifung als Prozess der Persönlichkeitsentwicklung, der die für den psychotherapeutischen Beruf erforderlichen Kompetenzen bereitstellt. Diese Sicht lässt sich ebenfalls auf den Beratungskontext beziehen. Dabei ist Reife nicht automatisch mit Lebenserfahrung gleichzusetzen. «Die Notwendigkeit einer Selbsterfahrung als wichtiger Teil der Ausbildung wird gerade dahingehend argumentiert, dass es darum geht, eigene Erfahrungen, Gefühle, Vorstellungen zu reflektieren, damit man sie eben nicht in den therapeutischen Prozess transportiert. Das bedeutet, es geht vordringlich um die Fähigkeit und Bereitschaft, sich selbst in Frage zu stellen und über die eigene Person zu reflektieren» (Fiegl 2016, S. 147). Frank et al. (2015) schreiben in der Auswer-

tung ihrer Untersuchungen zur Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung, «dass Selbsterfahrung über alle therapeutischen Orientierungen und Kohorten hinweg nach wie vor als unbedingt notwendiger Ausbildungsbestandteil erlebt wird. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung profitieren Ausbildungskandidatinnen psychotherapeutischer Ausbildungsgänge in ihrer Persönlichkeitsentfaltung, Kompetenzentwicklung und professionellen Beziehungsgestaltung in hohem Masse von selbsterfahrungsorientierten Anteilen in ihrer Ausbildung» (Frank et al. 2015, S. 126). Diese Betrachtungen scheinen ebenso relevant für die Entwicklung von Kompetenzen von Pflegefachleuten, für die Arbeit im Einzelsetting und im Besonderen für die Prozessgestaltung im Mehrpersonensetting.
Als Kennzeichen der Reife fasst Fiegl Experteninterviews mit ausreichendem Realitätsbezug, Frustrationstoleranz, geringer narzisstischer Bedürftigkeit und einem kontrollierten Umgang mit Gefühlen zusammen. «Reife hiesse psychische Belastbarkeit, Bindungsfähigkeit, Eigenverantwortung (Selbstorganisation), eine Idee der Selbstwirksamkeit und Gestaltungsfähigkeit zu haben“ (Fiegl 2016., S. 148). Kennzeichen und Persönlichkeitsvariablen, welche für die Prozessbegleitung und -gestaltung in der Arbeit im Mehrpersonensetting naturgemäss von Wichtigkeit sind.

Persönlichkeitsvariablen können als ein bedeutender Prädiktor für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung gesehen werden (Loos 2012), Wampold (2017) beschreibt ihn als ‚vergessenen Wirkfaktor‘. Diese Prämissen wurden vorrangig in der Arbeit im Einzelsetting untersucht. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Gestaltung der therapeutischen Beziehung im Mehrpersonensetting eine ähnliche Tragweite beigemessen werden kann; darüber hinaus gestaltet sich die Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting als komplexer und anspruchsvoller (Willi 2005). Dies wird durch die Interviews (Lampert2018) bestätigt und ist häufige Nennung als Faktor der Verunsicherung in der Zusammenarbeit im Angehörigen. In den Interviews mit den Hinweisen zur Parteilichkeit resp. Neutralität ist ein Spannungsfeld ersichtlich, welches die Manövrierfähigkeit des Beraters einengen kann. In der Therapie wird ein Leid beklagt, welches sich oft auf die Ebene des Zusammenlebens auswirkt. Einseitige Parteilichkeit oder distanzierte Neutralität kann die therapeutische Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting hemmen, erschweren oder gar verunmöglichen und zu einer Gefährdung der therapeutischen Allianz führen. Hilfreiche Konzepte wie die ‚Allparteilichkeit‘ (Boszormegny-Nagy 1978, Stierlin 1978) oder die ‚ausgleichende Parteilichkeit‘ (Willi 1978) wirken dieser Gefahr entgegen. Diese Konzepte müssen vermittelt und geübt werden. Wesentliche Grundlage hierfür ist die Mentalisierungsfähigkeit des Beraters, sich auf die ‚inneren Zustände‘ in sich selbst und im anderen beziehen zu können. Sie kann im Mehrpersonensetting sowohl als intrapsychische Fähigkeit als auch in hohem Masse als eine interaktionelle Fähigkeit gesehen (Brockmann & Kirsch 2010). Für die Förderung des Mentalisierens gibt es keinen besseren Weg, als es selbst zu tun (Brockmann & Kirsch 2015). Dies bedeutet, auf die Affekte des Gegenübers eingehen zu können, was im Mehrpersonensetting durch ‚Allparteilichkeit‘ oder ‚ausgleichende Parteilichkeit‘ gelingen kann. Mentalisieren kann die therapeutische Beziehung verbessern und öffnet einen ‚epistemischen Super Highway‘ für soziales Lernen und Veränderungen (Fonagy & Allison 2014). Um das Spannungsfeld der Parteilichkeit kurzzeitig aushalten zu können, scheint epistemisches Vertrauen zentral. Epistemisches Vertrauen oder Misstrauen ist nicht nur lediglich Persönlichkeitsmerkmal des Empfängers. Gelingt es dem Therapeuten bei ihren Patienten epistemisches Vertrauen auszulösen, fördert dies deren Bereitschaft, von ihm zu lernen und sich auf die Therapie einzulassen (Dittrich 2017). Diese Erfahrung kann im Mehrpersonensetting geradezu multipliziert werden und fördert die Entwicklung in Beziehungen. Die Fähigkeit des Beraters, Mitgefühl zu empfinden gilt dabei als Basis und ermöglicht erst Mentalisieren und das Auslösen epistemischen Vertrauens.

Die Basis für ein bindungsbasiertes Arbeiten im Mehrpersonensetting setzt spezifisches Fachwissen voraus. Die fehlende Grundlage der Konzepte der ‚Allparteilichkeit‘ oder ‚ausgleichenden Parteilichkeit‘ birgt die Gefahr der Manövrierunfähigkeit des Therapeuten. Diese Konzepte sind als Prozess zu verstehen, weniger als festes Gebilde. Mit dieser Arbeit nimmt der Berater eine kurzzeitige Koalition in Kauf, diese Schieflage gilt es kurzzeitig aufrecht zu erhalten, was ein gewisses Mass an Flexibilität und Gelassenheit, aber auch eine innere Distanz erfordert. Sich dieser Schieflage gewahr zu sein bedeutet, inneren Zuständen achtsam zu begegnen wie auch achtsam auf die inneren Zustände des

Gegenübers einzugehen. Gerade in diesen Prozessen steht weniger Fachwissen im Vordergrund: wie in den Interviews (Lampert 2018) betont wird, sind Übungsmöglichkeiten und Supervision für die Umsetzung und Etablierung eines eigenen Stils wichtig: Um Prozesse zu erkennen und diese hilfreich begleiten zu können.

Entsprechend vereinigt die Arbeit im Mehrpersonensetting Anforderungen an mehrere Dimensionen:

die Mentalisierungsfähigkeit, sich auf eigene ‚innere Zustände' und die des Andern zu beziehen, die Prozess- wie auch die Beziehungsgestaltung sowie die inhaltliche und zeitliche Strukturierung. Einerseits kann dem Zusammenspiel dieser Dimensionen eine ausserordentliche Komplexität attestiert werden, zumindest unter erschwerten Bedingungen, andererseits erhebt die systemische Therapie und Beratung den Anspruch, dies möglichst unauffällig zu tun. Vielleicht wird dem Mehrpersonengespräch gerade deshalb nicht die Aufmerksamkeit zuteil, welcher es bezogen auf die Herausforderungen eigentlich bedarf.

Exkurs: Schweigepflicht vs. Therapeutische Beziehung

Mitarbeitende einer psychiatrischen Institution unterstehen der Schweigepflicht. Hinter dem Begriff der Schweigepflicht stehen viele Interpretationen und auch Unsicherheiten.

Schweigepflicht bedeutet, dass vorsätzlich und unbefugt keine besonders schützenswerten Personendaten bekannt gegeben werden dürfen, von denen der Mitarbeiter bei der Ausübung seines Berufes, der die Kenntnis solcher Daten erfordert, erfahren hat. Sinngemäss bedeutet dies, dass beispielsweise psychiatrisch Tätige keine Informationen zur Krankheitsdiagnose, zum Krankheitsverlauf oder zu Inhalten von Patientengesprächen ohne die Einwilligung des Patienten an Dritte, also auch nicht an Familienmitglieder, weitergeben dürfen.

Psychiatrisch Tätige geraten mit dem Wunsch der Angehörigen nach Information oft in ein Dilemma. Insbesondere bei spontanen, überraschenden Anrufen oder Kontakten ist eine reflexartige Zurückhaltung zu beobachten. Selbst bei einer gegebenen Entbindung der Verschwiegenheitspflicht entsteht ein Gefühl der Verunsicherung, was gesagt werden kann und wo eher Zurückhaltung angesagt ist. Diese Verunsicherung entspringt dann weniger der Sorge, die Schweigepflicht zu verletzen, als vielmehr der Unsicherheit, Themen anzusprechen, die im Rahmen eines vertraulichen Gesprächs erfahren wurden. Selbst die simple Frage bei einer vorhandenen Entbindung der Schweigepflicht, ob es dem Sohn während der Entzugsbehandlung gelungen ist, abstinent zu bleiben, zielt auf diese Dilemmata.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen jedoch, dass auch bei einer unbedachten Antwort in einer guten therapeutischen Beziehung ein Fauxpas verziehen wird. Wichtig ist, die eigene Unachtsamkeit anzusprechen und sich beim Patienten zu entschuldigen.

Sollte eine Patientin in einer psychiatrischen Klinik wünschen, dass das Behandlungsteam keinen Kontakt mit den Angehörigen aufnimmt, so besteht dennoch die Möglichkeit, dass angehörige Vertrauenspersonen mit dem Behandlungsteam sprechen. Es steht Angehörigen frei, eigene Beobachtungen mitzuteilen oder Fragen zu psychischen Krankheiten zu stellen, wenn ihnen die Diagnose des Patienten bekannt ist. So ist ist es möglich, allgemein über die Krankheit zu sprechen. Die Therapeutin ist nach dem Gespräch jedoch verpflichtet, den Patienten darüber zu informieren. Fachpersonen sind dabei, wie bereits erwähnt, gefordert, nicht lediglich die gesetzliche Schweigepflicht zu beachten, sondern auch die therapeutische Beziehung zu wahren. Entsprechend wichtig scheint die Offenheit der Patientin gegenüber, wenn Angehörige sich melden.

In der Praxis einer separierten Angehörigenberatung zeigt sich diese Ausgrenzung leider häufig. Unter dem Vorwand der Schweigepflicht bleiben Angehörige oft aussen vor, haben dringende Fragen zum Umgang mit den Auswirkungen einer Erkrankung, welche die Schweigepflicht nicht tangieren. Hier entsteht der Wunsch, dass sich das Selbstverständnis der Offenheit gegenüber den Angehörigen in der somatischen Versorgung etwas in der psychiatrischen Praxis etablieren könnte. Nicht wider die Autonomie und Selbstbestimmung von Betroffenen, sondern im Verständnis eines gemeinsamen Dialogs zur Klärung von Berührungspunkten und Schnittstellen, welche sich nach einer stationären Versorgung automatisch ergeben.

Ableitungen für die Ausbildung, Weiterbildung und Praxis

Auch wenn die vorausgehende Argumentation ein Plädoyer für Massnahmen ist, welche Erfah-

rung und Sicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen, also Handlungswissen fördern, ist Wissensvermittlung grundlegend. Basiswissen wie bereits erwähnte Konzepte der Allparteilichkeit, das Wissen um die Phasen in den Bewältigungsstrategien von Angehörigen, ein gesetzeskonformer und bedürfnisgerechter Umgang mit der Schweigepflicht sind beispielsweise Wissensbereiche, welche es Einsteigern in Pflege- oder Gesundheitsberufe zu vermitteln gilt. Leitlinien für die Durchführung von Mehrpersonengesprächen können ebenfalls einfach und plausibel vermittelt werden. Weitaus entscheidender ist es jedoch, jungen Berufsleuten die Bedeutungsdimension der Angehörigkeit näher zu bringen. Etwa, durch einen Perspektivenwechsel. Jede und jeder von uns war wohl bereits einmal angehörig. Sich gewahr zu werden, welche Strategien in solchen Momenten als hilfreich erlebt wurden und was einem gefehlt hat, um mit einer herausfordernden Situation einen guten Umgang zu finden, ermöglicht, Angehörigen empathisch eine wertschätzende Haltung entgegenzubringen. Dieser Perspektivenwechsel kann als Initial zur Selbsterfahrung gesehen werden

Die interviewten psychiatrisch Tätigen messen therapeutenspezifischen Persönlichkeitsaspekten

eine hohe Bedeutung für die Beziehungsgestaltung bei der Durchführung von Mehrpersonengesprächen zu (Lampert 2018). Dies ist erkennbar als implizites Handlungswissen mit klaren Bezügen zur zitierten Literatur. Dieses meist unbewusste, prozedurale Wissen ist für eine wirksame therapeutische Beziehungsgestaltung zentral und fusst auf den Persönlichkeitsmerkmalen der Beraterin. Es zeigt sich jedoch oft auch eine Verunsicherung in komplexen Beratungssituationen: dort wo Ablehnung, Konflikte, ein unklarer Auftrag oder unklare Beziehungsaspekte zu Angehörigen wirken, sinkt die Selbstsicherheit. Wie in den Interviews betont und in der Literatur kongruent beschrieben, fussen Beziehungsaspekte im Einzel- wie im Mehrpersonensetting auf derselben Basis. Bei der Arbeit im Mehrpersonensetting erhöht sich jedoch die Komplexität de Beziehungsgestaltung. Hier sollen psychiatrisch Tätigen konsequent, ungeachtet deren Profession, die hilfreichen Konzepte zur Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting sowie die Grundlagen der Arbeit im Mehrpersonenkontext vermittelt werden. Auf dieser Grundlage fördern Intervision, Supervision und Übungsmöglichkeiten das explizite Erfahrungswissen, was prozedurales Handlungswissen aktiviert. Dies kann weiter durch Selbsterfahrung verbessert werden, indem die Persönlichkeitsentfaltung das eigene Kohärenzerleben stärkt und hilft, eigene Erfahrungen, Gefühle, Vorstellungen zu reflektieren, damit sie nicht in den therapeutischen Prozess transportiert werden. Auch von einer Vertiefung von Fachwissen und praktischen Übungen in der Gesprächsführung im Mehrpersonensetting könnten psychiatrisch Tätige in ihrer Grundausbildung mit der Entwicklung spezifischer Kompetenzen profitieren. Getragen wird diese Arbeit von einer positiven Grundhaltung gegenüber Angehörigen. Hier können die Institutionen mit verbindlichen Konzepten eine Grundlage schaffen und Standards formulieren, auf welchen die Zusammenarbeit mit Angehörigen fusst.

Die Begrenzung der Angehörigenarbeit sollte sich in einer modernen psychiatrischen Versorgung weniger an den Fragen nach Profession oder Provenienz, sondern als multiprofessionelle Angelegenheit am Auftrag, den Kompetenzen (Skills) und zeitlichen Ressourcen psychiatrisch Tätiger orientieren, damit Bedürfnisse der Familien und Lebensgemeinschaften berücksichtigt werden können. Der Einbezug wichtiger Bezugspersonen eröffnet entwicklungsfördernde Formen der Transaktion für alle Beteiligten. Dieser Einbezug bedeutet, dass Entwicklung in intimen Beziehungen stets die Entwicklung der Individuen fördert (Liechti et. al 2005). Jede Anstrengung, Angehörige respektvoll in die Hilfe einzubeziehen, ist begrüssenswert. Mit dem Einbezug von Angehörigen kann eine psychiatrische Behandlung als eine Dienstleistung am ‘System’ verstanden werden.

Autor

Thomas Lampert

Thomas Lampert ist Pflegefachmann Psychiatrie HF und Vizepräsident des Netzwerkes Angehörigenarbeit Psychiatrie. Er arbeitet als Koordinator Prävention und Angehörigenarbeit bei den St. Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd und war langjährig freiberuflich in einer ambulanten, psychiatrischen Praxisgemeinschaft tätig

Literatur

Bäuml J., Kissling W., Pitschel-Walz G. (1996): Psychoedukative Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluss auf Wissensstand und Compliance. Ergebnisse der Münchner PIP[1]Studie. Nervenheilkunde, 1996, 15(3): 145-15

Bäuml J., Pitschel-Walz G., Berger H., Gunia H., Heinz A., Juckel G. (2005): Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES). Schattauer, Stuttgart.

Brockmann J. & Kirsch, H (2010).: Konzept der Mentalisierung. Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung. Zeitschrift Psychotherapeut, 2010-55, Issue 4, S. 279–290

Brockmann J. & Kirsch, H (2015).: Mentalisieren in der Psychotherapie. Zeitschrift Psychotherapeuten Journal, 1/2015, S.13-22

Boszormeny-Nagy, I. & Sparks, G. (2006): Unsichtbare Bindungen. Stuttgart: Klett-Cotta

Dittrich, K. (2017): Systemische Forschung: Grundlagen der Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt. PP 16, Ausgabe Juni 2017, Seite 276

Fiegl, J. (2016): Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie. Münster: Waxmann
Fonagy, P. & Allison, E. (2014): The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. Psychotherapy 51/3 S. 372-380

Frank, Ch., Gahleitner, S.B., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., Koschier, K., Märtens, M., Schigl, B., Pieh, Ch., Böckle, M. & Leitner A. (2015): Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil der Psychotherapie – Qualitätsmerkmal oder Mythos? Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojektes „Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung“. resonanzen-journal, 02/2015, S. 114-130. Zugriff am 28.12.2017: http://www.resonanzen-journal. org/index.php/resonanzen/article/view/375/326

Franz, M.; Meyer, T.; Gallhofer, B. (2003): Belastungen von Angehörigen schizophren und depressiv Erkrankter – eine repräsentative Studie, in: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute (Hrsg.): Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland, Berlitz, S. 215-230.

Hoff, P. (2016): Zur Rolle von Angehörigen in einer psychiatrischen Behandlung: Störenfriede, Co-Therapeuten oder… Referat Fachtagung Angehörigenarbeit Psychiatrie Schweiz. Zürich.

Hirst, M. (2005): Carer distress: a prospective, population-based study. Soc Sci Med 2005; 61(3): 697–708.

