Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Winter 2022

Nicht wissen, wie sich die Dinge entwickeln werden

Thomas Hax-Schoppenhorst / Jürgen Georg (Hrsg.)

Ungewissheit und Unsicherheit durchleben

Wie mit Menschen in unvorhersehbaren Lebens- und Gesundheitssituationen umgehen?

Mit einem Geleitwort von E.D. Lantermann und Julian Marewski.
2022. 352 S., 49 Abb., 7 Tab., Kt
€ 39,95 (DE) / € 41,10 (AT) / CHF 52.90
ISBN 978-3-456-86205-7
Auch als eBook erhältlich

Ungewissheit ist ein mentaler Zustand, der sich einstellt, wenn man nicht weiß, wie sich etwas entwickeln wird. Ungewissheit zeigt sich in lokalen und alltäglichen Lebenszusammenhängen, aber auch in den globalen Biodiversitäts-, Corona- und Klima-Krisen sowie den Kriegen dieser Tage. Da nichts mehr so gewiss wie die Ungewissheit scheint, ist diese im Begriff, sich zum prägenden Phänomen der Zeit zu entwickeln. Dabei treten Ungewissheit und Unsicherheit häufig auch in Verbindung mit akuten und chronischen Gesundheitssituationen auf.

Die erfahrenen Autorinnen und Autoren des Praxisreaders

- definieren und differenzieren die Begriffe der Ungewissheit, Unsicherheit sowie des Risikos und beleuchten deren Facetten aus pflegerischer, medizinischer, soziologischer, psychologischer und theologischer Sicht
- entlarven die Illusion der Gewissheit
- beschreiben, wie Menschen Ungewissheit durchleben, die an Krebs, multipler Sklerose, psychischen Störungen, Schlaganfällen und Covid-19 akut und chronisch erkrankt sind
- veranschaulichen, wie Ungewissheit Angehörige, Intensivpatienten, Pflegende, Ärztinnen und Ärzten sowie geflüchtete und traumatisierte Menschen trifft und wie sie damit umgehen
- skizzieren im Pflegeprozess, wie Pflegende Ungewissheit einschätzen, erkennen, benennen und lindern können
- zeigen auf, wie man Ungewissheit im Leben aushalten, tolerieren und akzeptieren, sie umarmen und sich von ihr distanzieren kann, wie man ihr achtsam und humorvoll begegnet und wie man trotzdem zu klugen Entscheidungen in ungewissen Lebenssituationen kommen kann.

hogrefe

Bildung & Management

05 **Das Sterben als letztes Projekt?**
O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

13 **Einsamkeit unter Studierenden: Bedeutung in der Pflegeausbildung**
DGKP Ingeborg Pötz, MSc., BSc.

19 **Übertherapie oder Sterben in Würde?**
Ao. Univ.-Prof.in Dr.in med. Barbara Friesenecker

25 **Triage – Impuls aus der evangelischen Theologie**
O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

31 **Lernortkooperation in der hochschulischen Pflegeausbildung der TH Rosenheim. Ein Best-Practice-Beispiel**
Prof.in Dr.in Katharina Lüftl
Dipl.-Pflegewirtin (FH) Carola Nick

41 **Der neue Gesundheitsberuf „Operationstechnische Assistenz“ (OTA) in Österreich**

43 **Wissen über Kapitalarten, berufliche Einstellungen und berufliche Erwartungen zur Gewinnung von Personen aus der Generation Z für die Pflegeausbildungen**
Taze Boyraz BA MA

Erleben

57 **Herausforderndes Verhalten**
Lisa-Marina Luciani
Christoph Müller

63 **Gewalt macht den Menschen zur Sache**
Brigitte Richter
Hilde Schädle-Deininger

IMPRESSUM

Medieninhaber
Prof- (FH) Markus Golla, BScN, MScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

Herausgeber
Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Prof. (FH) Markus Golla BScN MScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

Druckerei der Printausgabe
Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) pololia
(C) 2022 Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

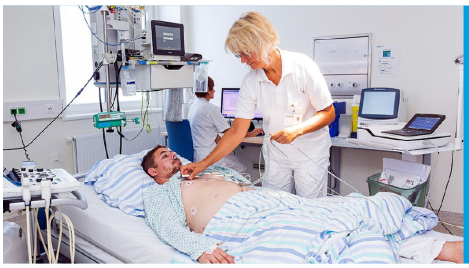
Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

PDF Version: ISSN 2517-9780
Printversion: ISSN 2518-0258

BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS EISENSTADT

Gutes tun und es gut tun.