Jungbauer, J.; Bischkopf, J.; Angermeyer, M. (2001): Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker – Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung, in: Psychiatrische Praxis 28, S. 105-114

Lampert, Th. (2018): Therapeutenspezifische Persönlichkeitsaspekte und die therapeutische Beziehung Ableitungen für die Arbeit im Mehrpersonensetting, Abschlussarbeit MAS Systemische Beratung und Pädaogik, ZSB Bern. (https://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/informationen_fachleute/referate/andere_tagungen/Lampert_Thomas_Abschlussarbeit_MAS_ZSB_Bern.pdf)

Lauber, C.; Eichenberger, A.: Luginbuhl, P.; Keller, C.; Rossler, W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. Eur Psychiatry 18[6], 285-289.

Liechti J., Eggel T., Rufer M. (2005): Weiterbildungsunterlagen ZSB Bern. Bern

Liechti J. & Liechti-Darbellay M. (2011): Im Konflikt und doch verbunden. Heidelberg: Carl-Auer

Loos, S. (2012): Zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Behandlung von Patienten mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen. Eine längsschnittliche Untersuchung. Dissertation

Scherer, E., Lampert, Th. (2017): Basiswissen: Angehörige in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag

Simon, F.B. (2017): Simons systemische Kehrwoche: Warum Einzeltherapie schwieriger ist als systemische Familientherapie. Zugriff am 06.11.2017: http://www.carlauer.de/blogs/kehrwoche/warum-einzeltherapie-schwietiger-ist-als-systemische-familientherapie/

Spiessl, H.; Schmitd, R.; Wiedermann, G.; Cording, C. (2005): Unzufriedene Angehörige – Kunstfehler psychiatrischer Behandlung oder ökonomische Notwendigkeit? Psychiatrische Praxis 2005; 32: 215–217.

Stierlin, H. (1978): Delegation und Familie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
Taubner, S. (2008): Einsicht in Gewalt. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Wampold, B. E. (2017): „What (really) works in therapy?“ Vortrag Internationale Systemische Forschungstagung, Heidelberg

Willi, J. (1978) Therapie der Zweierbeziehung. Reinbek: Rowohlt

Willi, J. in Rössler, W. (Hrsg.) (2005): Die Therapeutische Beziehung. Heidelberg: Springer

(C) magele-picture

Erfahrungen aus einem Projekt zur Förderung von „Bildungsdurchlässigkeit im Bereich der psychiatrischen Pflege“

Dem Lebensbegleitendem Lernen und die damit verbundene Entwicklung von Konzepten, die eine Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung an Hochschulen unterstützen, kamen in den Jahren 2011 bis 2020 eine vermehrte Aufmerksamkeit zu, da in diesem Zeitraum im Rahmen des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ vielfältige Projekte gefördert wurden, die diesen Ansatz verfolgten (BMBF 2021). Zudem wurde durch den Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.06.2002 eine zentrale Regelung im Hinblick auf die Entwicklung von Anrechnungsverfahren geschaffen. So sieht es der Beschluss vor, dass bis zu 50 Prozent eines Hochschulstudiums durch außerhochschulisch erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten ersetzt werden können, sofern ein Nachweis der Gleichwertigkeit erbracht wird (KMK 2002).

Vor diesem Hintergrund wurde auch an der Frankfurt University of Applied Sciences (Frankfurt UAS) das Projektvorhaben „Main-Career – Offene Hochschule“ initiiert, welches von 2011 bis 2017 vom BMBF sowie in der ersten Förderphase zusätzlich durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert wurde. Im Rahmen des Projektes wurde ein attraktiver Zugangsweg für Absolvent*innen der Weiterbildung zur/zum Fachpfleger*in für Psychiatrische Pflege in den Bachelor-Studiengang Pflege- und Case Management (B.Sc.) in Form eines pauschalen

Anrechnungsverfahrens geschaffen, welches an der Frankfurt UAS zu diesem Zeitpunkt für den Bereich der psychiatrischen Pflege als ein innovativer Ansatz etabliert und somit von Grund auf neu zu konzipieren und zu erproben war. Als ein ausschlaggebender Vorteil der pauschalen Anrechnung ist im Vergleich zu den bereits praktizierten individuellen Verfahrensweisen hervorzuheben, dass der Prozess der Antragstellung für die Weiterbildungsabsolvent*innen maßgeblich vereinfacht wird, da die Prüfung der Gleichwertigkeit für das gesamte Weiterbildungsangebot durchgeführt wird und somit die individuelle Darlegung und Überprüfung von Kompetenzen auf Ebene der Einzelpersonen nicht mehr erforderlich ist. So ist eine erneute Prüfung des Verfahrens lediglich notwendig, wenn beispielsweise Änderungen am Weiterbildungs- oder Studiengangskonzept vorgenommen werden. Als eine Voraussetzung zur pauschalen Anrechnung wurde festgelegt, dass der Weiterbildungsabschluss an der Frankfurt UAS erworben sein muss und im Hinblick auf die Aktualität der erworbenen Kompetenzen nicht länger als fünf Jahre zurückliegen darf (Schädle-Deininger et al. 2016a, S. 46 f.).

Die Etablierung des pauschalen Anrechnungsverfahrens war außerdem mit dem Anliegen verknüpft, insbesondere vor dem Hintergrund der internationalen Bildungssituation einen weiteren Schritt hin zur Förderung der Akademisierung in der Pflege zu leisten, obgleich es hierbei keinesfalls vordergründig war, den Absolvent*innen auf einem möglichst schnellen Weg den akademischen Abschluss zu ermöglichen, sondern es war vielmehr ein zentrales Bestreben, gerade aufgrund dieser verkürzten Bildungswege sicherzustellen, dass die für die pflegerische Praxis erforderlichen zentralen Kompetenzen nicht nur voll umfänglich, sondern vor allem auf akademischem Niveau erworben werden und die Übergänge zielgruppengerecht ausgestaltet bzw. an die Bedürfnisse und Bedarfe der Weiterbildungsabsolvent*innen angepasst werden (Schädle-Deininger 2020, S. 44). Demensprechend war neben einer qualitätsgesicherten Vorgehensweise auch der enge Austausch mit den Anrechnungsstudierenden bedeutsam, in den u.a. eine Befragung zu den Erfahrungen mit dem verkürzten Studium eingebettet wurde, auf Basis dessen Unterstützungsbedarfe frühzeitig erhoben und entsprechende Angebote bereits für die ersten Anrechnungsstudierenden entwickelt und bereitgestellt werden konnten. So wurden neben regelmäßigen Terminen zum Erfahrungsaustausch mit kleineren Schulungs- und Beratungseinheiten auch ein Beratungskonzept sowie Informationsmaterialien entwickelt, die nach Projektende in den Download- sowie Publikationsbereich von MainCareer auf die Homepage der Frankfurt UAS eingestellt wurden. Somit stand die Qualitätssicherung im gesamten Prozess sehr stark im Fokus, was zugleich dazu führte, dass das pauschale Anrechnungsverfahren seit dem Jahre 2016 in der nexus good practice Datenbank als ein gutes Beispiel ausgewiesen ist (HRK 2016). Außerdem ist hervorzuheben, dass die Teilnehmenden mit Abschluss der staatlich anerkannten Weiterbildung gemäß § 1 (1) Punkt 5 der Verordnung über den Zugang beruflich Qualifizierter zu den Hochschulen im Lande Hessen vom 16. Dezember 2015 eine Hochschulzugangsberechtigung erhalten, die zur Aufnahme eines Studiums berechtigt, was ebenfalls dazu beitrug, dass die Wege in das Studium vereinfacht wurden.

Nach Abschluss des Projektes „MainCareer – Offene Hochschule“ sind nun fast vier Jahre vergangen. Das Angebot der Weiterbildung zur/zum Fachpfleger*in für Psychiatrische Pflege musste an der Frankfurt UAS aufgrund einer anderen Schwerpunktsetzung sowie organisatorischer Umstrukturierungsmaßnahmen zwischenzeitlich eingestellt werden, sodass für Absolvent*innen, deren Abschluss weiter zurückliegt, vor dem Hintergrund von Empfehlungen, die auf Basis des qualitätsbasierten pauschalen Anrechnungsverfahrens abgeleitet wurden, ein individuelles Verfahren ermöglicht wurde.

Auch im Hinblick auf den heutigen Entwicklungsstand haben die Erkenntnisse sowie Empfehlungen, die in den folgenden Abschnitten rückblickend dargelegt sind, nicht an Relevanz verloren. So wurde die Eröffnung von Anrechnungsmöglichkeiten von Anteilen der beruflichen Ausbildungen auf die hochschulische Pflegeausbildung beispielsweise auch in § 38 (5) des Gesetzes über die Pflegeberufe - Pflegeberufegesetz (PflBG) aufgegriffen, das 2020 verabschiedet wurde.

Zentrale Elemente und Eckpfeiler für ein qualitätsgesichertes Verfahren

Da die Entwicklung des pauschalen Anrechnungsverfahrens aufgrund der qualitätsgesicherten Vorgehensweise mit einem hohen Aufwand verbunden war, wurde im Rahmen einer fragebogengestützten Zielgruppenanalyse zunächst überprüft, ob es für Teilnehmende

der Weiterbildung zur/zum Fachpfleger*in für Psychiatrische an der Frankfurt UAS überhaupt einen Anreiz zur Aufnahme eines Studiums darstellen würde, wenn ihre Kompetenzen durch ein entsprechendes Verfahren angerechnet werden und welche Bedarfe und Bedürfnisse im Falle eines Studiums aufseiten der Weiterbildungsteilnehmenden bestehen würden. Da letztlich 10 der 16 befragten Weiterbildungsteilnehmenden angaben, im Falle einer entsprechenden Anrechnungsmöglichkeit ein Pflegestudium aufzunehmen (Luft et al. 2014, S. 41), wurde das Vorhaben – ein pauschales Anrechnungsverfahren zu entwickeln – auch weiterhin als eine zentrale Projektmaßnahme verfolgt. Als Zielstudiengang wurde hierfür der B.Sc. Pflege- und Case Management gewählt, da dieser an bereits erworbene Grundqualifikationen der Weiterbildungsteilnehmenden anknüpft.

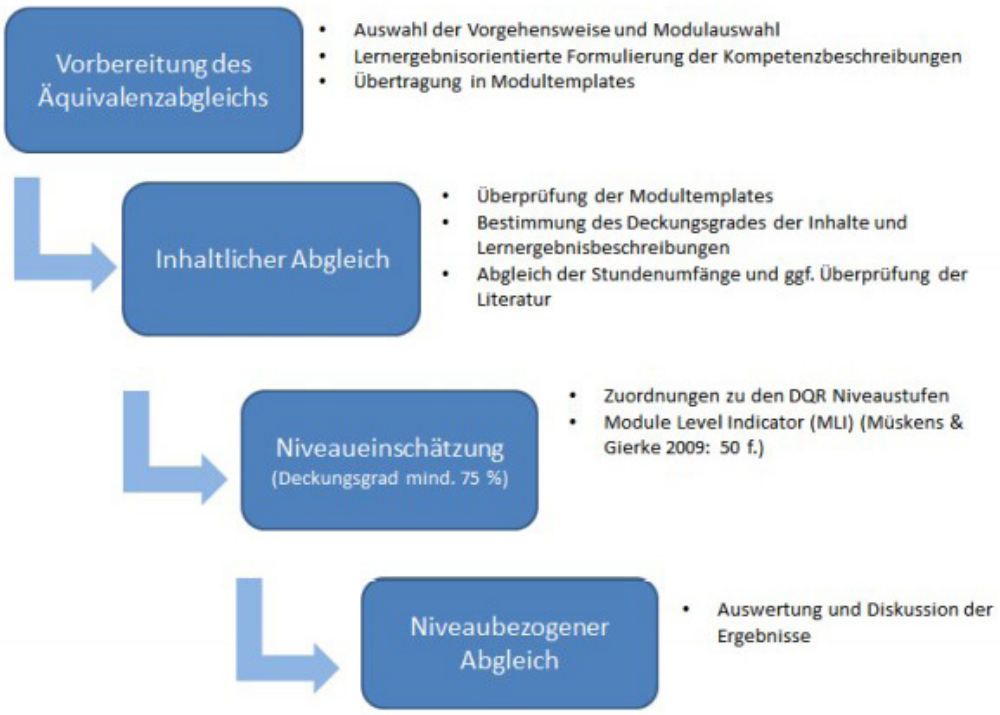
Wie bereits einleitend dargelegt, wurde dem pauschalen Anrechnungsverfahren im ersten Schritt eine Vorgehensweise zur Überprüfung der Gleichwertigkeit – das sogenannte Äquivalenzverfahren – vorgeschaltet, welches mehrere Stufen bzw. Elemente umfasste, um der pauschalen Anrechnung einen möglichst hohen Grad der Qualitätssicherung zu Grunde zu legen (vgl. hierzu vertiefend Abbildung 1).

Im Zuge dieser Verfahrensweise nahm neben der Gegenüberstellung sowie dem Abgleich der Kompetenzen auf einer inhaltlichen Ebene (inkl. Abgleich der Inhalte, Lernergebnisse, Literatur, Stundenumfänge sowie Prüfungsformen) auch die Überprüfung des jeweiligen Niveaus der Kompetenzbeschreibungen der Module, die einen inhaltlichen Deckungsgrad von mindestens 75 % aufwiesen, einen zentralen Stellenwert ein (Loroff & Hartmann 2012, S. 12). Hierfür war es initial zunächst jedoch notwendig, das Niveau der Kompetenzbeschreibungen zu bestimmen, welches anhand der Niveaustufen des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR) (vgl. Deutscher Qualifikationsrahmen, 2011) sowie unter Anwendung des Module Level Indicators (Müskens & Gierke 2009, S. 50 f.) sowohl von Projektmitarbeitenden als auch Modulverantwortlichen eingeschätzt wurde. Um die Ergebnisse des zweistufigen Abgleichs möglichst umfassend zu diskutieren und anhand von Beispielen zu belegen, wurden kollegiale Gespräche mit der Studiengangsleitung und Modulverantwortlichen durchgeführt.

Ein ausschlaggebender Grund für den Einsatz von zwei unterschiedlichen Instrumenten bzw. Referenzrahmen zur Niveaueinschätzung war es, dass der DQR primär die Einordnung gesamter Qualifikationen fokussiert und sich der MLI hierzu ergänzend auf Modulebene als eine erweiternde Perspektive einbeziehen lässt (vgl. Müskens & Eilers-Schoof 2012).

Diesen Prozess unterstützend haben sich die folgenden Instrumente sowie Vorgehensweisen als hilfreiche sowie qualitätssichernde Ergänzungen bewährt, die für ähnliche Vorhaben zu empfehlen sind:

Quelle: Schädle-Deininger et al. 2016b, S. 5



Der Äquivalenzabgleich ergab, dass Anteile der Weiterbildung in Höhe von bis zu 90 Credit Points auf den Studiengang angerechnet werden können. Da einzelne, als anrechenbar identifizierte Module im Studienverlauf nicht jedes Semester angeboten werden, wurde für die Anrechnungsstudierenden ein alternativer Studienverlaufsplan erstellt, sodass es für diese letztlich möglich war, das Studium von sechs auf fünf Semester zu verkürzen. Die ausführliche Vorgehensweise des Äquivalenzabgleiches, die in den vorherigen Abschnitten stark eingekürzt dargestellt wurde basiert u.a. auf Schädle-Deininger 2016b (S. 5-7) und ist in dieser Publikation ausführlich beschrieben.

Von ersten Anrechnungsstudierenden wurde im Rahmen einer schriftlichen Befragung rückgemeldet, dass die Anrechnung einzelner Module im Studienverlauf im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Studium und beruflicher Tätigkeit als förderlich erlebt wurde, auch wenn ebenfalls eine umfangreichere zeitliche Verkürzung am Stück gewünscht wurde. Auch zum Anrechnungsverfahren wurden positive Rückmeldungen gegeben, obgleich die Ergebnisse aufgrund des Rücklaufs von vier zunächst als erste Tendenzen zu betrachten sind. So wurde von den Anrechnungsstudierenden u.a. angegeben, dass es ihnen durch das Studium möglich war ihr fachliches Wissen aus der Weiterbildung sowie ihre bisherigen (Berufs-)Erfahrungen zu erweitern und mit Studieninhalten zu vernetzen (bspw. wissenschaftliches Arbeiten, Reflexionsfähigkeit sowie das kritische „Hinterfragen“ sowie die Theorie-Praxis-Verknüpfung). Zudem wurde rückgemeldet, dass die richtigen Module angerechnet wurden und dass das Studium bei ihnen etwas verändert und bewirkt hat (bspw. die Weiterentwicklung von persönlicher sowie fachlicher Kompetenz, berufliches Standing). Häufig wurde von den Anrechnungsstudierenden außerdem geäußert, dass sie sich durch das Studium einen umfangreicheren beruflichen Einfluss erhoffen, um bspw. das pflegerische Berufsbild zu stärken, sich aktiv in unterschiedlichen Arbeitsbereichen fachlich einzusetzen oder um bei der Professionalisierung und Akademisierung des Berufes mitzuwirken. Positiv wurde auch die kontinuierliche Begleitung während des Studiums bewertet (Schädle-Deininger & Behrens 2018, S. 178).

Fazit

Die dargelegten Ergebnisse sowie Rückmeldungen der ersten Anrechnungsstudierenden weisen darauf hin, dass das pauschale Anrechnungsverfahren sowie der damit verbundene vereinfachte Zugangsweg in ein Studium im Sinne des Lebensbegleitenden Lernens perspektivisch zur Akademisierung sowie Professionalisierung der Pflege beitragen könnte. Zugleich gilt es, aufgebaute Strukturen, die einen ersten Beitrag zur Bildungsdurchlässigkeit leisten, zu festigen und durch eine qualitätsgesicherte Vorgehensweise zu gewährleisten, dass trotz Verkürzung des Studiums alle erforderlichen Kompetenzen in einem vollen Umfang sowie auf einem akademischen Niveau erworben werden und auch die Studierbarkeit sichergestellt ist, indem die Studierenden bspw. durch Beratungsangebote kontinuierlich begleitet werden.

Autorin

Lisa Luft MSc
Diplom-Pflegewirtin (FH), M.Sc. in Public Health, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Promovendin an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, Lehrbeauftragte an der Frankfurt UAS, seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin in unterschiedlichen Forschungsprojekten

Autorin

Hilde Schädle Deininger
Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachautorin, Dipl. Pflegewirtin (FH), Dozentin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegender, Fachbuchautorin; Sie war die Promotorin in diesem Projekt, ehemalige Lehrbeauftragte sowie Leiterin der Weiterbildung Fachpflege in der Psychiatrie an der Frankfurt University of Applied Sciences
schaedle-deininger@t-online.de

Literatur

Anderson, L. W.; Krathwohl D. R. (2001): A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York: Longman.

Bloom, B. S.; Engelhardt, M. D.; Furst, E. J.; Hill, W. H.; Krathwohl, D. R. (1972): Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich. Weinheim u.a.

BMBF (2021): https://www.wettbewerb-offene-hochschulen-bmbf.de/bund-laender-wettbewerb-aufstieg-durch-bildung-offene-hochschulen (letzter Zugriff am 24.07.2021).

Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) (2011): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen verabschiedet vom Arbeitskreis

Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) am 22. März 2011. Online verfügbar unter: https://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf (letzter Zugriff am 29.07.2021).

HRK Hochschulrektorenkonferenz (2016): Neue Bildungswege in der psychiatrischen Pflege. Online verfügbar unter: https://www.hrk-nexus.de/material/gute-beispiele-und-konzepte-good-practice/detailansicht/meldung/neue-bildungswege-in-der-psychiatrischen-pflege-3869/ (letzter Zugriff am 24.07.2021).

KMK (2002): Anrechnung von außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium (I). Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.06.2002. Online verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2002/2002_06_28-Anrechnung-Faehigkeiten-Studium-1.pdf (letzter Zugriff am 24.07.2021).

Loroff, C.; Hartmann, E. A. (2012): ANKOM-Arbeitsmaterialie Nr. 2. Verfahren und Methoden der pauschalen Anrechnung. 2. Auflage Hannover: HIS. Online verfügbar unter: http://ankom.dzhw.eu/pdf_archiv/M2_Ankom.pdf (letzter Zugriff am 24.07.2021).

Luft, L.; Steeb, I.; Tolle, P.; Beckmann, M. (2014): Ergebnisbericht einer explorativen Erhebung an der Frankfurt University of Applied Sciences zu Qualifikations- und Ausbildungswegen, beruflichen Kompetenzen, Lebenssituationen und Lebensentwürfen von pflegeberuflich qualifizierten Personen im Kontext des Projektes „MainCareer –Offene Hochschule". Forschungsbericht. Online verfügbar unter: https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Hochschule/Ueber_uns/MainCareer/Publikationen/Teilbereich_Pflege/Ergebnisbericht_Zielgruppenanalyse_TP_Pflege.pdf (letzter Zugriff am 09.06.2021).

Müskens, W.; Gierke, W. B. (2009): Gleichwertigkeit von beruflicher und hochschulischer Bildung. Report – Zeitschrift für Weiterbildungsforschung, 32(3), S. 46-54.

Müskens, W.; Eilers-Schoof, A. (2012): Teilergebnisse des Querschnittsbereiches Kompetenzerfassung und -anrechnung. Online verfügbar unter: https://www.uni-oldenburg.de/fileadmin/user_upload/anrechnungsprojekte/Teilergebnisse_Anrechnung.pdf (letzter Zugriff am 25.07.2021).

Schädle-Deininger, H.; Luft, L.; Kohlesch, A. (2016a): Auf dem Weg zur Akademisierung in der Pflege. Soziale Psychiatrie 40(1), S. 46-47.

Schädle-Deininger, H.; Luft, L.; Kohlesch, A.; Schmidt, M. (2016b): Auf dem Weg hin zur Akademisierung in der Pflege – Verknüpfung pflegerischer Weiterbildung mit dem Studium. Online verfügbar unter: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/dgsp/Flyer__Infoblatt__KuFo-Programme_u._Broschueren_als_PDF/Akamisierung_in_der_Pflege-AEnderungen.pdf (letzter Zugriff am 25.07.2021).

Schädle-Deininger, H.; Behrens, J.: (2018) Pflegerische Bildung, Akademisierung und Qualifizierung – Möglichkeiten der Verknüpfung von beruflicher und hochschulischer Bildung am Beispiel der Psychiatrischen Pflege. Pädagogik der Gesundheitsberufe 5(3), S. 172-181.

Schädle-Deininger, H. (2020). Bildung und Psychiatrische Pflege – Bildungsdurchlässigkeit – mögliche Auswirkungen auf die psychosoziale Versorgung. PADUA 15(1), S. 43-49.

TH Wildau (o.J.): Leitfaden zur Äquivalenzprüfung Modulverantwortliche TH Wildau. Online Publikation: https://docplayer.org/33502055-Leitfaden-zur-aequivalenzpruefung-modulverantwortliche-th-wildau.html (letzter Zugriff am 12.03.14).

Verordnung über den Zugang beruflich Qualifizierter zu den Hochschulen im Lande Hessen*) Vom 16. Dezember 2015.

Literaturrecherche im Gesundheitswesen

„Fake News“ pflegte der letzte amerikanische Präsident Texte zu nennen, die nicht seiner Meinung entsprachen. Die Frage nach zuverlässigen Informationen ist auch in den Gesundheitsberufen zunehmend schwieriger zu beantworten. In den Gesundheitswissenschaften erscheinen jährlich mehr als 4 Millionen Fachtexte. Zunehmend werden in allen Bereichen der Pflege – bis hin zur Arbeit mit Patient*innen – Kompetenzen benötigt, um Literatur schnell zu finden, zu beurteilen, zusammenzufassen und in die tägliche Arbeit zu überführen. In unserem Beitrag stellen wir Ihnen vor, wie Sie schnell die richtige Zeitschriftenliteratur für Ihr Projekt finden.

Noch bis in die 80er Jahre hinein konnte man problemlos nahezu alle Fachartikel, die in der Pflege erscheinen zumindest überfliegen. 1980 erscheinen rund 270 Fachartikel im deutschsprachigen Raum. Mit dem Aufkommen der ersten Studiengänge und der zunehmenden Verbreitung des Internets nahm diese Zahl in den späten 90er Jahren sprunghaft zu. Im Jahr 2000 erschienen bereits mehr als 4000 Fachartikel in über 100 Pflegefachzeitschriften. 2020 hat die Anzahl der Publikationen die 10.000er Marke deutlich überschritten - mehr als 250 Fachzeitschriften zählt der Markt mittlerweile. Die Zeitschriftendatenbank CareLit listet für Mitte 2021 rund 206.000 Publikationen auf, die seit 1947 erschienen sind.

(C) Robert Reschke

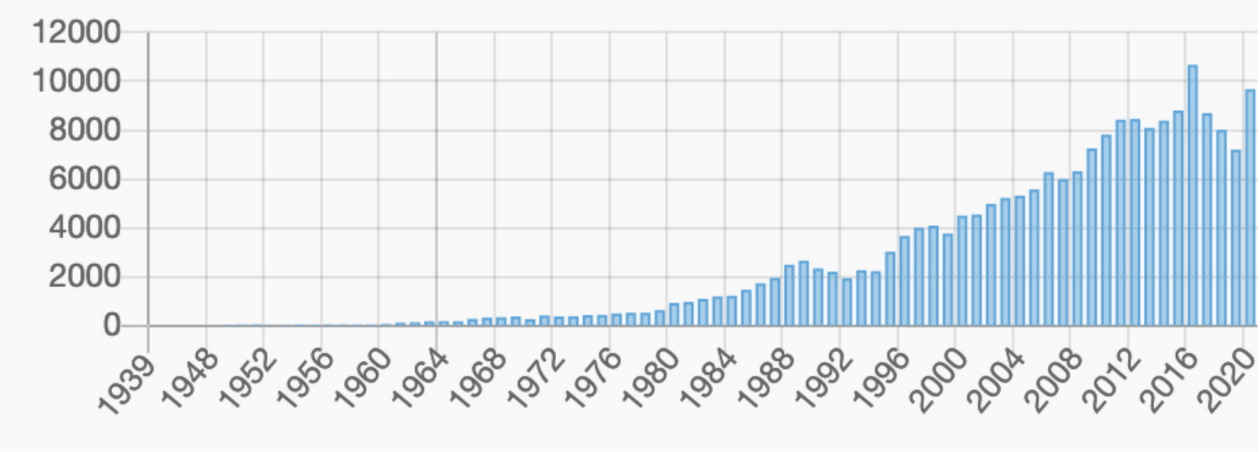


Abbildung 1: Fachartikel / Jahr in deutschsprachigen Pflegezeitschriften (Quelle: www.carelit.de)

Diese Entwicklung ist einerseits natürlich zu begrüßen: Sie spiegelt die exponentielle Zunahme des verfügbaren Wissens sowie die zunehmende Spezialisierung der Pflegeberufe wieder - ist also auch ein Zeichen gesteigerter Professionalität. Dem steht allerdings gegenüber, dass die Informationsrecherche und -Beschaffung zunehmend zeitaufwändiger geworden ist.

Wo suchen?

Für die Suche nach geeigneter Literatur bieten sich verschiedene Möglichkeiten:

Suchmaschinen wie Google oder Google Scholar bieten sich vor allem dann an, wenn man sich einen schnellen Überblick verschaffen möchte. Sie haben den Vorteil, dass relevante aktuelle Seiten gefunden werden, und das tagesaktuell. Nachteilig ist, dass nicht nur redaktionell geprüfter Inhalte (z.B. aus Fachzeitschriften) gefunden werden, sondern auch Seiten, deren Informationsqualität Sie selbst überprüfen müssen. Zudem sind große Teile der Fachinformationen (z.B. aller renommierten Verlage) nur rudimentär abrufbar.

Praxisaufgabe 1: Rufen Sie die Seite http://www.sciencepublishinggroup.com/journal/index?-journalid=219 auf. Wie beurteilen Sie diese Zeitschrift?

Die Lösung finden Sie am Ende des Artikels unter Lösung 1

Frei zugängliche Fachdatenbanken: Unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ führt die amerikanische „National Library of medicine“ die größte internationale Datenbank für medizinische und gesundheitswissenschaftliche Fachtexte. Teile davon sind auch ohne Abonnement zugänglich (sog. OPEN ACCESS oder FREE FULLTEXT). Diese Datenbank führt vor allem englischsprachige wissenschaftliche Fachtexte aus Peer-Review-Journals, ist aber für Leser/-innen, die wenig Erfahrung im Lesen von Studien haben, zeitaufwändig und nicht immer leicht zu verstehen. Vorteil: Nahezu alle Fachartikel sind in Zusammenfassungen („Abstracts“) abrufbar, die bereits einen ersten Eindruck vom Inhalt verschaffen. Die Texte selbst können in der Regel nur über große medizinische Fakultäten eingesehen werden. Unter https://www.livivo.de findet sich ein entsprechendes deutschsprachiges Pendant. Auch hier kommt man allerdings nicht ohne Weiteres an die Fachartikel. Unter https://www.carelit.de findet sich die Datenbank CareLit, die über 97% der deutschsprachigen Artikel im Volltext bereithält - viele davon können direkt als PDF heruntergeladen werden. Vorteil dieser Datenbank: Neben den reinen wissenschaftlichen Verlagen sind fast alle Verlage aus Deutschland, Österreich und der Schweiz vertreten (z.B. Mabuse-Verlag, Bibliomed, hpsmedia). Mit dem Zugang zur Datenbank sind rund 90 Zeitschriften nutzbar.

Bibliothekskataloge und Portale: Wenn Sie an einer Einrichtung tätig sind, die einer Hochschule angeschlossen sind, können Sie häufig die Infrastruktur der Hochschulbibliothek für Ihre Recherchen nutzen. Nahezu alle Hochschulen halten hierfür eigene Rechercheportale bereit, um Datenbanken und Verlagsverzeichnisse zu recherchieren. Vorteil: Verfügt die Hochschule über einen Zugang zu einer Zeitschrift, können Sie diese häufig auch außerhalb der Bibliothek (z.B. im Intranet) nutzen. Fragen Sie einfach einmal in Ihrer Einrichtung nach, welche Journals angeboten werden.

„Graue Literatur“: Viele Anbieter stellen Fachartikel und Studienergebnisse in Form von „grauer

Literatur“ zur Verfügung. Darunter versteht man Publikationen, die auf Grund eines (wissenschaftlichen) Auswahlverfahrens veröffentlicht wurden, nicht allerdings in Zeitschriften. Ein gutes Beispiel hierfür sind sog. Kongressbände („Proceedings“), die häufig kostenlos verfügbar sind - und zentrale Vorträge eines Kongresses in Fachartikelform zusammenfassen. Doch Vorsicht: Manche Websites veröffentlichen Proceedings gegen Zahlung. Diese Texte sind häufig von schlechter Qualität oder verfolgen kommerzielle Firmeninteressen.

Praxisaufgabe 2: Rufen Sie die Seite https://nursepractice.nursingconference.com/ des wissenschaftlichen Kongresses „patient care and Nursing“ auf. Wie beurteilen Sie diesen Kongress? Würden Sie dort anreisen?

Die Lösung finden Sie am Ende des Artikels unter Lösung 2

Wie suchen?

Neben der Frage („Wo suche ich“) steht vor allem die Frage nach dem „Wie“ am Anfang einer Recherche. In der Wissenschaft existieren komplexe Mechanismen, um Themen nachvollziehbar zu finden (.z.B. PICO-Schema). Für die Praxis hat sich die „5-W-Strategie für eine effektive Recherche“ bewährt.

Was suche ich?

Zunächst sollten Sie das Thema eingrenzen und Begriffe konkretisieren (Analyse des Informationsbedarfs, z.B. Welche Standards existieren, was sagt die Wissenschaft?)

Wofür suche ich?

Anschließend sollten Sie Kosten, Nutzen und Zeit auf den Zweck der Informationssuche abstimmen. Hier kann man sich beispielsweise einen zeitlichen Rahmen setzen.

Wo suche ich?

Danach sollten Sie Informationsquellen und Publikations-/Dokumententypen festlegen . Dies beinhaltet die Auswahl der Informationsquellen, z.B. Kataloge, Suchportale, Datenbanken, Zeitschriftenverzeichnisse, Internet). Suchen Sie eher national oder international? Geht es um Praxiskonzepte oder die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse?

Wie suche ich?

Erstellen Sie einen kurzen Plan über die einzelnen Recherche-schritte und –systeme (Suchstrategie festlegen mit Suchbegriffen für formale und sachliche Suche in den jeweiligen Informationsquellen).

Womit suche ich?

Vor der eigentlichen Suche sollten Sie Suchinstrumente der verwendeten Recherchesysteme ausfindig machen und die Nutzung ausprobieren (dies beinhaltet, sich mit Hilfsmitteln wie z.B. Operatoren, Indices, Schlagwörtern, Klassifikationen etc. vertraut zu machen).

Jedes Recherchesystem bringt hier eigene Verfahren mit. Nahezu alle Datenbanken bieten beispielsweise die Verknüpfung von Stichworten mit UND bzw. ODER (AND / OR) bzw. die Abkürzung („Trunkierung“) mit * und ?, wobei das Fragezeichen für ein beliebiges Zeichen steht, das Sternchen für eine beliebige Zeichenkette.

Hilfe zur Profisuche

In der Profisuche können Sie freie Suchanfragen formulieren. Wählen Sie eines der verfügbaren Felder (z.B. SUCHBEGRIFF), anschließend einen Vergleichsporator (z.B. =) und daran den Suchtext (z.B. Pflegebildung). Ihr Suchstring lautet dann: *SUCHBEGRIFF=Pflegebildung*
Sie können einzelne Abfragen durch UND/ODER kombinieren sowie über Klammern hierarchisieren.

Suchbeispiel	Logik
SUCHBEGRIFF=Pflege AND SUCHBEGRIFF=Intensivstation	alle Beiträge, die den Begriff *Pflege* und den Begriff *Intensivstation* enthalten
SUCHBEGRIFF=Cerebralpares*	alle Beiträge, die mit der Zeichenkette *Cerebralpares* beginnen
AUTOR=Bienstein AND Jahr=2013	alle Beiträge von *Bienstein* aus dem Jahr *2013*
Schlagwort=Koma	alle Beiträge mit dem Schlagwort *Koma*
(SUCHBEGRIFF=Corona or SUCHBEGRIFF=COVID-19) AND Jahr=2021	alle Beiträge aus dem Jahr 2021, in denen *Corona* oder *Covid-19* vorkommt
(SUCHBEGRIFF=Demenz OR SUCHBEGRIFF=Parkinson) AND Jahr>2017 AND Jahr<2019 AND ABSTRACT=Klinik	alle Beiträge zwischen 2017 und 2019 in den der Begriff *Demenz* oder der Begriff *Parkinson* vorkommt sowie das Wort *Klinik* im Abstract

Folgende Suchverknüpfungen sind verfügbar:

Suchbeispiel	Logik
UND/AND	Beide und verknüpften Suchfelder müssen vorkommen
ODER/OR	Eines der beiden Suchfelder muss vorkommen
()	Wenn keine Klammern gesetzt sind, hat die Operation "und" Vorrang vor der Operation "oder"
* ?	* ersetzt eine beliebige Zeichenkette, das ? einen Buchstaben
Felder	Die Suche ist in folgenden Feldern möglich: Suchbegriff (suche im Fall Text), Titel, Autor, Abstract, Schlagwort, Jahrgang

Abbildung 2: Trunkierungen und Quantoren bei CareLit

Fachartikel sind in unterschiedlichen Fachzeitschriften oft sehr unterschiedlich aufgemacht. Prinzipiell werden verschiedene Text- und Publikationssorten unterschieden:

- **Wissenschaftliche Fachartikel** („Peer- Review-Artikel“, „Originalarbeiten“): Diese Artikel haben im der Regel einen deutschen und englischen Titel, eine deutsche und englische Zusammenfassung (Abstract), Schlüsselwörter (Keywords) sowie weitere Elemente, die auf einen wissenschaftlichen Kontext schließen lassen (Mehrere Autor*innen unterschiedlicher Einrichtungen, Erklärung zu Ethik und Interessenkonflikten, Literaturangaben, Angaben zum Begutachtungsverfahren etc.). Diese Artikel (siehe Beispiel unten links) gelten als „Gold-Standard“ im Publikationsgeschehen. Sie sind in der Regel ausschließlich in wissenschaftlichen Journals zu finden, für Anfänger/-innen aber oft nicht leicht zu lesen.
- **Fachbeiträge** („Fachbeitrag“, „Thema des Monats“, „Position“, „Neues aus...“ etc.): Diese Beiträge werden häufig von professionellen Redakteur/-innen geschrieben oder sind Zusammenfassungen von Expert/-innen. Häufig geht es darum, komplexe Sachzusammenhänge einfach und graphisch ansprechend aufzuarbeiten. ein Beispiel finden Sie in Abbildung 3 rechts. Eine gewisse Skepsis gegenüber den Inhalten ist angebracht, insbesondere wenn nicht erkennbar ist, worauf die Inhalte beruhen oder wie alt die verwendeten Quellen sind.
- **Ratgebertexte:** Diese Textsorte ist häufig daran zu erkennen, dass die Autorin/der Autor überhaupt nicht mehr genannt ist, weil die Person keine Rolle spielt. Sie ist austauschbar und es ist oft nicht erkenntlich, ob diese Person überhaupt Expertin/Experte für dieses Fachgebiet ist. Diese Beiträge sind häufig exemplarisch („Das hilft gegen Dekubitus“), erklärend („10 Fakten für eine gute Pflegedokumentation“), Interesse weckend („So überstehen Sie jeden Nachtdienst“) oder lustig bzw. emotional („Stress mit der Stationsleitung“). Häufig schließen sich erklärende Passagen an.
- **Professionelles Marketing**: Diese Texte („Advertorial“, „Market“, „Anzeige“) dienen der - mehr oder weniger sichtbaren - Bekanntmachung von neuen Produkten, Dienstleistungen oder Anbietern. Es geht also weniger um neutrale Information oder Unterhaltung als um geschickte Imagewerbung - ohne dass einfach er-

54 Originalia | Intensivmedizin

Original Articles | Intensive Care Medicine

COVID-19: Auswirkungen des Lockdowns auf die operative Patientenversorgung in Deutschland im April 2020

NACHDRUCK*

COVID-19: Lockdown impact on surgical patient treatment in Germany April 2020

E. Bialas[1] · A. Schleppers[2,3] · T. Auhuber[4,5]

▶ Zitierweise: Bialas E, Schleppers A, Auhuber T: COVID-19: Auswirkungen des Lockdowns auf die operative Patientenversorgung in Deutschland im April 2020. Anästh Intensivmed 2021;62:054-062. DOI: 10.19224/ai2021.054

Zusammenfassung

Der Lockdown in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie im März und April dieses Jahres führt zu einer Reduzierung der planbaren Operationen bundesweit um mehr als 40 %. Das Ausmaß der Reduzierung weist erhebliche regionale Unterschiede auf, die möglicherweise mit der geografischen Ausbreitung der Pandemie im zeitlichen Verlauf zu begründen sind. Die Quote der abgesetzten Operationen variiert zwischen den Krankenhausversorgungsstufen, ohne dass eine einheitliche Linie zu erkennen ist. Überwiegend sind planbare Operationen ohne unmittelbare Lebensbedrohung abgesagt worden. Zahlenmäßig sind von den Absagen die Augenheilkunde, die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie die Orthopädie/Unfallchirurgie besonders betroffen. Auch in der Allgemein-/Viszeralchirurgie sind Eingriffe abgesagt worden.