Der weltweit tätige Orden der Barmherzigen Brüder führt in Österreich rund 30 Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich mit über 7.000 Beschäftigten.



Für unser Krankenhaus in Eisenstadt suchen wir **ab Anfang des Jahres 2023** eine

Stationsleitung (m/w/d) für die IMCU 1

Vollzeit (100%) ab Anfang des Jahres 2023

Die Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt GmbH, die als Schwerpunktkrankenhaus die Versorgung des nördlichen Burgenlandes verantwortet, verfügt derzeit über 420 Betten und beschäftigt rund 1.300 Mitarbeiter/innen, die geleitet von unserem Motto „Gutes tun und es gut tun" medizinische und pflegerische Betreuung auf höchstem Niveau zum Ziel haben.

Das Motto des Ordensgründers der Barmherzigen Brüder „Gutes tun und es gut tun" leitet unser tägliches Handeln. Unsere Ziele sind eine medizinische und pflegerische Betreuung auf höchstem Niveau und eine Wertehaltung im Sinne der christlichen Gastfreundschaft für die uns anvertrauten Patienten/-innen.

Wir suchen eine Stationsleitung für die internistisch geführte IMCU 1 mit insgesamt 10 Überwachungsbetten.

IHRE AUFGABEN

- Fachliche und organisatorische Führung des Pflegepersonals Ihrer Station
- Als Stationsleitung sind Sie einerseits für die Durchführung pflegerischer Tätigkeiten auf der Grundlage der aktuellen Pflegepraxis und gesetzlicher Rahmenbedingungen und andererseits für die professionelle und bedürfnisorientierte Betreuung der Patienten/-innen auf der Station beispielgebend
- Sie leiten Ihr Team professionell an und unterstützen dieses in der täglichen Arbeit
- Gestaltung von Arbeits- und Entwicklungsprozessen im Einklang mit unserer Strategie und unseren Werten
- Mitarbeit an der Entwicklung von Qualitätsstandards, Implementierung und Führung von Prozessen und Strukturen
- Mitarbeit und Leitung von Projekten zur systematischen Verbesserung der Patientenbehandlung
- Gestaltung und Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit, um die bestmögliche patientenorientierte Versorgungs- und Pflegequalität zu gewährleisten
- Repräsentation bei internen und externen Veranstaltungen nach Absprache
- Kooperation und Vernetzung mit definierten internen und externen Schnittstellen und Partnern

IHRE KOMPETENZEN

Für die IMCU 1 suchen wir eine reife Persönlichkeit mit mehrjähriger einschlägiger Berufserfahrung und erwarten von Ihnen die Umsetzung unserer Unternehmenswerte und -strategie. Als Stationsleitung leben und fördern Sie die Wertehaltung der Barmherzigen Brüder und deren Ethik, wie sie sich im Ethik-Codex ausdrückt (siehe barmherzige-brueder.at/ethik/codex). Sie zeichnen sich insbesondere durch folgende Qualifikation aus:

- Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege
- Mehrjährige Berufserfahrung oder Erfahrung als stellvertretende Stationsleitung
- Fähigkeit, Mitarbeiter/innen auch in schwierigen Situationen zu führen und zu motivieren sowie klare Ziele zu setzen
- Organisationsstärke, lösungs- und ergebnisorientierte Arbeitshaltung
- Interprofessionelles Kommunikations- und Kooperationsvermögen
- Zuverlässigkeit, Belastbarkeit und eigenverantwortliche Arbeitsweise
- Hohe Sozialkompetenz und Einfühlungsvermögen
- Gute Deutschkenntnisse (Diplom C1 oder B2)

Von Vorteil:

- Mehrjährige Führungserfahrung
- Nachweis der Sonderausbildung im basalen und mittleren Management bzw. Bereitschaft diese zu absolvieren
- Erfahrung in der Überwachung von Patienten/-innen (Monitoring)
- Idealerweise verfügen Sie über die Sonderausbildung in der Intensivpflege

WIR BIETEN

- Individuelle Einarbeitung (Mentoring-System)
- Verantwortungsvolle Position und abwechslungsreiches Arbeitsgebiet
- Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, einen interessanten Arbeitsbereich aktiv mitzugestalten und Ihre organisatorischen und fachlichen Fähigkeiten einzubringen
- Gute Zusammenarbeit mit der Bereichsleitung und Pflegedirektion
- Fachspezifische und fachübergreifende Fort- und Weiterbildungen
- Zugang zum Online-Fortbildungsprogramm CNE
- 28 Arbeitstage Erholungsurlaub pro Jahr
- Betriebliche Gesundheitsförderung, Supervision und Arbeitspsychologie
- Günstige Verpflegungsmöglichkeit
- Günstige Wohn- und Parkmöglichkeiten (bei Verfügbarkeit)
- Zahlreiche Vergünstigungen (Mitarbeiterangebote, Rabatte, etc.)
- Jahresmindestbruttogehalt inkl. fixer Zulagen (Beschäftigungsausmaß 100%) € 53.992,40 (Stufe 3) bzw. € 56.036,40 (Stufe 5) – je nach Höhe der anrechenbaren Vordienstzeiten.

Wir freuen uns über Ihre Bewerbung

Wir freuen uns über Ihre Bewerbung **bis spätestens 09.12.2022** bestehend aus Motivationsschreiben, Lebenslauf, Referenzen und Zeugnissen.

Bitte um Beachtung, dass eine Eintragung in das Gesundheitsberuferegister eine Voraussetzung für Ihre Berufsausübung und somit eine Einstellungsvoraussetzung darstellt.

Hier finden Sie unsere Checkliste Immunitätsnachweis.

BEWERBUNG:

Online: https://bewerbung-eisenstadt.barmherzige-brueder.at/Job/1728
Kontakt: Brigitte Polstermüller MSc, Pflegedirektorin, Tel.: +43(0)2682/601 DW 1210

ÜBER UNS:

www.bbeisen.at

www.barmherzige-brueder.at/datenschutz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserinnen und Leser,

Und wieder geht ein Herausgeber*innenjahr zu Ende und wir freuen uns das 7.te verflixte Jahr hiermit beendet zu haben. Vieles wurde bereits von uns umgestellt und so einiges an Neuheiten ist 2023 noch zu verkünden.

Wir haben in den letzten Wochen einen kompletten Serverumzug gemacht und in diesem Zuge die Webseite gleich neu überarbeitet. Hier finden Sie seither eigene Rubriken für den Bereich „Onkologie“, „Palliativ“, „Intensiv“, „Psychiatrische Pflege“ und „Covid19“. Weitere Bereiche werden in der nächsten Zeit folgen.

Doch dies ist nicht alles. Derzeit haben wir in Österreich mit der Veranstaltungsreihe „Pflege neu denken“ begonnen. Hierzu gibt es eine eigene Webseite (www.pflegedialog.at), auf der Teilnehmer*innen die Inhalte der Fortbildungen und News entsprechend erhalten.

Auf www.pflegecommunity.at erschaffen wir derzeit eine eigene Social Media Plattform für Pflegepersonen. Diese ist den gängigen Formaten sehr nachempfunden. Die Betaphase (Testphase) ist bereits im Gange und ab 1.1.2023 gibt es den Zugang kostenfrei für jede Pflegeperson. Hierbei gibt es keine Algorhithmen von Kaufplattformen und es kommen auch nur Pflegepersonen auf diese Plattform, damit ein fachlicher Diskurs ohne „Trolle“ passieren kann.

An weiteren Optionen für die Pflege wird gearbeitet. Wir hoffen somit weiterhin unseren Beitrag für unsere Berufsgruppe zu leisten.

Jetzt darf ich Ihnen aber wieder eine spannende Ausgabe zum Lesen überreichen. Wir wünschen Ihnen besinnliche Feiertage in Ihrer Freizeit, ruhigere Dienste und viel Energie für das kommende 2023.

Viel Spaß beim Lesen
Markus Golla

Markus Golla
Herausgeber

QR-Code / Link zu
www.pflege-professionell.at

Das Sterben als letztes Projekt?

Theologische Gesichtspunkte heutiger Sterbekulturen [1]

Diskurse über Sterben und Tod in der pluralen Gesellschaft

Die Zeiten, in denen man von der Verdrängung des Todes in der modernen Gesellschaft sprach, scheinen vorbei. Es ist nicht zuletzt der internationalen Hospizbewegung zu verdanken, dass Sterben, Tod und Trauer heute wieder als Teil des Lebens begriffen werden. Der Buchmarkt floriert, und das Thema ist in den Medien derart präsent, dass die Soziologen Armin Nassehi und Irmgard Saake schon von einer „Geschwätzigkeit des Todes“ sprechen.

Um Begriffe wie ein Sterben in Würde oder ein selbstbestimmtes Sterben kreisen die öffentlichen Debatten. Das gute und würdevolle Sterben ist nicht nur eine Frage der individuellen Lebensführung und des medizinischen Alltags, sondern auch ein Politikum. Therapiebegrenzung und Therapieverzicht am Lebensende, Patientenverfügung, assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen sind ebenso gesellschaftpolitische Themen wie der Ausbau der Palliativversorgung.