Das Freihalten von Behandlungs- und Intensivkapazitäten in den Kliniken als primäres Ziel der Maßnahme wird erreicht. Die Anzahl nicht planbarer Eingriffe geht nicht oder nur wenig zurück. Die Auswirkungen der Verschiebung elektiver Operationen müssen in weiteren Studien insbesondere hinsichtlich somatischer und psychischer Aspekte analysiert werden. Das Nachholen der verschobenen Operationen stellt Patienten und Krankenhäuser vor erhebliche Herausforderungen.

Summary

The lockdown during the first wave of COVID-19 pandemia leads to a reduction of planned surgery nationwide by more than 40 %. The extent of the reduction is significant in regional terms, possibly due to the geographical spread of the pandemic over time. The number of postponed surgeries varies between hospital care levels without a consistent trend. Only planned operations without an immediate threat to life were cancelled. In terms of numbers, ophthalmology, ENT-surgery and orthopedics surgery are particularly affected.

The primary objective keeping free intensive care capacities in the hospitals was reached. The number of emergency surgery doesn't decrease. The impact of postponed surgery must be analyzed in further studies regarding somatic and psychological aspects. To catch up for postponed surgery will be a significant challenge for patients and hospitals.

Einleitung

War in den ersten Wochen nach dem teilweisen Shutdown Mitte März 2020 die öffentliche Aufmerksamkeit fast ausschließlich auf den akuten Verlauf der Corona-Pandemie mit Anzahl der Infizierten, der Krankenhauspatienten – speziell der Beatmungspflichtigen – und der Verstorbenen ausgerichtet, erscheinen spätestens seit Beginn der Lockerungen zunehmend Berichte über die Defizite in der medizinischen Versorgung dieser

1 Geschäftsführer der digmed GmbH, Hamburg
2 Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V., Nürnberg
3 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V., Nürnberg
4 Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil, Bochum
5 Berufsverband Deutscher Chirurgen e.V., Berlin

* Zuvor publiziert in: Passion Chirurgie 2020;10:Artikel 04_03; aktualisiert 16.11.2020.

Interessenkonflikt
T. Auhuber: Aufwandsentschädigungen als Mitglied im Scientific Advisory Board von digmed.

Schlüsselwörter
Pandemie – Lockdown – Intensivkapazitäten – Absetzquote – OPS-Codes

Keywords
Pandemia – Lockdown – Intensive Care Capacity – Postponed Surgery

© Anästh Intensivmed 2021;62:54-62 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Medikamententausch in der Apotheke

Frage an den Mediziner

Ich nehme seit vielen Jahren ein Medikament gegen meine Depression. Das letzte Mal hat mir die Apotheke die Tabletten eines anderen Herstellers gegeben. Ich würde gerne weiterhin das Medikament nehmen, das ich kenne und das mir in den vergangenen Jahren gut geholfen hat. Darf die Apotheke mir einfach ein anderes Arzneimittel geben? Was kann ich tun, um wieder mein bewährtes Medikament zu erhalten?

Viele Patientinnen und Patienten sind verunsichert, wenn sie ein anderes Medikament bekommen als das ärztlich verschriebene oder das sie seit Jahren einnehmen. Ein Medikamentenaustausch in der Apotheke kommt oft vor und kann unterschiedliche Gründe haben. Aut-idem-Regelung ist der Fachbegriff für diesen Medikamentenaustausch. Aut idem ist lateinisch und bedeutet „oder das Gleiche“.

Medikamente können unterschiedlich aussehen oder heißen, andere Preise und Hersteller haben, aber dennoch den gleichen Wirkstoff beinhalten. Der Austausch von Medikamenten unterliegt genauen gesetzlichen Regelungen, damit die Sicherheit und Wirksamkeit der Behandlung nicht beeinflusst werden. So dürfen zum Beispiel Wirkstoff und Wirkstärke nicht verändert werden.

Apothekerinnen und Apotheker sind gesetzlich dazu verpflichtet, preisgünstige Medikamente auszuwählen, um die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zu senken. Häufig geben sie daher ein sogenanntes Rabattarzneimittel ab, für das die Krankenkasse der Patientin oder des Patienten mit dem Arzneimittelhersteller einen Preisnachlass ausgehandelt hat. Schließe die Krankenkasse einen neuen Rabattvertrag mit einem anderen Hersteller, erhält die Patientin oder der Patient ein Medikament dieses Rabattpartners.

Ein Aut-Idem-Medikament hat zum Original:
- mindestens ein identisches Anwendungsgebiet
- identischen Wirkstoff und -stärke
- gleiche/ähnliche Darreichungsform, z.B. Tabletten/Kapseln
- gleichen Packungsgrößen-Bereich

Angehörige pflegen 20

Abbildung 3: Unterschiedliche Textsorten am Layout erkennen

kennbar wäre, inwieweit die dargebotenen Informationen stimmen und praxisrelevant sind. Diese Textformen sind häufig entsprechend markiert (was presserechtlich vorgeschrieben ist) oder kommen als vermeintlich neutraler Beitrag daher.

Praxisaufgabe 3: Vergleichen Sie die beiden folgenden Fachartikel: https://www.apotheken-umschau.de/krankheiten-symptome/infektionskrankheiten/coronavirus/coronavirus-was-risikogruppen-wissen-muessen-724163.html und https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7362033/pdf/DTH-9999-na.pdf. Wie werden Informationen dargestellt?

Abschluss

Niemand mehr kann heutzutage alle Artikel lesen, die in der Pflege erscheinen. Um so wichtiger ist es, relevante Artikel zu finden und die Zeit nicht mit Texten zu vergeuden, die wertloses, veraltetes oder aus verschiedenen Gründen gefärbtes Wissen enthalten.

Autor

Prof. Dr. Andreas Lauterbach
Der Autor ist Pflegewissenschaftler mit Schwerpunkt „wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege“

Lösung 1: Diese Website wird von einer New Yorker Briefkastenfirma geführt, die hunderte sogenannter „Akademischer Zeitschriften“ anbietet. Die enthaltenen Texte sind häufig pseudo-wissenschaftliche Texte. Ziel der Seite ist vor allem, möglichst viele Besucher/-innen anzulocken, um Werbegelder zu generieren. Die Inhalte sollte man äußerst kritisch werten

Lösung 2: Diese Website ist eine betrügerische Website. Sowohl die Gebühren für eine Teilnahme als auch für die Veröffentlichung von Proceedings sind herausgeworfenes Geld: Weder Kongress noch wissenschaftliches Personal sind echt. Die vorgeblichen 100 Millionen Kongressbesucher auf über 3000 durchgeführten Veranstaltungen sollen glaubhaft machen, es handele sich um ein erfolgreiches internationales Unternehmen.

(C) Beey boys

hpsmedia

CareLit®

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de

Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen der Gewaltfreien Kommunikation (GFK) im Berufsbereich Pflege

Der vorliegende Artikel zeigt die Ergebnisse einer Tagebuchstudie und einer qualitativen Erhebung nach einem zweitägigen GFK Training im Pflegebereich zu Anwendungsmöglichkeiten, Grenzen, Auswirkungen auf die Kommunikations- und Konfliktfähigkeit sowie der Veränderung der Gefühls- und Bedürfniswahrnehmung durch die Anwendung der GFK im Berufsbereich Pflege auf. Das theoretische Fundament dieser Arbeit bilden daher die Grundlagen der GFK nach Marshall Rosenberg. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung untermauern die Ergebnisse einer Evaluationsstudie von 2014 mit dem Trainingskonzept „Mit Empathie arbeiten – gewaltfrei kommunizieren“ (ALTMANN ET AL., 2014). Rosenberg selbst sieht eine Grenze der Anwendbarkeit der GFK in Situationen, die keine Kommunikation ermöglichen und in denen sich das Gegenüber weigert zu kommunizieren (ROSENBERG, 2004a, 181). Solche Situationen spiegeln sich in der Pflege und in der Studie beispielsweise bei demenzkranken Menschen wider. Aus Antworten der qualitativen Erhebung lässt sich schlussfolgern, dass ein Training zur GFK im Zusammenhang mit einem Stressbewältigungstraining wirksam sein kann (BÄUERLE ET AL., 2016, 135ff.).

Hintergrund: Kommunikation in der Pflege

Die körperlichen, emotionalen, physischen und psychischen Belastungen in der Pflege, nehmen aufgrund personeller Engpässe und der zunehmend hochaltrigen, multimorbiden und chronisch kranken Heimbewohner*innen, stark zu. Die tägliche Begegnung mit Leid, Krankheit und Tod in der stationären Pflege stellen eine hohen psychischen Belastungsfaktor für das Pflegepersonal dar (Weiß 2012, 102ff.)

Diese seelisch belastenden Situationen gehören zum Arbeitsalltag in der Pflege. Insbesondere die Kommunikation mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen stellt Fachkräfte immer wieder vor Herausforderungen und schafft oftmals Verunsicherung. Situationen mit beispielsweise aggressivem Verhalten von zu Pflegenden oder der Umgang mit dem Tod gehören oftmals zur Berufswelt von Pflegekräften und erfordern eine professionelle Kommunikation (SACHWEH, 2003, 145ff.). Eine ausgewogene Kombination der kommunikativen und der versorgungs- und körperbezogenen Dimension der Pflege machen eine qualitätsvolle Pflege erst möglich. Sowohl in der stationären als auch in der mobilen Pflegearbeit spielt die Beziehung zu den zu Pflegenden eine zentrale Rolle. Eine gute Kommunikation trägt dabei zu einem möglichst reibungslosen Ablauf bei und erleichtert so den Pflegekräften ihren Arbeitsalltag (MEIER ET AL., 2013, 11ff.). Im mobilen Pflegebereich wird das Personal oftmals mit vereinsamten oder alleinstehenden Personen konfrontiert. Für die Unterstützung der Pflegebedürftigen ist der Aufbau einer Beziehung über qualifizierte Kommunikationsleistungen relevant, um die Einsamkeit zu bewältigen. Gleichzeitig ist die Fähigkeit zur professionellen Distanzierung von den Pflegebedürftigen eine notwendige Voraussetzung, um diesen Beruf langfristig ausüben zu können. Die Kommunikations- und Beziehungsarbeit bringt neben dem Vorteil, dass sie die Pflege erleichtert, in diesem Zusammenhang auch den Nachteil einer möglichen Belastungsquelle mit sich, beispielsweise wenn es Pflegekräften schwerfällt, sich in belastenden Situationen zu distanzieren oder abzugrenzen (MEIER ET AL., 2013, 15ff.).

Die Pflegenden benötigen menschliche Wärme und Aufmerksamkeit sowie empathisches Einfühlen als Basis- Qualifikation (JAMES, 1990, 30ff.). Auf der anderen Seite wäre es schwer, im Pflegeberuf langfristig zu bleiben, wenn die Empathie nicht professionell eingesetzt werden kann, wobei Empathie in der GFK auch eine grundlegende Bedeutung innehat (CAMPO ET AL., 2008, 37f.; DORMANN, 2020, 154, 150).

Gewaltfreie Kommunikation in der Pflege

Der GFK[1] liegt ein humanistisches, positives Menschenbild zu Grunde, das davon ausgeht, dass der Mensch

„seinem Wesen nach gut ist“ und dass Menschen nicht gegen andere, sondern zur Erfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse handeln (ROSENBERG, 2010, 22). Der Kern der GFK ist weiterhin eine em-

pathische Haltung, welche auch nonverbal zum Ausdruck gebracht wird (ROSENBERG, 2010, 23–26). Neben der inneren Haltung in der GFK wird auch der konkrete Gebrauch von Sprache als Notwendigkeit für deren Wirksamkeit betont. Menschlichen Botschaften liegen immer Bedürfnisse zugrunde. Kommunikationsformen wie Kritik, Angriff, Beleidigung oder Urteil sind Ausdruck unerfüllter Bedürfnisse (ROSENBERG, 2010, 121). Im Pflegebereich gibt es mehrere pflegetheoretische Konzepte wie unter anderem das Pflegemodell AEDL – Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens (KROHWINKEL, 2008, 32ff.). In den pflegetheoretischen Konzepten und auch in der Prozesspflege sind die Beobachtung, das Erkennen von Bedürfnissen und das empathische Zuhören wichtige Bestandteile professioneller Pflege. Diese lassen sich auch in der GFK wiederfinden.

Trainingsdesign, Studiendesign & Methode

Mit Beschäftigten aus der mobilen und stationären Pflege wurden zwei Trainingstage zur GFK durchgeführt, um zu untersuchen, inwieweit sich die GFK im Berufsbereich Pflege anwenden lässt bzw. wo die Grenzen ihrer Anwendbarkeit liegen. Anzumerken ist hierbei, dass nach zwei Trainingstagen keine GfK Haltung bei den Trainingsteilnehmenden vorhanden sein kann, dennoch erlangen die Teilnehmenden in zwei Tagen Grundkenntnisse zur GfK und können auf Grund Ihrer Erfahrungen im Pflegebereich Angaben bzgl. der Anwendbarkeit und der Grenzen der GfK geben.

Trainingsdurchführung

Der erste Trainingstag begann mit einer Vorstellungsrunde. Es folgte eine Einführung in die GfK, die entfremdende Kommunikation und in das Eisbergmodell.

Im weiteren Verlauf wurden die einzelnen Schritte der GfK vermittelt. Um die einzelnen Schritte der GfK besser zu verinnerlichen wurden verschiedene Übungen durchgeführt:

- Entscheidungsübung: Wahrnehmung oder Bewertung?
- Was sind echte Gefühle und was sind Pseudogefühle?
- Ableitung von tatsächlichen Gefühlen und Bedürfnissen aus Pseudogefühlen und Gedanken.
- Übersetzung von Urteilen in Gefühle und Bedürfnisse.
- Unterscheidungsübung von Gefühlen, Gedanken, Strategien oder Sonstigem.

Neben vorgegebenen Übungen wurden Anwendungsbeispiele mit selbst erlebten Konflikten geübt. Diese Übungen wurden wie folgt formuliert:

- Beschreiben Sie, was Sie bei Ihren Konflikten beobachten können! Halten Sie dies schriftlich fest!
- Konzentrieren Sie sich bei den folgenden Beispielen auf das Gefühl, welches Sie in der Situation wahrnehmen!
- Welches Gefühl hatten Sie in Ihrem Konflikt?
- Überlegen Sie, welches Bedürfnis in Ihrem Konflikt nicht erfüllt war?
- Haben sich die Gefühle/Bedürfnisse im Laufe des Konfliktes geändert?
- Formulieren Sie eine Bitte zu Ihrem Konflikt!

Das zweite Training startete mit einem Austausch, wie es den Teilnehmer*innen nach dem ersten Training ergangen war. Inhaltlich kam im zweiten Training zum einen das „Nein sagen“ hinzu, welches mit einer Übung in einer Zweiergruppe angewendet wurde. Zum anderen wurde das emphatische Zuhören als weiteres neues Thema eingeführt, welches in einer Übung angewendet wurde. Im weiteren Trainingsverlauf wurden überwiegend Themen aus dem ersten Training in Kleingruppen geübt und angewendet und durch den Trainer wurden Potenziale angesprochen.

Empirisches Design

Für die Untersuchung der Anwendbarkeit der GFK im Berufsbereich Pflege wurde sowohl vor dem ersten Training als auch im Anschluss an das zweite Training eine quantitative Erhebung in Form von Fragebögen schriftlich durchgeführt. Mit den enthaltenen Skalen Zuhören, Empathie, Wahrnehmung, Gefühle, Bedürfnisse und Bitte wurde die Fähigkeit der Probanden getestet, in Konflikten wertschätzend und zielführend zu reagieren bzw. zu handeln.

Zwischen den Trainingstagen und nach Ende des zweiten Trainings nahmen die Proband*innen an einer Tagebuchstudie teil. Die Tagebuchstudie wurde 5 Wochen mit 3 Terminen pro Woche durchgeführt.

Die Tagebuchstudie forderte einen erlebten beruflichen Konflikt des aktuellen Tages zu beschreiben. Falls die Teilnehmer*innen keinen beruflichen Konflikt erlebt hatten, dann konnten sie auf einen priva-

hogrefe

Patienten klug informieren, schulen und beraten

www.hogrefe.com

Martin Schieron / Christa Büker / Angelika Zegelin (Hrsg.)

Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege

Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung

2021. 336 S., 43 Abb., 16 Tab., Kt
Etwa € 44,95 / CHF 61.00
ISBN 978-3-456-86041-1
Auch als eBook erhältlich

Das Handbuch zur Patientenedukation bietet Pflegefachpersonen einen Überblick über Formen, Grundlagen und Handlungsfelder der Patientenedukation. Es verortet die Patientenedukation in Ausbildung, Studium und Praxis und informiert über den Stand der Forschung.