In jüngster Zeit konzentriert sich die Debatte in Deutschland und Österreich auf den assistierten Suizid, nachdem in beiden Ländern die Verfassungsgerichte bestehende Verbote für verfassungswidrig erklärt haben.[2] In Österreich, wo bis 2021 jede Suizidhilfe ausnahmslos strafbar war, ist die Suizidhilfe nun unter besonderen Voraussetzungen in Grenzen erlaubt. In Deutschland wurde das 2015 verabschiedete gesetzliche Verbot der gewerbsmäßigen Suizidhilfe für nichtig erklärt und aufgehoben. Eine gesetzliche Nachfolgeregelung steht noch aus. Zu einem selbstbestimmten Leben, so argumentiert das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe, gehöre auch ein selbstbestimmtes Sterben. Wie es ein Recht auf Leben gebe, so auch ein Recht zu sterben, über das der Staat nicht zu verfügen habe. Zugleich wird aber auch das Recht und die Pflicht des Staates zur Suizidprophylaxe, zum Schutz von Menschen vor äußerem Druck, in den Tod getrieben zu werden, insbesondere zum Schutz von besonders vulnerablen Personen und zum Ausbau der Palliativmedizin unterstrichen.

Die öffentliche Debatte sollte sich freilich nicht auf Probleme des Strafrechts und der Versorgungsstrukturen im Bereich von Medizin und Pflege verengen, sondern das Thema einer zeitgemäßen Kultur des Sterbens umfassender in den Blick nehmen. Eine Kernfrage lautet dabei, was Menschen eigentlich unter einem guten Sterben verstehen.

In der pluralistischen Gesellschaft von heute, deren Kennzeichen nicht nur der moderne Individualismus, sondern auch eine Vielfalt kultureller, religiöser und weltanschaulicher Prägungen und Überzeugungen ist, gibt es keine gemeinsamen Überzeugungen vom guten Leben und vom guten Sterben, die fraglos von allen Menschen geteilt werden. Das führt zu Verunsicherungen, etwa im Arzt-Patienten-Verhältnis, aber auch bei Angehörigen des Pflegeberufs, wenn sich beispielsweise die Frage stellt, wie man mit Sterbewünschen umgehen soll, die von Patienten oder Bewohnern einer Pflegeeinrichtung geäußert werden. Die Probleme verkomplizieren sich, wenn nicht nur die ethische Einstellung von Sterbenden oder Sterbewilligen, von Ärzten und Pflegenden, von Angehörigen und gesetzlichen Vertretern, sondern auch die Ethik des Krankenhaus- oder Pflegeheimträgers ins Spiel kommt.

Divergierende Bilder vom guten Sterben

So wichtig es ist, sich mit dem Thema des guten Lebens und des guten Sterbens philosophisch und theologisch auseinanderzusetzen, so wenig lässt sich die Frage, was denn das gute Sterben sei, unabhängig von der konkreten Lebenssituation und der Sicht der Betroffenen allgemeingültig beantworten. Philosophie und Theologie können aber dabei helfen, mit unterschiedlichen und auch widerstreitenden Vorstellungen vom guten Leben und Sterben auf reflektierte Weise umzugehen.

Schon der Begriff des Guten hat unterschiedliche Bedeutungen. Wir kennen den Begriff des technisch Guten. Medizin oder Pflege sind im technischen Sinne gut, wenn jemand seinen Beruf beherrscht und in einer konkreten Behandlungs- oder Pflegesituation nach den Regeln der Kunst auf dem Stand des Wissens – state of the art – zu handeln weiß. Gut ist aber auch eine ästhetische Kategorie. Wir sprechen von einem guten Film oder einem guten Roman – mag die dargestellte Handlung auch moralisch verwerflich sein. Wir sagen, das Essen habe uns gut geschmeckt, oder wir fühlen uns gut in dem Sinne, dass wir momentan mit unserem Leben zufrieden sind und frei von Beschwerden oder Schmerzen. Das moralisch oder sittlich Gute ist vom technisch und vom ästhetisch Guten zu unterscheiden, auch wenn es Überschneidungen geben kann. Der moralische Begriff des Guten verweist uns in den Bereich einer Güterlehre, in der auch zur Diskussion steht, ob das Leben in jedem Fall das höchste Gut ist, und wie sich das Gute zum Gerechten und zur Wahrheit verhält. Hier geht es um Fragen nach dem Sinn unseres Lebens im Ganzen.

Sterben und Tod in Zeiten der Corona-Pandemie

Besonders während der Anfangsphase der Corona-Pandemie sind Eigentümlichkeiten und Mängel heutiger Sterbekultur krass zutage getreten. Schon vor Jahrzehnten hat der Soziologe Norbert Elias die Einsamkeit der Sterbenden in der modernen Gesellschaft beschrieben.[3] Dominiert der epidemiologische Blick das Handeln in der Corona-Krise, nimmt die Einsamkeit der Sterbenden auf Intensivstationen und in Pflegeeinrichtungen zu. Im Kampf gegen die Pandemie ist streckenweise aus dem Blick geraten, dass wir alle einmal sterben müssen, ob mit oder ohne Corona.[4]

Der gesellschaftliche Umgang mit dem Tod ist hochgradig paradox. Zwar ist der Tod als Thema präsent, gleichzeitig wird er aber kaschiert. Es steht außer Frage, dass alle Menschen sterben müssen. Die Medizin mag noch so große Fortschritte machen, am Ende

beträgt die Todesrate doch immer hundert Prozent. Der Tod zur Unzeit soll aber vermieden werden. Der natürliche Tod ist in Wahrheit jedoch eine Utopie. Es herrscht die Vorstellung vor, die Menschen sollten möglichst alle ein hohes Alter erreichen und erst nach einem langen, erfüllten Leben sterben. Man wünscht sich den Tod als friedliches Erlöschen, das die Gesellschaft dann auch nicht mehr berührt. Der französische Historiker Philippe Ariès hat diese Idee als den „verwilderten Tod“ und fragwürdigen Versuch charakterisiert, „den Tod mit dem Glück zu versöhnen“[5]. In der Corona-Krise wurde der Tod hingegen als Feind und Drohung inszeniert, auch um das staatliche Handeln und freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu rechtfertigen: „Bald“, so sagte der ehemalige österreichische Bundeskanzler Kurz im Frühjahr 2020, „wird jeder einen Menschen kennen, der an Corona gestorben ist.“[6]

Die Pandemie führt den Menschen ihre Verletzlichkeit und Endlichkeit, auch die Verletzlichkeit einer hochkomplexen Gesellschaft und ihrer sozialen Systeme, vor Augen. Menschen suchen nicht nur nach praktischer Hilfe, sondern auch nach Halt und Trost. Ohne es immer so direkt auszusprechen, sehen sich nun doch viele mit der Frage konfrontiert, was ihr einziger Trost im Leben und im Sterben ist (Heidelberger Katechismus, Frage 1). Das fragen sich nicht nur Kranke oder Sterbende und ihre Angehörigen, sondern auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die in Zeiten von Corona besonderen Belastungen ausgesetzt sind und phasenweise in kurzer Zeit viele Menschen an Covid-19 haben sterben sehen.

Wird unsere Sterblichkeit verdrängt, muss jeder Tote als Versagen empfunden werden. Das führt zu moralischem Stress beim klinischen Personal.[7] Human ist eine Medizin, die das Sterben zulassen kann und den Tod nicht bloß als eine numerische Größe in den täglichen Corona-Statistiken behandelt.

Endlichkeit und Leiblichkeit

Krankheit, Alter und Tod konfrontieren uns auf besonders intensive Weise nicht allein mit unserer Endlichkeit, sondern auch mit unserer Leiblichkeit. Die sonst im Leben

(C) Photographee.eu

weithin unthematische Einheit von Leib und Seele, der Umstand also, dass wir nicht nur einen Leib haben, sondern auch Leib sind, wird dort zur existentiellen Erfahrung, wo diese Einheit gestört wird. Doch nicht nur Krankheit und Alter, sondern auch andere Formen intensiver Leiblichkeitserfahrungen wie Sexualität, extreme körperliche Anstrengung, bei der wir an unsere Grenzen gehen, Hunger und Durst, Ekstase und Rausch führen uns in Situationen, in denen wir uns selbst ganz nahe und fremd zugleich sind. Unser Leib, mit dem wir identisch sind und uns identifizieren, ist doch zugleich das Andere unserer selbst. Er ist die Natur an uns, die wir in uns zugleich überschreiten. Der Leib ist nicht mit dem bloßen Körper identisch, dessen Gestalt, Entwicklung und Funktion Naturwissenschaften und Medizin beschreiben. Leib ist unser Körper, wie wir ihn selbst erleben und wie wir uns in ihm erleben. Als Leib sind wir stets mehr als nur dieser. Indem wir uns zu unserem eigenen Leib verhalten müssen, treten wir in Distanz zu ihm und damit auch zu uns selbst.