Das erfahrene Autorenteam stellt die klassischen edukativen Interaktionen, wie Information, Schulung und Beratung im face-to-face-Kontakt dar. Sie beschreiben neuere Handlungsfeldern, wie Online-Schulungen, E-Health und Health Literacy.

Bestellschein

Tel. +49 551 999 50 950
Fax +49 551 999 50 955
vertrieb@hogrefe.de
www.hogrefe.com

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder wenden Sie sich an

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Herbert-Quandt-Straße 4
37081 Göttingen

Jetzt bestellen

_____ Ex. M. Schieron / C. Büker / A. Zegelin (Hrsg.)
Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege

Institution _____

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Datum _____ Unterschrift _____

E-Mail _____

☐ Newsletter

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstr. 3, 37085 Göttingen, Amtsgericht Göttingen HRA 3361.
Alle Preise verstehen sich inkl. der gültigen MwST. (D / CH / AT).

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen Ihrer Bestellung und zu Ihren Rechten im Datenschutz finden Sie unter https://www.hogrefe.de/kundenservice/datenschutzerklaerung

ten zurückgreifen. Aufbauend auf der Konfliktbeschreibung waren Gefühle und Bedürfnisse zu benennen, welche die Teilnehmer in dem Konflikt am stärksten bei sich wahrgenommen haben. Es fand eine Bewertung der wahrgenommenen Gefühle statt. Auch die Wirkung der Gefühle wurde beurteilt. Zudem wurde hinterfragt, wie leicht die Gefühlserkennung fiel und inwieweit die gewählten Gefühle dem tatsächlichen Gefühlszustand entsprachen und eine Wirkung auf die körperliche Reaktion hatten.

Neben den Gefühlen wurden auch die in dieser Situation am stärksten wahrgenommenen Bedürfnisse benannt. Es wurde hinterfragt, wie leicht oder schwer es für die Teilnehmer*innen des Trainings war, Bedürfnisse zu erkennen bzw. wie sicher sie sich waren, ob die gewählten Bedürfnisse die tatsächliche Situation wieder spiegeln. Zudem wurde auch erfragt, ob die Erkennung des Bedürfnisses einen Einfluss auf eine körperliche Reaktion hatte. Erfragt wurde im Konflikttagebuch auch, mit welcher Bitte versucht wurde, die Konfliktsituation zu lösen und inwiefern die Konfliktlösung gelungen war.

Im Anschluss an die Trainingsdurchführung erfolgte parallel zur Tagebuchstudie nach 3 Tagen Reflexionszeit eine qualitative Erhebung. Die Datenerhebung und Sammlung der Primärdaten erfolgte explorativ mit 16 Mitarbeitern aus dem Bereich mobile und stationäre Pflege. Es wurden 7 Einzelinterviews und 3 Fokusgruppeninterviews geführt. Die erstellten Kategorien für den Fragebogen wurden sowohl induktiv als auch deduktiv anhand bestehender Forschung (u.a. ALTMANN, 2015; COSTETTI, 2000; BITSCHNAU, 2008) gebildet und den Vorbereitungsarbeiten zu einem vorausgehenden Artikel aus dem Jahr 2018 entnommen (DORMANN ET AL., 2018, 60–62).

Die Auswertung der Interviews erfolgte mit einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Tagebuchstudie vorgestellt, welche auf der qualitativen Auswertung aufbauen.

Überblick des Studiendesigns

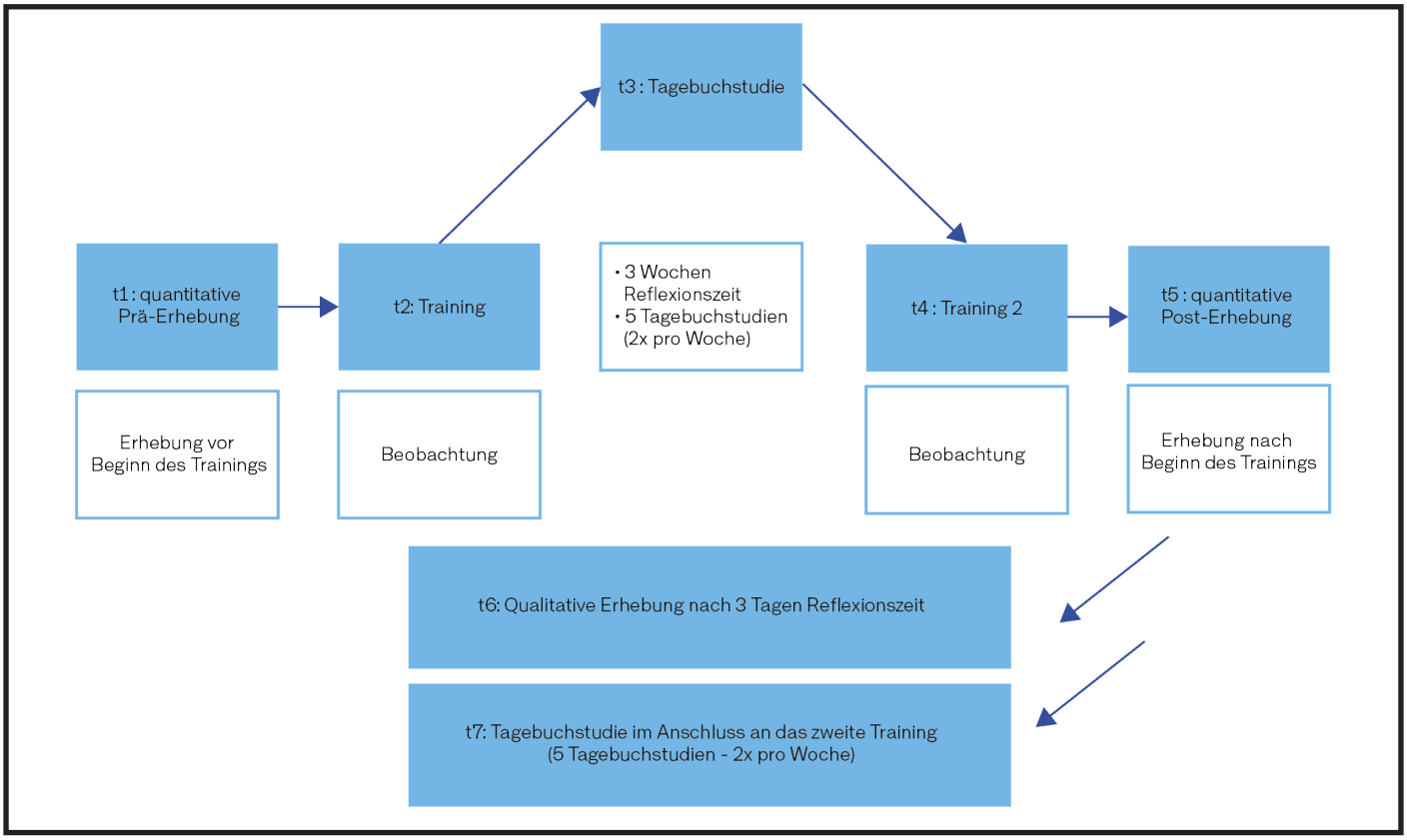


Abbildung 1: Überblick über das Studiendesign

Empirische Erkenntnisse der Tagebuchstudie & der qualitativen Erhebung

Als Anwendungsmöglichkeiten der GFK nannten die Proband*innen in der qualitativen Erhebung insbesondere Potenziale im Umgang mit Kolleg*innen, Vorgesetzt*innen und Geschäftspartner*innen. Bei der Kommunikation mit den Heimbewohner*innen sahen sie die Möglichkeit, die GFK anzuwenden. Einschränkungen der Anwendung der GfK wurden hier genannt in Bezug auf Demenz oder Schlaganfallpatient*innen.

Die Auswertung der Tagebuchstudie repräsentiert mit 52 Einträgen vor allem Konflikte oder Situationen im Bereich der stationären Pflege. Hierbei waren Situationen mit zu Pflegenden am häufigsten vertreten, gefolgt von Situationen, die einem Organisationsthema zugrunde liegen. Ein hoher Anteil der Situationen bzgl. des Organisationsthemas lagen in der Thematik der Mitarbeiterführung begründet. Den geringsten Anteil bilden die Situationen mit Geschäftspartnern und Angehörigen in der Tagebuchstudie.

In den Situationen mit zu Pflegenden spiegelt sich ein hoher Anteil an Situationen mit Demenzkranken wider und ein hoher Anteil von Situationen, die den Anschein erwecken, dass die zu Pflegenden ein stärkeres Bedürfnis nach Aufmerksamkeit haben, woraus die Konfliktsituationen entstanden.

Alle Befragten nahmen die GFK in der qualitativen Erhebung uneingeschränkt als Anwendungsmöglichkeit für die Emotionsarbeit wahr, für Selbstpflege, Fremdempathie, Erzeugung von Verhaltensänderungen; als nützlich für die eigene Berufszufriedenheit und die Orientierung in Konfliktgesprächen.

Die geschilderten Situationen der Studienteilnehmer*innen der Tagebuchstudie wurden erneut den bereits bestehenden Kategorien aus der qualitativen Erhebung zugeordnet.

Im Bereich der Konfliktkompetenz ist die Kategorie „Erzeugung von Perspektivveränderung & Verhaltensalternativen“ mit 15 Zuordnungen in der Tagebuchstudie am häufigsten ausgeprägt. Ergänzend zu dieser Kategorie sei erwähnt, dass es darum geht die eigenen Gefühle und Bedürfnisse und die der Kommunikationspartner*innen besser zu verstehen und dadurch eine Lösung des Konfliktes zu erleichtern. Dies soll möglichst durch Rücksichtnahme und Verständnis und nicht über Macht geschehen, welche zu einer Perspektivveränderung einer Person führen kann. [2]

Im Bereich des Umgangs mit Emotionen und Bedürfnissen konnten 10 Situationen der Kategorie der Steigerung der Lebensqualität der zu Pflegenden in der Tagebuchstudie zugeordnet werden. Auch im Bereich des Arbeitsprozesses, spiegelten sich die Kategorie Zeitersparnis und ein besserer Umgang mit Belastungen wie in der Tagebuchstudie wider.

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Anwendungsmöglichkeiten der GFK im Pflegebereich, die der überwiegende Teil der Proband*innen (13-15) der qualitativen Studie nannte. Die Inhalte der Kategorie Konfliktkompetenz wurden am meisten genannt, gefolgt von denen der Kategorie Umgang mit Emotionen und Bedürfnissen und denen der Kategorie Auswirkungen auf den Arbeitsprozess.

Neben den Anwendungsmöglichkeiten führten die Proband*innen in der qualitativen Erhebung auch Aspekte auf, die aus ihrer Sicht

Anwendungsmöglichkeiten der GfK im Pflegebereich

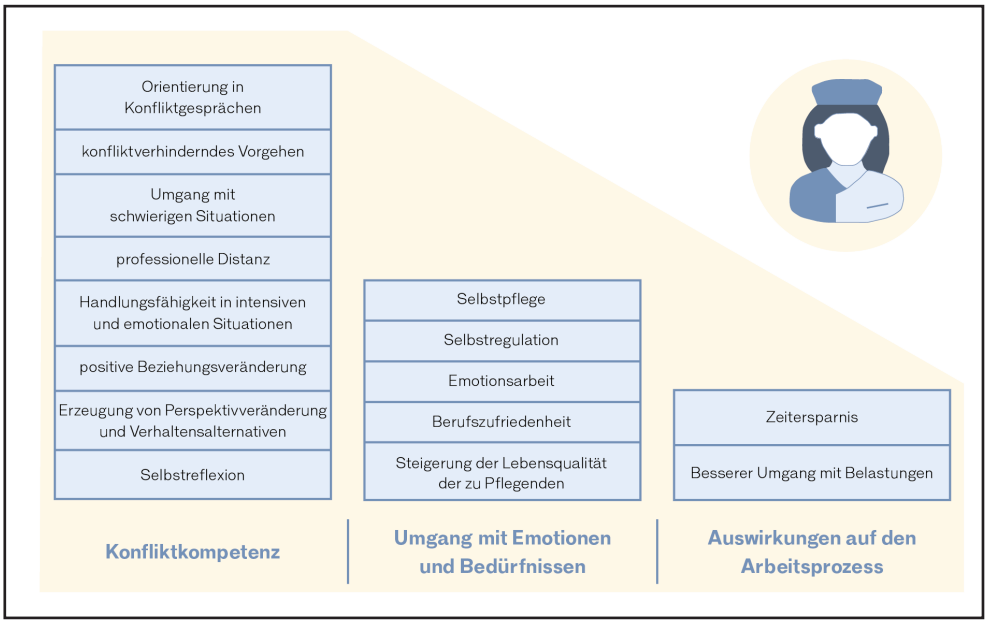
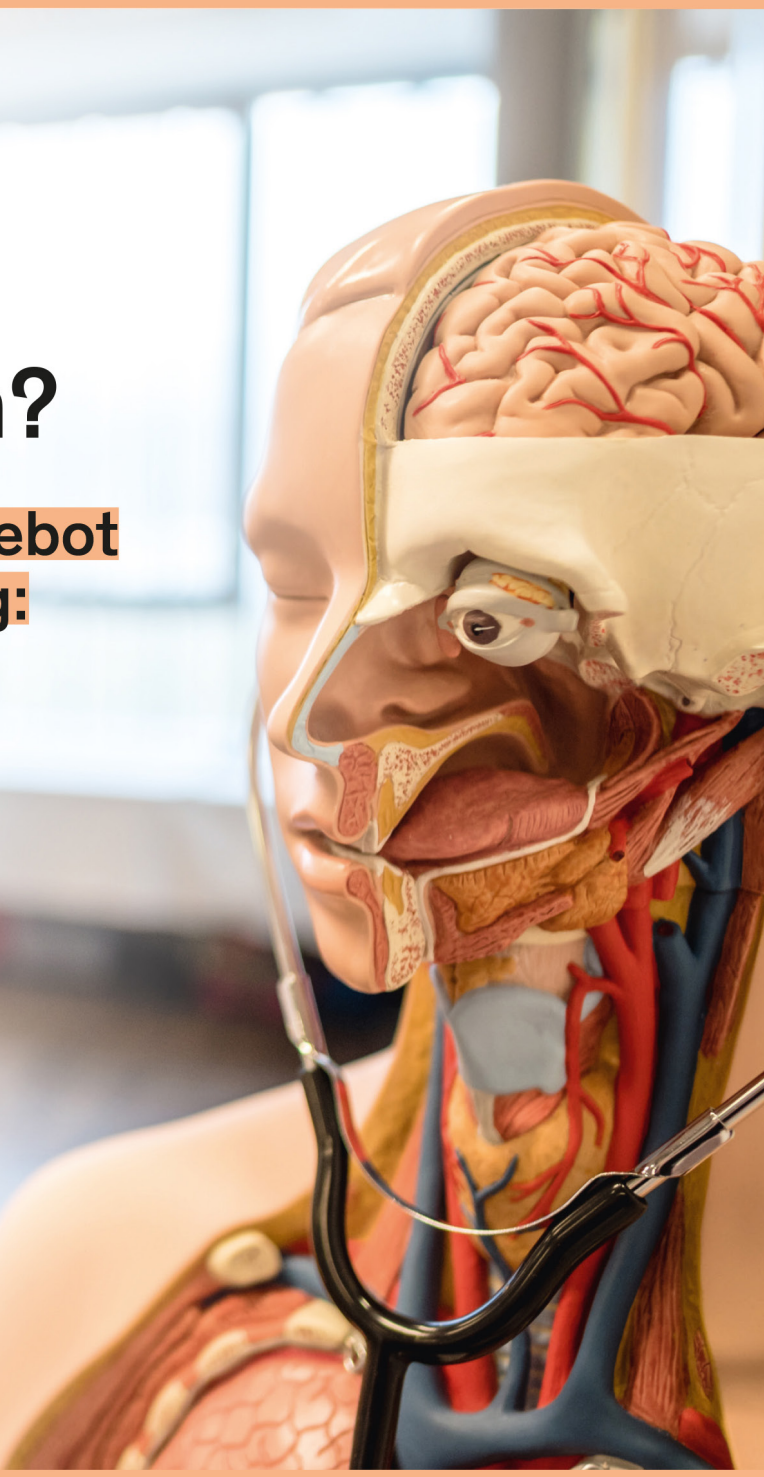


Abbildung 2: Anwendungsmöglichkeiten der GfK im Pflegebereich zu erfragten Einzelaspekten; Eigene Darstellung in Anlehnung an Pietruska & Dormann, 2020, 50ff.

FH Salzburg

Sie wollen Ihre Expertise in der Pflege erweitern?

Wir bieten ein breites Angebot an Aus- und Weiterbildung:



Bachelorstudiengang Gesundheits- & Krankenpflege:

- **Campus Salzburg** (Uniklinikum Salzburg)
  Start Wintersemester 2021
- **Campus Schwarzach** (Kardinal Schwarzenberg Klinikum)
  Start Wintersemester 2021
- **Campus Urstein**
  Start Sommersemester 2022

Akademische Lehrgänge:

- **Wissenschaftliche Qualifizierung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege**
  Start Sommersemester 2022
- **Kinder- und Jugendlichenpflege**
  Start Wintersemester 2022
- **Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege**
  Start Wintersemester 2022

Weiterführende Infos unter:
www.fh-salzburg.ac.at/studium/gws
office.guksbg@fh-salzburg.ac.at

Technik
Gesundheit
Medien

die Anwendung erschweren, also Grenzen der Anwendbarkeit der GFK in der Pflege darstellen. Hier nannten sie beispielsweise Situationen mit Zeitdruck. Gleichzeitig sieht die Mehrheit der Teilnehmenden den hohen Grad an Funktionalität, der sicherstellen soll, dass die Ziele der Institution erreicht werden, und das Hierarchiesystem nicht als festgesetzte Grenze der Anwendung der GFK an. Sie beurteilen die Anwendung der GFK weiterhin als schwierig, wenn diese Kommunikationsform noch nicht ausreichend eingeübt ist. Zudem gestaltet sich die Anwendung der GFK nach Aussagen der Befragten auch im Umgang mit Demenzkranken, Schlaganfall- und Wachkomapatient*innen problematisch. Mit den altersbedingten Erkrankungen gehen in der Pflegepraxis auch Verständnisschwierigkeiten und die begrenzte kognitive Auffassungsgabe einher, womit diese ebenfalls Bedingungen darstellen können, unter denen einen Anwendung der GFK nicht möglich ist. Hier stellt insbesondere das Nutzen einfacher Worte für die Gefühls- bzw. Bedürfnisebene eine Chance dar, den Herausforderung Verständnisschwierigkeiten und der begrenzten kognitiven Auffassungsgabe zu begegnen. Eine verschlossene Haltung, die fehlende Bereitschaft zur Anwendung und zum Sich-Einlassen auf die GFK werden ebenfalls als potenzielle Hindernisse angeführt. Die mögliche Angreifbarkeit, die durch die Mitteilung der Wahrnehmung, der Gefühle, der Bedürfnisse und der Bitte entstehen kann, sahen die Teilnehmenden nicht als Hindernis, die GFK anzuwenden.

Abbildung 2 zeigt die in der qualitativen Studie herausgearbeiteten Grenzen der Anwendung der GFK in der Pflege. Ein „+“ bedeutet, dass die Teilnehmenden den entsprechenden Aspekt nicht als Hindernis für die Anwendung der GFK sehen und somit den Einsatz befürworten. Ein „-“ bedeutet, dass die Teilnehmenden die entsprechende Bedingung als hinderlich ansehen und somit den Einsatz ablehnen. Die Anzahl an positiven bzw. negativen Antworten wurde in Rubriken eingeteilt. Je fünf positive oder negative Antworten werden durch ein „+“ bzw. ein „-“ dargestellt (siehe Legende). Die Kategorie der anthropogenen Voraussetzungen weist den höchsten Anteil Negativantworten auf. Der überwiegende Teil der Proband*innen nennt auch den Aspekt begrenzter kognitiver Auffassungsgabe und des Sprachverhaltens als mögliche Grenze der Anwendbarkeit der GFK, ebenso Krankheit wie beispielsweise Demenz, Wachkoma, Schlaganfall und Fälle von geistigen Behinderungen. Positive Antworten überwiegen bei der Kategorie Zugangsschwierigkeiten. Ähnlich verhält es sich mit den Rahmenbedingungen und dem Umgang mit Emotionen und Bedürfnissen. Auch die Formulierung einer Bitte und eine ablehnende Haltung bzgl. der Kommunikationsform sowie die Angreifbarkeit stellen für den überwiegenden Teil der Befragten keine Grenze hinsichtlich der Anwendungsmöglichkeiten der GFK dar.

Grenzen der GFK im Pflegebereich

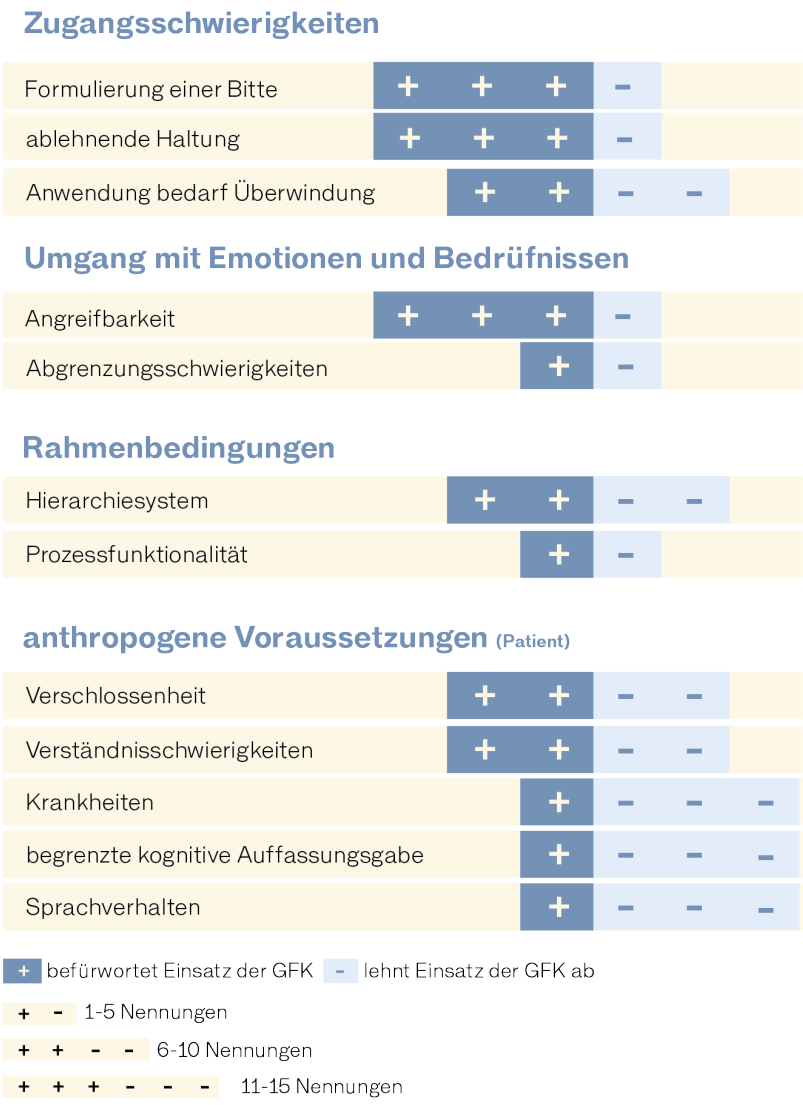


Abbildung 3: Grenzen der GfK im Pflegebereich; Eigene Darstellung in Anlehnung an Pietruska & Dormann, 2020, 50ff.

In der Tagebuchstudie ging es um die Erkennung der eigenen Gefühle, der eigenen Bedürfnisse und der Erkennung der Bitte in den jeweiligen geschilderten Situationen.

Die genannten Gefühle in der Tagebuchstudie wurden bei 32 Situationen negativ bewertet, was die belastenden negativen Themen im Berufsbereich Pflege widerspiegeln.

Dennoch ist der Anteil der aktivierenden Wirkung der Gefühle mit 28 Nennungen vertreten. Die aktivierende und deaktivierende Wirkung der negativen Gefühle sind mit einem gleichen Anteil von jeweils 13 Nennungen vertreten.

Gefühlserkennung, Sicherheit über Gefühle und körperliche Reaktion durch Gefühlserkennung

Dem überwiegenden Teil der Proband*innen fiel die Erkennung der Gefühle leicht bis sehr leicht. Auch über den Zeitverlauf der Tagebuchstudie gibt es keine großen Abweichungen. Die Sicherheit über die eigenen Gefühle in den jeweiligen Situationen ist ebenso stark ausgeprägt, jedoch ist die Sicherheit schwächer als das Erkennen der Gefühle. Der überwiegende Teil der Mitarbeiter stellt auch eine körperliche/ physische Erleichterung oder eine positive Reaktion durch die Gefühlserkennung auf den Körper fest.

Bedürfniserkennung, Sicherheit über Bedürfnisse und körperliche Reaktion durch Bedürfniserkennung

Auch die Erkennung der Bedürfnisse fiel dem größeren Anteil der Studienteilnehmer*innen in den jeweiligen Situationen leicht. Im Vergleich zu der Gefühlserkennung haben die Trainingsteilnehmer*innen mit der Bedürfniserkennung Schwierigkeiten. Dies belegten auch die Ergebnisse der qualitativen Erhebung. Auch die Identifikation der Bedürfnisse ist schwächer ausgeprägt als die Identifikation der Gefühle, auch wenn sich ein hoher Anteil über die Bedürfnisse sicher ist. Die Mehrheit nimmt eine positive Reaktion auf den Körper wahr durch die Bedürfniserkennung. Diese Ergebnisse ähneln denen der Gefühlserkennung.

Erkennung der Bitte, Sicherheit über die Bitte und körperliche Reaktion durch Erkennung der Bitte

Der Mehrheit der Studienteilnehmer fällt die Erkennung der Bitte leicht. Die Sicherheit über die Erkennung der Bitte ist ebenso hoch ausgeprägt. Die körperliche Reaktion durch das Erkennen der Bitte ist sogar stärker ausgeprägt als die des Gefühls und des Bedürfnisses.

Zum Ende der qualitativen Erhebung wurden die Proband*innen befragt, inwieweit Ihnen der Schritt der Bitte bei der Konfliktprävention helfe, was mittels einer offenen Frage erhoben wurde. Die Teilnehmenden empfanden die Wirkung der Bitte anders als die Wirkung einer Aufforderung. Zudem wurde beobachtet, dass die Reaktion der Patient*innen auf die Äußerung einer Bitte sich von den Reaktionen auf eine Aufforderung unterschied. Die Pflegekräfte hatten den Eindruck, dass die Patient*innen durch die Bitte kooperativer seien. Somit wurde sie als Chance gesehen. Dennoch wurde ihre Wirkung situationsabhängig betrachtet. Die Proband*innen machten ihren Einsatz von der Person abhängig, mit welcher sie kommunizierten.

Zudem empfanden sie die Anwendung in einer Situation mit Zeitdruck als schwer umsetzbar. Bei wiederholter Nichtbeachtung würden sie in der Zusammenarbeit mit Arbeitskolleg*innen oder Mitarbeiter*innen eine Forderung stellen.

In der Abbildung 4 sind die Anwendungsmöglichkeiten der GfK aus der Tagebuchstudie aufgeführt.

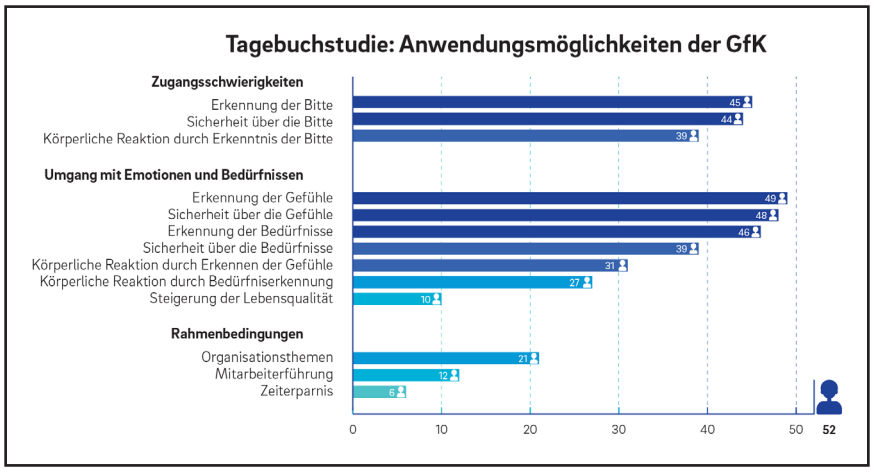


Abbildung 4: Auswertung der Tagebuchstudie

Auf die Frage „Wie hat sich die Trainingsteilnahme auf Ihre Kommunikationsfähigkeit ausgewirkt?“ gab die Mehrheit der Proband*innen in der qualitativen Befragung an, dass sich die GFK positiv auf folgende Aspekte ihrer Kommunikationsfähigkeit auswirkte:[3]

- Achtsamkeit und Deutlichkeit in der Kommunikation
- Ausdrucksfähigkeit
- Benennen und Beeinflussen von psychisch belastenden Situationen
- Ausbau der Reflexionskompetenz

Auf die Frage „Wie hat sich die Trainingsteilnahme auf Ihre Konfliktfähigkeit ausgewirkt?“ gaben die Probanden an, dass die GFK folgende Teilkompetenzen ihrer Konfliktfähigkeit verbesserte:

- Achtsamkeit in der Konfliktlösung
- Aushalten von Differenzen
- Gelassenheit im Umgang mit Konflikten
- Erhöhung der Akzeptanz anderer Sichtweisen – Perspektivwechsel
- Änderung der Sichtweise bzgl. der Konflikte im Umgang mit verschiedenen Meinungen und Erkennt- nissen der Realität

14 von 15 Befragten äußerten Zustimmung zu folgenden Auswirkungen der GFK auf die Gefühls- und Bedürf- niswahrnehmung:

- Intensivere Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Bedürfnisse
- Erkennung des Zusammenhangs von Gefühlen und Handlungen
- Unterscheidung von Gefühl und Bedürfnis
- Selbstverantwortung für Gefühle

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung untermauern die Ergebnisse einer Evaluationsstudie von 2014 mit dem Trainingskonzept „Mit Empathie arbeiten – gewaltfrei kommunizieren“ (ALTMANN ET AL., 2014).[4] Die Teilnehmenden der zitierten Studie schätzten sowohl die Nützlichkeit als auch den subjektiven Lernerfolg als hoch ein. Deutliche positive Veränderungen bei den Trainingsteilnehmenden zeigten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe unter anderem darin, dass die Teilnehmenden nach der Erprobung des Trainings in der prakti- schen Pflegeausübung eine stärkere Akzeptanz der eigenen Emotionen zeigten. Sie waren nach dem Training zudem häufiger in der Lage, das eigene Erleben klar zu benennen. Die Differenzierung zwischen eigenen und fremden Emotionen wurde ebenfalls gesteigert. Die Kombination dieser Merkmale ermöglicht einen professio- nellen Umgang sowohl mit den eigenen Emotionen als auch mit denen anderer und verhindert empathisch kurzschlüssige Reaktionen (ROTH ET AL., 2016, 121ff.). Zu den weiteren Ergebnissen gehörten die Steigerung der Handlungsfähigkeit in intensiven emotionalen Situationen; die Bereitschaft, anderen zuzuhören; die Erhöhung der Akzeptanz anderer Sichtweisen; die positive Veränderung des Umgangs mit den eigenen Emotionen im Sinne der Achtsamkeit und Bewertungsfreiheit sowie die Reduktion der Unsicherheit im sozialen Kontakt (ROTH ET AL., 2016, 121ff.).

Resümee

Im Rahmen der hier dargestellten Ergebnisse der Tagebuchstudie und der qualitativen Erhebung wurden die Einschätzungen der Teilnehmenden bzgl. der Anwendungsmöglichkeiten, der Grenzen, der Auswirkungen auf die Kommunikations- und Konfliktfähigkeit sowie der Veränderung der Gefühls- und Bedürfniswahrnehmung der GFK im beruflichen Alltag der Pflege herausgearbeitet.

Die Studiendaten deuten weiter darauf hin, dass die Anwendung von GFK in Konflikten, welche alte Verletzun-gen berühren, automatische Reaktionen auslösen, besonders herausfordernd sind (ROSENBERG, 2004a, 57ff.). Rosenberg selbst sieht eine Grenze der Anwendbarkeit der GFK in Situationen, die keine Kommunikation er- möglichen und in denen sich das Gegenüber weigert zu kommunizieren (ROSENBERG, 2004a, 181). Solche Situa- tionen spiegeln sich in der Pflege beispielsweise bei demenzkranken Menschen wider, wodurch die Anwendung der GFK besonders herausfordernd ist. In solchen Situationen ist der Fokus auf die Gefühlsebene zu richten. Naomi Feil hat für den Umgang mit dementen Menschen eine Methode entwickelt. Unter dem Namen Valida-tion basiert diese Methode auf folgenden Grundprinzipien und steht für einen wertschätzenden und empathi- schen Umgang mit dementen Menschen (FEIL, 2010, 10–13):

- Anerkennung der Gefühle des desorientierten Menschen
- Schaffung von Vertrauen durch Einfühlungsvermögen in die innere Erlebniswelt des Menschen
- Stärkung des Selbstwertgefühls und Verringerung von Stress

Auffangen der Signale des alten Menschen, Verbalisierung dieser Signale und Würdigung des alten Menschen (FEIL, 2010, 11)

Im beruflichen Kontext kann zudem der Zeitfaktor eine kritische Rolle für die Anwendung der GFK spielen, so z.B. wenn Handlungsdruck besteht und eine rasche Entscheidungsfindung notwendig ist (ROSENBERG, 2004a, 57ff.).[5] Das Hierarchiesystem als mögliche Begrenzung der Anwendung der GFK hängt mit der Unternehmens- kultur und der Organisationsentwicklung zusammen, welche eine Basis der Anwendung der GFK darstellen. Hierarchische Strukturen können sich als mögliche Stolpersteine der Anwendung der GFK erweisen, da diese auf den Prinzipien der Gleichwertigkeit, der wechselseitigen Anerkennung und der Empathie basiert (ROSENBERG, 2004a, 134).

In zukünftigen Trainings zur GFK böte sich die Möglichkeit, neben dem Empathiegeben auch die Selbstempathie der Pflegekräfte im Umgang mit schwierigen Situationen zu stärken an, da in den Interviews speziell im Umgang mit dem Thema Tod Abgrenzungsschwierigkeiten genannt wurden. Um die Handlungsfähigkeit in emotionalen Situationen zu sichern, ist es gerade in solchen Fällen wichtig, einen reflektierten Umgang mit Empathie im beruflichen Kontext zu pflegen (MEIER ET AL., 2013, 15ff.). Wiederholte Antworten der Probanden über Situationen mit Zeitdruck weisen auf Stress als bedeutsamen negativen Einflussfaktor der Empathie hin. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass ein Training zur GFK im Zusammenhang mit einem Stressbewältigungstraining wirksam sein kann (BÄUERLE ET AL., 2016, 135ff.).

Ein weiterer Forschungsansatz für die GFK im Pflegebereich ist die Fragestellung, was es aus Organisations- und Führungsperspektive braucht, damit die GFK im Unternehmen angewendet werden kann. Eine Möglichkeit für Unternehmen in der Pflege kann hier die Erstellung von gemeinsamen Verhaltens-, Führungs- und Kommunikationsgrundsätzen sein, welche für alle Mitglieder der Organisation gelten und welche jeder und jede einfordern darf. Die GFK gibt auch im Pflegebereich wichtige Impulse zur präventiven Intervention, um Konfliktlösungen zur Zufriedenheit aller Beteiligten zu finden. Gerade in Konfliktsituationen kann der achtsame und wertschätzende Umgang mit sich selbst und mit anderen zur Konfliktlösung beitragen. Die Fähigkeiten, welche durch die GFK trainiert werden, können eine Umwandlung automatisierter Reaktionen zu bewussten Antworten und damit zur Verbesserung der eigenen Verhaltensweise bewirken (HIRSCH, 2012, 64).

Die Organisations- und Personalentwicklung einer Pflegeeinrichtung, das heißt wie gut grundlegende menschliche Bedürfnisse und organisations- und themenbezogene Bedürfnisse in ihr befriedigt werden, ist die Grundlage für eine Qualitätssteigerung der Pflege zum Wohle aller. Um GFK nachhaltig in einer Pflegeeinrichtung einzuführen und zu leben ist eine entsprechende Haltung der Verantwortlichen notwendig.

Somit kann die GFK einen wertvollen Beitrag leisten, um die letzte Lebensphase und somit auch den Weg zum Tod ganzheitlich zu begleiten, indem sie dazu beiträgt, die professionelle Versorgung Pflegebedürftiger zu verbessern und deren Lebensqualität zu erhöhen.

Fußnoten

[1] GFK wird hier synonym mit Wertschätzender Kommunikation (WSK) verwendet. Im deutschsprachigen Raum hat sich mittlerweile der Begriff der WSK durchgesetzt, da dieser den Begriff der «Gewalt» vermeidet und eine positive Formulie- rung beinhaltet, während GFK mit einem Negativbegriff arbeitet (DORMANN ET AL., 2018, 60).