Menschliches Dasein und Menschenwürde sind nicht ohne den Leib zu denken. Der Leib ist kein bloßes Objekt, das sich von der Person als ihrem Besitzer oder Nutzer abspalten lässt. Anstelle eines platonischen Leib-Seele-Dualismus spricht die biblische Tradition vom Menschen als leiblich-seelischer Einheit. Leiblichkeit ist die Signatur unserer menschlichen Existenz. Wir haben nicht nur einen Leib, sondern wir sind auch Leib. Der Leib verkörpert die Einheit und die Geschichte unseres Lebens. Dieses hinterlässt an und in unserem Körper seine Spuren, und das Gesicht eines Menschen enthält in Kurzschrift seine ganze Biographie. Leib und Leben, Leibgeschichte und Lebensgeschichte bilden eine innere Einheit.[8] Was meinem Leib angetan wird, das wird mir als Person angetan, wie der Philosoph Hegel richtig feststellt. Es darf aber das Personsein nicht auf unsere leibliche Existenz und das bloße Überleben reduziert werden. Auch das hat sich in der Pandemie gezeigt, als während der ersten Lockdowns Bewohner in Pflegheimen isoliert und regelrecht zu Tode geschützt wurden, wie es der Kulturbeauftragte der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), Johann Hinrich Claussen formuliert hat.

Ars moriendi im Zeitalter der Authentizität

Vorstellungen vom guten Leben und auch vom guten Sterben sind Idealbilder, die wir uns machen und möglicherweise mit anderen teilen. Die eigenen Vorstellungen von einem guten Sterben speisen sich nicht nur aus allgemeinen Prinzipien wie Selbstbestimmung und Menschenwürde, sondern auch aus persönlichen Erlebnissen und Erinnerungen, zum Beispiel an das Sterben der Eltern oder einer guten Freundin.

Vergangene Epochen verstanden das gute Sterben als eine Kunst. Die ars moriendi galt es im Leben zu erlernen. Herrschten jedoch in der Vergangenheit eher kollektive Vorstellungen vom guten Sterben vor, deren Normen sich der Einzelne zu unterwerfen hatte, steht heute das Individuum im Vordergrund, das seinen Tod als höchst persönliche Angelegenheit versteht.

Das „Zeitalter der Authentizität“ (Charles Taylor), in dem sich die Lebensführung zunehmend an ästhetischen Idealen orientiert, hat auch das Sterben erfasst. Das Leben wird zum Gesamtkunstwerk und das Sterben darin zum letzten Projekt.

Auch die Professionalisierung der Hospizarbeit gibt dem alten Begriff der Kunst des Sterbens eine neue Bedeutung: Das Sterben gerät in den Sog eines „Kreativitätspositivs“, das für die Gesellschaft bestimmend wird. Wie das Leben sollen auch das Sterben und die Trauer „gelingen“. Damit sich auch hier der Erfolg einstellt, werden das Sterben und die Trauer in Phasen unterteilt, die man erfolgreich absolvieren kann. Wer das geschafft hat, der kann am Ende „loslassen“, wie man gern sagt.

Die Ambivalenz dieser Entwicklung besteht darin, dass nun auch noch das Sterben unter den Imperativ der Authentizität gerät und zu einer Leistung wird, die das Individuum zu erbringen hat: selbstbestimmt und doch einer neuen gesellschaftlichen Norm unterworfen. Das individuelle Verhalten orientiert sich verbreitet an der wirkmächtigen Leitvorstellung vom „diskreten aber würdigen Ende eines befriedigten Lebens“, vom „Abschied von einer hilfreichen Gesellschaft, die nicht mehr zerrissen noch allzu tief erschüttert wird von der Vorstellung eines biologischen Übergangs ohne Bedeutung, ohne Schmerz noch Leid und schließlich auch ohne Angst“ (Philipp Ariès). Der assistierte Suizid oder auch der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) sind auch in diesem Kontext zu betrachten.

Christliche Zugänge zu Sterben und Tod

Eine christliche Einstellung zum Tod leistet nach meiner Überzeugung einen Beitrag zur Ideologiekritik. Die Vollendung des gelingenden Lebens mag zwar die unser Handeln motivierende Hoff-

nung sein, doch gehören zum Leben wie zum Sterben Erfahrungen des Misslingens, des Unvollendeten und von „Bruchbiographien“ (Gunda Schneider-Flume).