[2] An dieser Stelle soll auf das Konzept der beschützenden Anwendung von Macht hingewiesen werden, wonach eine Person von der Anwendung von Macht zu ihrem eigenen Schutz, profitieren kann. Eine nähere Erläuterung finden interessierte Leser*innen bei Dormann 2020.

[3] Der Aufbau des Trainings war an der Vermittlung von Rosenbergs Grundlagen orientiert und beinhaltete etablierte Me- thoden verschiedener zertifizierter Trainer. Obwohl der angesetzte Qualitätsstandard am Zertifizierungsansatz des CNVC angelehnt war, handelt es sich dennoch um ein Training, das eine gewisse individuelle Schwerpunktsetzung aufweist. Inso- fern wird eine Verallgemeinerbarkeit der Erkenntnisse nicht behauptet, wenngleich die herausgearbeiteten Aspekte gleichwohl wichtige Ansätze für zukünftige Trainings in der Pflege darstellen können.

[4] Um das Trainingskonzept hinsichtlich Wirksamkeit und Akzeptanz zu untersuchen, wurde im Rahmen der empirischen Studie von 2014 ein Trainingsprogramm beispielhaft für Beschäftigte sozi-

aler Berufe in der Krankenpflege durchgeführt. Die Studie hatte den klassischen Aufbau einer Interventions- und Kontrollgruppenstudie sowohl mit quantitativen als auch qualitativen Erhebungen.

[5] Dieser Zusammenhang wird auch bei einer qualitativen Studie zu Konflikten im Schulzusammenhang herausgearbeitet (DORMANN, 2020, 258). Hier lohnt sich eine Vertiefung in weiteren Forschungen, um diesen Aspekt weiter zu verfolgen und so ggfs. Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Literatur

ALTMANN, T. (2015). Empathie in sozialen und Pflegeberufen. Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms (Psychologie in Bildung und Erziehung). Wiesbaden: Springer.

ALTMANN, T. & ROTH, M. (12014). Mit Empathie arbeiten. Gewaltfrei kommunizieren; Praxistraining für Pflege, Soziale Arbeit und Erziehung. Stuttgart: Kohlhammer.

BÄUERLE, K., NAGEL, K., & NEUMANN, M. (2016). „Empathie hat jeder!“ Ein erlebnisorientiertes Training für Gesundheitsberufe. In M. ROTH, V. SCHÖNEFELD, & T. ALTMANN (Hrsg.), Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie (S. 127–138). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

BITSCHNAU, K. I. (2008). Die Sprache der Giraffen. Zur Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen; wie die GFK Ihr Leben verändern kann. Paderborn: Junfermann.

CAMPO, M.E. de & LAUBE, S. (2008). Barrieren, Brücken und Balancen. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 33(2), 19–42. DOI 10.1007/s11614-008-0016-x.

COSTETTI, V. (2000). Nonviolent Communication. Experimental Project in Primary Schools.

DORMANN, M. (2020). Wertschätzende Kommunikation in Schüler-Lehrer-Konflikten. Berlin: Logos Berlin.

DORMANN, M., ZIEGLER, S., HEINRICHS, K., DIETZ, A., & VOIT, M. (2018). Wertschätzende Kommunikation –ein wirksamer Ansatz für eine Kultur der Potenzialentfaltung in Schulen?! Empathische Zeitung 60–63.

FEIL, N. (2010). „Validieren heißt: In den Schuhen des anderen gehen.“. Curaviva(02), 10–13.

HIRSCH, R.D. (2012). Es geht auch ohne Gewalt. DNP - Der Neurologe und Psychiater, 13(5), 62–72. DOI 10.1007/s15202-012-0231-6.

JAMES, N. (1990). Emotional Labour. Skill and Work in the Social Regulation of Feelings. The Sociological Review, Vol. 37, S. 15–42.

KROHWINKEL, M. (32008). Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. s.l.: Verlag Hans Huber.

MEIER, I. & KREIMER, M. (2013). Weil es ist nicht ein Dienst an einer toten Materie, sondern an einem Menschen und an seiner Geschichte. Zu den Arbeitsbedingungen in der qualifizierten Altenpflege. SWS Rundschau(53), 5–24.

PIETRUSKA, A. & DORMANN, M. (2020).GFK in der Pflege – Nutzen und Grenzen der Anwendung. Emphatische Zeit (03), 50-53.

ROSENBERG, M.B. (2004a). Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens. Überarb. und erw. Neuaufl. Mit Vorworten von A. Gandhi & V. F. Birkenbihl. Paderborn: Junfermann.

ROSENBERG, M.B. (92010). Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens ; gestalten Sie Ihr Leben, Ihre Beziehungen und Ihre Welt in Übereinstimmung mit Ihren Werten. Paderborn: Junfermann.

ROTH, M., SCHÖNEFELD, V., & ALTMANN, T. (Hrsg.) (2016). Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

SACHWEH, S. (2003). „so frau adams↓ guck mal↓ein↓feines bacspray↓ gut↑“, Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Bewohnerinnen in der Altenpflege.

WEIß, E. (2012): Gesundes Team – eine Ressource, die man pflegen muss. In: Bechtel, Peter & Smerdka-Arhelger, Ingrid (Hrsg.), Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen (S. 127-138). Berlin, Heidelberg: Berlin Springer Heidelberg.

Wir sind da,
wo jedes Glück eine schwierige Geburt ist.
Jetzt spenden und helfen!
Wir gehen da hin, wo's weh tut.
MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN
www.aerzte-ohne-grenzen.at
© Peter Bräunig/MSF

Die Krankenpflegeschule des Starozakonnych-Krankenhauses in der Zwischenkriegszeit in Warschau

Wie Amelia Greenwald und Sabina Schindlerówna den Antisemitismus im Krankenpflegeberuf herausforderten

Im Frühjahr 1923 traf Amelia Greenwald in Warschau in Polen ein, um eine dringende Aufgabe zu übernehmen. Als Krankenschwester aus den USA sollte sie am Starozakonnych-Krankenhaus eine Krankenpflegeschule für junge jüdische Frauen gründen. [1] Das Projekt wurde vom Joint Distribution Committee finanziert, einer Organisation, die während des Ersten Weltkrieges gegründet wurde, um jüdische Gemeinden, die sich von den Verwüstungen der Nachkriegszeit erholen, internationale humanitäre Hilfe zu leisten. Nach dem Ersten Weltkrieg und dem Polnisch-Sowjetischen Krieg war Polen ein neuer unabhängiger Staat, der mit Hyperinflation, Wiederaufbau, einer Typhus-Epidemie und der anhaltenden Welle des Antisemitismus, die seit der Jahrhundertwende durch Mittel- und Osteuropa fegte, zu kämpfen hatte. [2] Laut Greenwald war die polnische Zivilbevölkerung körperlich und geistig erschöpft und brauchte dringend medizinische Versorgung. [3] Allerdings erlaubte das Polnische Rote Kreuz jüdischen Frauen nicht, an seinen Einrichtungen zu studieren. [4] Eine

Drei Krankenpflegestudentinnen arbeiten in der chirurgischen Aufwachstation für Männer des Szpital Starozakonnych in Warschau, 1926. Amelia Greenwald Papers, Box 1, Ordner 46. Manuscript Collection 797, Louisiana Research Collection, Special Collections, Tulane University.

solche religiöse Intoleranz hatte nachhaltige Auswirkungen auf die medizinische Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in Polen. Greenwald bemerkte: „Stellen Sie sich ein Krankenhaus vor, wenn Sie können – ich könnte das nie – das elfhundert Patienten versorgt, ohne Krankenschwestern!“ [5]

Der dringende Bedarf an einer Krankenpflegeschule im Starozakonnych-Krankenhaus im Jahr 1923 kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die Einrichtung blieb die einzige, die die jüdische Bevölkerung Warschaus medizinisch versorgte. In ihrer Korrespondenz erörterte Greenwald, wie der Antisemitismus isolierte und verhinderte, dass die Gemeinschaft auf Abruf medizinische Versorgung erhielt. Sie enthüllte: „Selbst wenn ein jüdischer Mensch in irgendeinem Teil der Stadt erschossen oder auf andere Weise schwer erkrankte – sei es direkt vor der Tür eines christlichen Krankenhauses – wird er nicht aufgenommen! Er muss hierher geschickt werden.“ [6] Die Eröffnung einer hochrangigen Krankenpflegeschule auf dem Krankenhausgelände sorgte für eine Aufstockung des Pflegepersonals in Starozakonnych und damit für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Warschauer Juden.

Porträt der Leiterin der Krankenpflegeschule Amelia Greenwald. Amelia Greenwald Papers, Box 2, Folder 2. Schindlerówna, Sabina. Prospekt: Skola Pielegniarstwa przy Szpitalu Starozakonnych w Warzawie, 1923-1928. S. 11. (Warszawa: Naklad Bernarda Weingarta, Czlonka Zarzadu T.P.S.P, 1928). Manuskriptsammlung 797, Louisiana Research Collection, Sondersammlungen, Tulane University.

Die Bekämpfung des Pflegepersonalmangels in Starozakonnych wurde 1921 zum Hauptziel des medizinischen Personals des Krankenhauses. [7] In diesem Jahr wurde auch die Warschauer Krankenpflegeschule an der Warschauer Universität in Zusammenarbeit mit dem Polnischen Roten Kreuz eröffnet und vom Amerikanischen Roten Kreuz finanziell unterstützt. Sabina Schindlerówna, die zweite Direktorin der Krankenpflegeschule in Starozakonnych, sagt: „Die neu gegründete Schule erfüllte nur die Bedürfnisse der christlichen Gesellschaft. Es entstand die Idee, eine ähnliche Einrichtung zu schaffen, in der jüdische Mädchen unterrichtet werden könnten.“ [8] Es sollte nicht überraschen, dass das polnische Rote Kreuz jüdische Frauen genauso diskriminiert wie das amerikanische Rote Kreuz schwarze Frauen in dieser Zeit und leistete daher keine finanzielle Unterstützung für das Krankenhaus Starozakonnych. [9] Die anfängliche Finanzierung der Krankenpflegeschule in Starozakonnych war nur durch jährliche Spenden der jüdischen Gemeinde in Warschau und die finanzielle Unterstützung des Joint Distribution Committee

Zwei Krankenpflegestudentinnen studieren im Studentenwohnheim der Krankenpflegeschule am Szpital Starozakonnych in Warschau, 1923. Amelia Greenwald Papers, Box 1, Ordner 44. Manuscript Collection 797, Louisiana Research Collection, Special Collections, Tulane University.

in den USA möglich. [10]

Trotz dieser religiösen Intoleranz war das Krankenhaus Starozakonnych ein beeindruckendes wissenschaftliches Zentrum. Es beherbergte acht medizinische Pavillons, die auf Chirurgie, Mutterschaft, Allgemeinmedizin, ansteckende Krankheiten, Haut und Geschlechtskrankheiten, besondere Sinne, Tuberkulose und psychische Gesundheit spezialisiert waren. [11] Für ein Krankenhaus dieser Größe erhöhte ein unzureichendes Pflegepersonal die Wahrscheinlichkeit überarbeiteter Ärzte und vernachlässigter Patienten. Die Eröffnung der Krankenpflegeschule in Starozakonnych am 8. Juni 1923 versuchte, dieses Problem zu lösen.

Neben einer besseren Patientenversorgung weitete Greenwalds Arbeit den Pflegeberuf auf jüdische Frauen in Warschau aus, denen aufgrund ihrer Religion zuvor Ausbildung und Beschäftigung verweigert worden waren. Sie half auch bestimmten Frauen, sich weiterzubilden. Als sie 1926 in die USA zurückkehrte, sicherte sich Greenwald Bildungsmöglichkeiten für eine Spitzenschülerin, Sabina Schindlerówna. Schindlerówna begann ihre Graduiertenausbildung im Ausland am Teachers College der Columbia University, wo sie acht aufeinander folgende Praktika absolvierte und an der Yale University weitergebildet wurde. [12] Nach Abschluss ihres Studiums kehrte sie an die Krankenpflegeschule in Starozakonnych zurück und war deren zweite Direktorin. [13]

Greenwald und Schindlerówna korrespondierten, als die Schule in den späten 1920er Jahren weiter florierte. Gerade als sich herausstellte, dass das neue unabhängige Polen die wirtschaftliche Stabilität gesichert hatte, leitete der Börsencrash 1929 die Weltwirtschaftskrise ein. Die Finanzkrise

hatte katastrophale Auswirkungen auf die Fähigkeit des JDC, die für den Weiterbetrieb der Krankenpflegeschule notwendigen Mittel bereitzustellen. Schindlerówna informierte Greenwald über notwendige Budgetkürzungen; die Schule trennte sich vom Starozakonnych-Krankenhaus und musste ihre Schülerzahl reduzieren. [14] Laut Schindlerówna verringerte die Wirtschaftskrise auch die Nachfrage nach diplomierten Krankenschwestern in Starozakonnych und in anderen jüdischen Krankenhäusern in ganz Polen. [15] 1932 waren 25 Absolventen der Krankenpflegeschule in Starozakonnych arbeitslos. [16] Die Sorge um die finanzielle Sicherheit war in Europa groß, als die Weltwirtschaftskrise zum Aufstieg der NSDAP in Deutschland und zur Ernennung Adolf Hitlers zum Reichskanzler 1933 führte. Sechs Jahre später, am 1. September 1939, marschierte Deutschland in Westpolen ein. Kurz darauf marschierte die Sowjetunion am 17.09.1939 in Ostpolen ein.

Die bahnbrechende Aufklärungsarbeit der Krankenschwestern Amelia Greenwald und Sabina Schindlerówna forderte ethnische und religiöse Barrieren heraus, die die Pflegebranche in Polen in der Zwischenkriegszeit errichtete. Die jüdischen Krankenschwestern, die aus den Hallen der Krankenpflegeschule in Starozakonnych kamen und in Polen das Nightingale-Versprechen schworen, veränderten sich. Trotz Greenwalds Bemühungen, polnisch-jüdischen Frauen eine vorbildliche Krankenpflegeausbildung zu bieten, dauerte die Krankenpflegeschule am Starozakonnych-Krankenhaus nur eine begrenzte Zeit. Es wurde in das Warschauer Ghetto verlegt, wo es bis zu den Massendeportationen der SS im Jahr 1942 betrieben wurde. Warschaus lebendiges

Eine Abschlussklasse von Krankenschwestern posiert mit Diplomen und Blumensträußen neben dem medizinischen Personal des Szpital Starozakonnych in Warschau, 1926. Amelia Greenwald Papers, Box 1, Folder 46. Manuscript Collection 797, Louisiana Research Collection, Special Collections, Tulane University.

wissenschaftliches Zentrum polnisch-jüdischer Krankenschwestern ging verloren. Was von ihrer Geschichte übrig geblieben ist, zeigt nur einen Bruchteil ihrer medizinischen Arbeit.

Fußnoten

1. Amelia Greenwald Papers, Manuscript Collection 797, Louisiana Research Collection, Tulane University Special Collections, New Orleans, Tulane University. Box 1, Folder 34. First Report of Amelia Greenwald R.N., Superintendent Nurses Training School in Warsaw to the Committee on Medical Affairs of the Joint Distribution Committee, New York City. Letter No. 1, April 20, 1923. p. 1. The Starozakonnych Hospital was also known as the Jewish Hospital of Warsaw. It was the only hospital in Warsaw which provided medical care to the city's Jewish population. ↑
2. Amelia Greenwald Papers, Box 1, Folder 34. First Report of Amelia Greenwald R.N., Superintendent Nurses Training School in Warsaw to the Committee on Medical Affairs of the Joint Distribution Committee, New York City. ↑
3. Amelia Greenwald Papers, Box 2, Folder 6. Press Release: United Jewish Campaign. "How the Jewish Nurses Training School in Warsaw was Established." Amelia Greenwald Interview. p. 2. ↑
4. Amelia Greenwald Papers, Box 1, Folder 38. Document 6: The Inauguration of the School for nurses at the Jewish Hospital. Translated from the Polish by Ms. Greenwald's Stenographer. ↑
5. Amelia Greenwald Papers, Box 1, Folder 12: Correspondence 1923. Document 23: Amelia Greenwald to Mrs. Sporborg. May 14, 1923. p. 9. ↑
6. Amelia Greenwald Papers, Correspondence 1923. Amelia Greenwald to Mrs. Sporborg. May 14, 1923. p. 6–7. ↑
7. Amelia Greenwald Papers, Box 2, Folder 6. Brochure: School of Nursing at Starozakonnych Hospital in Warsaw, 1923-1928, by Sabina Schindlerówna. All Polish translations are by the author. p. 10. ↑
8. Ibid., p. 12. ↑
9. See Dock, Pickett, Noyes, Clement, Fox & Meter. History of American Red Cross Nursing. (Macmillan Co., 1922), p. 405–8 for the treatment of women of color upon acceptance into the US Red Cross as nurses during the 1918 Spanish Flu Pandemic. ↑
10. Amelia Greenwald Papers, Box 1, Folder 33. School of Nursing, Warsaw, Status of the Society. p. 1–2. ↑
11. Amelia Greenwald Papers, Box 1, Folder 13. Correspondence 1923. Document 15: Amelia Greenwald to Hilga Nelson. November 12, 1923. p. 7. ↑
12. Amelia Greenwald Papers, Box 1, Folder 21. Correspondence 1929. Document 2: Memorandum of meeting held at the office of Mr. Bernard Flexner, June 6, 1929 to discuss with Miss Amelia Greenwald future plans in connection with the training of the two nurses from the Nurses Training School in Warsaw now in U.S. p. 1–4. ↑
13. Amelia Greenwald Papers, Box 2, Folder 6. Brochure: School of Nursing at Starozakonnych Hospital in Warsaw, 1923-1928, by Sabina Schindlerówna. Title Page. All Polish translations are by the author. ↑
14. Amelia Greenwald Papers, Box 1, Folder 24. Correspondence 1932. Letter: Sabina Schindlerówna, Warsaw, Dworska 17, to Amelia Greenwald, July 21, 1932. p. 1–2. ↑
15. Ibid., p. 1–2. ↑
16. Amelia Greenwald Papers, Box 1, Folder 24. Correspondence 1932. Copy of letter: Mary Elizabeth Tennant, 20 Rue de la Baume, Paris 8e, to Dr. Dublin, 1932. p. 1. ↑

Autorin

Lindsey Harris BA MA

Lindsey Harris ist Doktorandin an der Tulane University. Ihre Dissertation beschäftigt sich mit den transnationalen Pflegenetzwerken des ARC, des IKRK und des JDC in Mittel- und Osteuropa in der Zwischenkriegszeit. Sie hat einen M.A. in Geschichte von der Tulane University und einen B.A. in Politikwissenschaft von der Loyola University New Orleans. Für das akademische Jahr 2021-2022 arbeitet sie als Konferenzleiterin für SHAFR unter der Leitung von Dr. Jana Lipman. Frau Harris diente im Herbst 2020 als Ausbilderin für HISE-2910-01: The Cold War. Ihr Ziel als Historikerin ist es, Geschichte als aktiven Prozess des Vergessens und Erinnerns zu untersuchen. Ihre Arbeit betont die Verwendung von Korrespondenzen und Berichten über humanitäre Hilfe, um Narrative über weibliche Führungspersönlichkeiten wiederzuentdecken, die in den historischen Aufzeichnungen ausgelassen wurden.