Ein gutes Sterben ist in meinen Augen ein solches, das der Erfahrung von Passivität, der Erfahrung des Fragmenthaften, also nicht nur dem Gelingen, sondern auch dem Scheitern Raum gibt. Aus christlicher Sicht bin ich davon überzeugt, dass das Bemühen, den Tod mit dem Glück zu versöhnen, zum Scheitern verurteilt ist. Zum guten Sterben gehört für mich die Bereitschaft, den Tod als Teil des Lebens zu akzeptieren, ihm zugleich aber die Reverenz zu verweigern. Das christliche Symbol solcher Widerständigkeit, die auf eine höhere und von uns selbst nicht zu leistende Vollendung hofft, heißt Auferstehung.

Der Glaube an die Auferstehung von den Toten führt im Christentum allerdings zu einer eigentümlichen Relativierung des Lebens. So gewiss dieses von Gott kommt, ist es doch nicht das höchste Gut. Schon im Alten Testament lesen wir, dass Gottes Güte besser als Leben ist (Psalm 63,4). Nach paulinischer Auffassung wird das natürliche Leben überboten durch das Mit-Christus-Sein, das Leben und Tod umschließt. Weil die in Christus offenbar gewordene Liebe stärker ist als der Tod und uns nichts von der Liebe Gottes scheiden kann (Römer 8,35–39), ist das natürliche Dasein kein absoluter Wert.

In den Kirchen und in ihrer Verkündigung ist die Rede vom Leben als Geschenk verbreitet. Wir sprechen davon, dass eine Mutter ihrem Kind das Leben geschenkt hat und davon, dass Gott uns allen das Leben aus lauter Güte schenkt. Die Geschenkmetapher ist jedoch nicht unproblematisch. Geschenkt ist geschenkt, so heißt es. Wer etwas verschenkt, kann dem Beschenkten keine weitere Vorschrift machen, wie er damit umgeht. Er kann es weiter verschenken oder auch zerstören. Wir können biblisch wohl vom Leben als Gabe sprechen, wobei die Logik der Gabe nicht mit der Logik des Tausches verwechselt werden darf. Aber mit der Gabe ist uns das leibliche Leben auch als Aufgabe gegeben. Wir stehen in grundlegenden Verantwortungsverhältnissen, sowohl Gott als auch unseren Mitmenschen gegenüber. Auch die Frage, wie wir mit dem eigenen und fremden Sterben umgehen, ist eine Frage der Verantwortungsethik.

Die menschliche Existenz ist nicht nur durch Verantwortung, sondern auch durch Freiheit bestimmt. Die Freiheit eines Lebens aus dem christlichen Glauben schließt die Freiheit nicht nur im Sterben, sondern auch zum Sterben ein. Ein starkes Motiv im Neuen Testament ist die Bereitschaft zur Hingabe in der Nachfolge Christi. Wer sein Leben um jeden Preis erhalten will, wird es verlieren. Wer es aber um Christi willen verliert, der wird es finden (Matthäus 16,25). Der Einsatz der leiblichen Existenz gilt Paulus als Gott wohlgefälliges Opfer und als vernünftiger Gottesdienst (Römer 12,1).

Ohne einseitig einer in ihren Konsequenzen problematischen Opfertheologie das Wort zu reden, lässt sich doch festhalten, dass die Gabe des Lebens und das Gott verdankte Recht auf Leben nicht mit einer unbedingten Pflicht zum Leben verwechselt werden darf, auch nicht mit der Pflicht, andere Menschen gegen ihren ausdrücklichen Willen am Leben zu erhalten oder zum Leben zu zwingen.

Ein theologischer Begriff von Verantwortung transzendiert den ethischen oder juristischen Begriff von Verantwortung. Sich Gott gegenüber verantworten heißt auch, sich ihm zu überantworten, hinzugeben und auszuliefern. Das gilt gerade auch für das Sterben. Wann für einen Menschen, auch und gerade, wenn er sich Gott als seinem Schöpfer und Erlöser gegenüber verantwortlich fühlt, der Zeitpunkt gekommen ist, sein Leben loszulassen, um sich in Gottes Armen fallen zu lassen und in ihn „hineinzusterben“[9], kann nicht von Außenstehenden entschieden werden. Dass der Tod natürlicherweise zum Leben gehört, besagt nicht, dass man aus natürlichen Sterbeverläufen normative Handlungsanweisungen für die Ethik am Lebensende ableiten kann. Unser Verhältnis zum natürlichen Leben ist vielmehr, wie wir mit dem evangelischen Theologen Dietrich Bonhoeffer (1906–1945) sagen können, durch die Dialektik von Widerstand und Ergebung bestimmt, und die Grenzen zwischen beidem lassen sich nicht prinzipiell, sondern nur in der konkreten Situation ziehen. Es kann dem Willen Gottes ebenso entsprechen, das Sterben zu einem konkreten Zeitpunkt zu akzeptieren und den Dingen ihren Lauf zu lassen, wie auch, sich Krankheit und Tod unter Einsatz moderner medizinischer Möglichkeiten zu widersetzen.