(C) Grigory Bruev

Die Emigration (zukünftiger) Pflegepersonen aus Österreich 1938/39 - Teil 5

Pflege als Übergangslösung

Die Zahl der 1938/39 emigrierten Mädchen und Frauen, die nur zeitweilig als Hilfskräfte in der Pflege gearbeitet oder eine Pflegeausbildung begonnen haben, lässt sich nicht abschätzen, sie dürfte jedoch hoch gewesen sein. Prinzipiell lassen sich hier zwei Gruppen unterscheiden: Jene, die in der Pflege eine unbedeutende oder zufällige Übergangslösung sahen, und eine kleinere Gruppe von Personen, deren eigentlicher Berufswunsch es war, Ärztin zu werden, und für die die Pflege ein mögliches Sprungbrett dazu oder wenigstens ein ebenfalls auf die Gesundheit ausgerichteter Ersatzberuf war. Für jede dieser Gruppen soll hier ein Beispiel gebracht werden.

Ellen Ruth Likwornik (1919–2000) wurde am 1. Dezember 1919 in Wien als Tochter eines Versicherungsbeamten geboren. Im Wintersemester 1937/38 begann sie an der Universität Wien Germanistik und Anglistik zu studieren. Nach dem erzwungenen Studienabbruch emigrierte sie nach Großbritannien und arbeitete dort als Hausmädchen, Fabriksarbeiterin und »eher wider Willen« als Hilfskrankenschwester. 1946 kehrte sie nach Wien zurück, wo sie heiratete.[91]

Einen ganz anderen Stellenwert hatte die Pflege bei Gertraut Lasch (1921–2009), der Tochter eines Wiener Bundesbahnbeamten. Sie war 17 Jahre alt, als sie 1938 Österreich verlassen musste und mit ihrer um ein Jahr jüngeren Schwester Ilse (geb. 1922) über die Schweiz nach Großbritannien flüchtete, wo beide eine Ausbildung zur State Registered Nurse absolvierten. Als Gertraut Lasch 1946 nach Wien zurückkehren wollte, gab ihr Vater im Gesuch zur Erlaubnis der Rückreise bereits an, dass sie an der Wiener Universität Medizin studieren wollte. Hier angekommen, reichte sie sofort ein Zeugnis zur Nostrifizierung ihrer Pflegeausbildung ein.[92] Lasch wurde Ärztin und praktizier-

te in Wien. Am 30. August 2009 starb sie mit 88 Jahren; sie ist auf dem Wiener Zentralfriedhof begraben. Ihre Schwester erhielt im Jahr 1948 die britische Staatsbürgerschaft und dürfte im Gegensatz zu ihrer Schwester erst 1963 nach Wien zurückgekehrt sein, wo sie bei ihrer Meldung als Beruf »Fürsorgerin« angab.[93]

Die Generalsekretärin einer internationalen Organisation als »enemy alien«

Der International Council of Nurses (ICN) war im Jahr 1899 als Zusammen- schluss nationaler Pflegeorganisationen gegründet worden. Ab 1925 war der Sitz der Organisation in Genf; 1937 wurde er nach London verlegt.[94] Die Aufnahmebedingungen waren streng: Pro Land war nur ein einziger Berufsverband als Mitglied zugelassen und dieser musste unabhängig und autonom geführt, also von Pflegepersonen geleitet sein. So konnte zum Beispiel Österreich erst 1933 nach der Gründung des Verbands der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs Mitglied werden, da die davor existierenden Organisationen zu stark politisch ausgerichtet waren. In der Schweiz gab es ebenfalls Schwierigkeiten, und zwar verhinderte dort die Dominanz der Ärzteschaft und des Schweizerischen Roten Kreuzes die Aufnahme des bestehenden Berufsverbandes in den ICN. Pflegepersonen gründeten daher 1936 den Nationalverband der Schwestern anerkannter Pflegerinnenschulen der Schweiz, der ein Jahr später in den ICN aufgenommen wurde. Im Jahr 1944 fusionierten die beiden Schweizer Berufsverbände.

Generalsekretärin (»executive secretary«) des ICN war ab 1934 eine Österreicherin, die im Wiener Rudolfinerhaus ausgebildete Krankenschwester (Prinzessin) Anna Schwarzenberg (1897–1954). Geboren am 23. September 1897, absolvierte sie in den 1920er-Jahren Kurse am Londoner Bedford College und an der Columbia University in New York ; sie kehrte nach Österreich zurück, hatte aber 1938 ihren Arbeitsplatz in den »headquarters« in London. Mit dem »Anschluss« Österreichs an Deutschland wurde ihre Situation als Generalsekretärin in London problematisch, da die Vereinigung der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs[95] von den Nationalsozialisten aufgelöst wurde. »Executive Secretary Anna Schwarzenberg, now an Austrian without a national association, quickly had to ally herself with the Swiss Nurses Association so she could remain in the ICN.«[96] Wie dieses »Bündnis« mit dem Nationalverband der Schwestern anerkannter Pflegerinnenschulen der Schweiz genau aussah, muss zukünftiger Forschung vorbehalten bleiben.

Vollends unhaltbar wurde die Position Schwarzenbergs in London zu Beginn des Zweiten Weltkriegs – mit diesem Moment war die Generalsekretärin der internationalen Organisation zum »enemy alien« geworden. Schwarzenberg, die sich zu diesem Zeitpunkt gerade auf einer offiziellen Reise nach Südafrika und Indien befand, brach diese ab und ließ sich auf unbestimmte Zeit beurlauben. Die Mitgliedschaft Österreichs beim ICN wurde suspendiert ebenso wie die Mitgliedschaft Deutschlands. Der Aufenthalt in einem kriegführenden Land wurde jedoch der Leitung des ICN zu unsicher, und da 1939 eine Amerikanerin, Effie J. Taylor (1874–1980), Präsidentin war, wurde der Sitz der Organisation in die zu dieser Zeit noch neutrale USA verlegt. Die Aufgaben der Generalsekretärin übernahm Miss Calista Banwarth (1909–1995), »Assistant Secretary« des ICN und amerikanische Staatsbürgerin. Die Zeitschrift der Organisation mit dem Titel International Nursing Review musste während der Kriegszeit eingestellt werden.

Anna Schwarzenberg versuchte zunächst in der Schweiz und dann in Spanien beruflich Fuß zu fassen – wie es scheint, mit wenig Glück.[97] Währenddessen bemühte sich die Präsidentin des ICN, für Anna Schwarzenberg eine Einreiseerlaubnis in die USA zu erwirken.[98] Zunächst wurde ihr bewilligt, an der Columbia University zu studieren, wo sie den Bachelorgrad erwarb. Erst 1943 konnte Schwarzenberg ihre Funktion als Generalsekretärin wieder antreten, in der sie bis 1947 verblieb. 1949 erhielt sie die amerikanische Staatsbürgerschaft; 1953 kehrte sie, bereits schwer krank, nach Österreich zurück, wo sie am 11. Jänner 1954 starb.[99]

Diese kurze Darstellung zeigt nicht nur ein persönliches Emigrantenschicksal auf, sondern wirft auch ein Licht auf die Schwierigkeiten, mit denen internationale Zusammenschlüsse im Fall politischer Konflikte zu kämpfen haben. Unabhängig vom Schicksal der amtsführenden Sekretärin hat die österreichische Pflege, die erst kurz vorher den Anschluss an internationale Entwicklungen gefunden hatte, durch die Unterbrechung dieser Verbindungen sehr gelitten, auch wenn die Kontakte nach 1945 baldmöglichst wieder aufgenommen wurden.

Resümee und abschließende Betrachtungen

Wer sich mit der Geschichte der

Emigration aus Österreich in den Jahren 1938/39 befasst, stößt bald auf viele oft erschütternde Schicksale von Menschen, die verfolgt wurden und ihre Heimat verlassen mussten. Nicht zu übersehen sind dabei aber auch jene, die es noch härter traf. Zu Beginn dieses Beitrags wurden Angaben über eine Gruppe von 69 Pflegepersonen gemacht, die an öffentlichen Institutionen in Wien ihre Stelle verloren; nicht weniger als neun von ihnen wurden in Ghettos oder Vernichtungslager deportiert, nur drei haben überlebt. Diese Personen sollen hier in Form eines kurzen Exkurses wenigstens genannt werden, bevor die Zusammenfassung der allgemeinen Ergebnisse der Studie erfolgt: Elsa Waltersdorf (geb. 1885, Allgem. Krankenhaus) wurde nach Lodz/ Polen deportiert, Alois Rosenzweig (geb. 1904, Pflegeanstalt Am Steinhof) nach Nisko/ Polen, beide kamen nicht mehr zurück. Klara Löwy (1889–1944) und Ilse Stoerk (geb. 1910, beide Allgem. Krankenhaus) sowie Hedwig Gunst (1885–1944, Wilhelminenspital) starben in Ausschwitz, Karl Herzler (1901–1945, Allgem. Krankenhaus) in Dachau. Aus dem KZ zurückgekehrt sind Nelly Baschant (1897–1964) und Josef Herzler (geb. 1893, beide Allgem. Krankenhaus) sowie Richard Türkel (geb. 1901, Pflegeanstalt Am Steinhof). Von den anderen Pflegepersonen, die 1938/39 entlassen wurden, sind zwischen 1938 und 1945 drei in Wien gestorben. Andere, vor allem jene, die aus gemischten Familien stammten oder mit einem Juden bzw. einer Jüdin verheiratet waren, haben in Wien oft unter großen Schwierigkeiten überlebt. Von einigen wenigen ist das weitere Schicksal nicht bekannt.

Zusammenfassend kann über die Berufsgruppe der Pflegepersonen gesagt werden, dass die Jahre der nationalsozialistischen Herrschaft in Österreich ebenso wie für viele andere Berufe einen »Braindrain« mit sich brachten. Gerade jene, die führende Positionen innehatten, wurden als erste von ihrem Arbeitsplatz verjagt. Damit erlitt die Entwicklung der Pflege, bei der ohnehin im internationalen Vergleich großer Nachholbedarf bestand, einen weiteren Rückschlag. Mühsam aufgebaute Strukturen zerbrachen, Berufsorganisationen wurden aufgelöst und internationale Kontakte unterbrochen, die nach dem Krieg nur langsam wieder geknüpft werden konnten. Auch das Ausmaß der Pflegeausbildung wurde während dieser Zeit reduziert, was in diesem Beitrag nicht ausgeführt werden konnte.

Ebenfalls nicht berücksichtigt werden konnte der Einfluss des Zweiten Weltkriegs auf den Status des Pflegeberufs. Generell führen Kriege infolge der Notwendigkeit, für die Pflege verwundeter oder erkrankter Soldaten genügend gut geschultes Pflegepersonal zur Verfügung zu haben, meist kurzfristig zu einer gewissen Aufwertung dieses Berufes – eine Tatsache, die aufgrund der Verbindung eines selbstverständlichen Bekenntnisses zur Humanität mit der Unterstützung der Kriegsführung durchaus ambivalent zu sehen ist. Die Feststellung Johanna Blekers, die »utopische Vorstellung, man könne den Krieg in den Dienst der Medizin stellen, läßt sie [Anm.: die Ärzte] die Realität übersehen, daß die Medizin unerbittlich in den Dienst des Krieges gezwungen wird«[100] gilt vollinhaltlich auch für die Pflege. Nach Beendigung des Kriegs kann sich die Aufwertung des Pflegeberufs als Entwicklungsschub erweisen, wie es zum Beispiel Nancy C. Barnum für die USA gezeigt hat.[101] Dies gilt jedoch nur für Siegerstaaten und nicht für Österreich, wo noch zusätzlich insbesondere die Hauskrankenpflege darunter litt, dass die Nationalsozialisten versucht hatten, sie für ihre Zwecke der »Aufartung des deutschen Volkes« zu instrumentalisieren.[102] Krankenpflege ist in vielen Ländern – darunter auch Österreich – noch immer ein ausgesprochener Frauenberuf; fast alle emigrierten Pflegepersonen waren Frauen. Aus der Genderperspektive betrachtet, zeigen sich in dieser Untersuchung traditionelle Muster. Viele der Frauen, die in diesem Beitrag erwähnt werden, hatten Ärzte zum Ehegatten, andere wiederum waren Arzttöchter. In Großbritannien bot der Pflegeberuf als »Frauenberuf« den emigrierten Frauen und Mädchen eine gewisse Chance auf eine fundierte Ausbildung und eine berufliche Karriere. In methodischer Hinsicht zeigte sich, dass sich die Unsichtbarkeit der Frau in vielen historischen Quellen bei der Suche nach Krankenschwestern verstärkt bemerkbar macht. So waren etwa nicht nur die verheirateten Pflegerinnen wie alle Ehefrauen meist nur mit dem Ehegatten am Wohnsitz mitgemeldet, sondern es lebten auch die unverheirateten häufig in sogenannten Schwesternheimen, wo ihre Spuren schwer aufzufinden sind.

Nach dem Krieg kehrte nur ein Teil der in Österreich ausgebildeten Pflegepersonen nach Wien zurück. Diejenigen von ihnen, die noch jünger und gesundheitlich dazu imstande waren, nahmen ihre Tätigkeit in der Pflege wieder auf. Von den vielen Emigrantinnen, die erst in Großbritannien eine Pflegeausbildung absolviert hatten, kamen nur sehr wenige zurück, und es konnten unter ihnen bisher nur zwei Personen gefunden werden,

die den Pflege- bzw. Hebammenberuf im Nachkriegsösterreich auf längere Zeit ausübten. Als durchwegs positiv kann jedenfalls die Unterstützung gesehen werden, die Österreicherinnen, die als Studentinnen vertrieben wurden und später im Ausland eine wissenschaftliche Karriere in der Pflege machen konnten, bei der Akademisierung der Pflege in Österreich geleistet haben.

Fußnoten

91 Vgl. Herbert Posch, Ellen Ruth Likwornik (verh. Pawlowitz), Gedenkbuch für die Opfer des Nationalsozialismus an der Universität Wien 1938, URL: gedenkbuch.univie.ac.at/index.php ?person_single_id=1512 (abgerufen am 24. 5. 2018).

92 Vgl. Gertraut Lasch, Nostrifizierung der Prüfungszeugnisse für den Krankenpflegedienst, ÖStA, AdR, BMfsV, VG, Kt. 42, Akten 6.597/47, 21.716/46 und 26.612/46.

93 Vgl. List of aliens to whom Certificates of Naturalization have been granted, The London Gazette, 19.3.1948, 1949. – Meldezettel Ilse Lasch, WStLA, Bundespolizeidirektion Wien, Histor. Meldeunterl., E-Antiquariat.

94 Vgl. Geertje Boschma/Meryn Stuart, ICN During Wartime, 1912–1947, in: International Nursing Review 46 (1999) 2, 41–46, 43, 45.

95 Im Jahr 1935 musste die Organisation ihren Titel auf »Vereinigung« ändern, da die Bezeichnung »Verband« staatlichen Organisationen vorbehalten war. Vgl. ÖStA, AdR, Bun- deskanzleramt-Inneres (1918–1938), Vereinsakten, Akt 330.195/1935.

96 Barbara L. Brush/Joan E. Lynaugh, Nurses of All Nations. A History of the International Council of Nurses, 1899–1999, Philadelphia–New York–Baltimore: Lippincott 1999, 116.

97 Vgl. O.A., The International Council of Nurses, in: The British Journal of Nursing 88 (1940) 3, 48. – Wilbur A. Sawyer, Trip to Europe, Rockefeller Archive Center, URL: storage.rockarch.org/26498b00-ae05-4 f03-a884-fa3e74 f76110-rac_rfdiaries_12-2_sawyer_1924-1944_037.pdf (abgerufen am 24. 8. 2016).

98 Vgl. Exec. Secr. Anna Schwarzenberg's immigration, 1939–1940 und 1941–1943, Dodd Re- search Center, University of Connecticut Libraries, Josephine A. Dolan Collection of Nursing History 1995.0028, Series V: International Council of Nurses, undated, 1925–1986, Box 3, Folder 98 und 99.

99 Vgl. Veronika Kleibel, Schwarzenberg Anna, in: Wolff, Biographisches Lexikon, 184–185.

100 Johanna Bleker, Medizin im Dienst des Krieges – Krieg im Dienst der Medizin. Zur Frage der Kontinuität des ärztlichen Auftrages und ärztlicher Werthaltungen im Angesicht des Krieges, in: Dies./Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.), Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985, Frankfurt/Main: Fischer 1987, 13–25, 23, Hervorh. im Orig.

101 Vgl. Nancy C. Barnum, Public Health Nursing. An Autonomous Career for World War II Nurse Veterans, in: Public Health Nursing 28 (2011) 4, 379–386.

102 Vgl. Walter, »Keine Ausnahme«, 23.

Ersterschienen bei eLibary

Autorin

MMag.ª Dr.in Ilsemarie Walter

Österreichische Pflegewissenschaftlerin und Sozialhistorikerin. Ilsemarie Walter absolvierte zwischen 1965 und 1968 ihre Krankenpflegeausbildung am Rudolfinerhaus in der Billrothstrasse in Wien. Bis zum Jahr 1972 arbeitete sie daselbst als Krankenschwester auf einer chirurgischen Abteilung. Ilsemarie Walter studierte als gelernte Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester Psychologie, Soziologie, Übersetzungswissenschaft und Geschichte. Walter war wissenschaftliche Assistentin an der Abteilung Pflegeforschung in Wien und des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (IPG) der Johannes Kepler Universität in Linz. Ihre pflegehistorischen Forschungen bezogen sich vor allem auf das 19. und beginnende 20. Jahrhundert. Hier beschäftigte sie sich auch mit der Rolle der Männer in der Pflege, einem über einen längeren Zeitraum hinweg weiblich dominierten Beruf. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeiten von Ilsemarie Walter galt den Interaktionsproblemen innerhalb der Triade „Patient-Arzt-Pflegekraft." Ilsemarie Walter ist Mitautorin beim Biographischen Lexikon zur Pflegegeschichte „Who is who in nursing history" (Horst-Peter Wolff mit Nachfolge Hubert Kolling als Herausgeber).