Gegen Ängste, Einsamkeit und Bedeutungslosigkeit

Generell ist das eigene Sterben und der Tod von Angehörigen mit erheblichen Ängsten belastet, mit denen sich die Menschen alleingelassen fühlen: mit der Angst,

Herausforderndes Verhalten in der Pflege

Ann Louise Barrick et al.

Körperpflege ohne Kampf

Herausforderndes Verhalten in der Körperpflege erkennen, verstehen und meistern

Damit die Körperpflege bei alten Menschen nicht zum Kampf mit herausforderndem Verhalten wird, bieten die Autoren einen individuellen und problemlösenden Ansatz. Die forschungs- und erfahrungsgestützten Interventionen sind in der häuslichen und stationären Pflege leicht umsetzbar. Die 2. Auflage wurde ergänzt um Beiträge zu den Themen „Körperpflege als herausforderndes Verhalten“ und „Stress provozierende und reduzierende Körperpflege“ sowie eine Pflegegeschichte und neue Fachliteratur.

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Offermanns / Jürgen Georg / Christoph Müller. Übersetzt von Elisabeth Brock.
2., überarb. u. erw. Aufl. 2021. 404 S., 43 Abb., 47 Tab., Kt
€ 32,95 (DE) / € 33,90 (AT) / CHF 45.50
ISBN 978-3-456-86033-6
Auch als eBook erhältlich

Bo Hejlskov Elvén / Sophie Louise Abild McFarlane

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit psychischen Störungen

Praxisbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe

Herausfordernde Verhaltensweisen in der Psychiatrie zeigen sich in agitierten, ängstlichen, desorientierten, gewalttätigen, manipulativen, selbstverletzenden und suizidandrohenden Handlungen und Reaktionen. Die Autoren beschreiben mit Beispielen, wie Pflegende damit umgehen und eine beruhigende, deeskalierende und sichere Umgebung für Menschen mit psychischen Problemen schaffen können. Sie zeigen, was und wie Pflegende zu einer besseren Arbeits- und Behandlungsatmosphäre beitragen können.

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Christoph Müller.
Übersetzt von Gabriella Marie Frank.
2020. 152 S., 20 Abb., Kt
€ 26,95 (DE) / € 27,80 (AT) / CHF 37.50
ISBN 978-3-456-86000-8
Auch als eBook erhältlich

hogrefe

unerträgliche Schmerzen erleiden zu müssen; mit der Angst, den Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu fallen; mit der Angst im Sterben alleingelassen zu werden; mit der Angst, ausgeliefert zu sein und der Würde beraubt zu werden; mit der Angst, auch gegen den eigenen Willen unnötig lange am Leben erhalten zu werden, was keiner Lebens-, sondern einer Sterbeverlängerung gleichkommt; mit der Angst, dass das Leben fahrlässig verkürzt wird durch mangelnde medizinische und pflegerische Hilfe oder gar durch vorsätzliche Tötung.

Oftmals ist es das Gefühl der Einsamkeit und der Bedeutungslosigkeit, das Menschen in den Suizid treibt. Ich sehe eine wichtige Aufgabe insbesondere von Kirche und Diakonie darin, Menschen zu vermitteln, dass sie für andere noch eine Bedeutung haben und für sie wichtig sind, auch wenn sie schwer krank oder behindert sind, dass man sie nicht verlieren will und dass man um sie kämpfen will.

Der Heidelberger Altersforscher Andreas Kruse macht auf den Zusammenhang zwischen möglichem Suizidwunsch und Einsamkeit aufmerksam. „Die Entscheidung, aus dem Leben zu gehen, bildet nicht selten auch das Ergebnis von länger bestehender, unfreiwilliger Isolation und daraus hervorgehender Einsamkeit. Die Studienlage ist hier eindeutig: Im Falle lange bestehender Einsamkeit und Isolation nimmt die Lebensbindung des Menschen immer weiter ab, die Intensität der Suizidgedanken immer weiter zu.“[10]

Kruse sieht hier eine gesamtgesellschaftliche Problematik, weil sich Isolation und Vereinsamung nicht auf Probleme der individuellen Pathologie reduzieren lassen. Vereinzelung, soziale Ungleichheit und materielle Existenzrisiken nach Arbeitsverlust haben auch soziale Ursachen. Einsamkeit und Isolation können aber auch im Erleben von Schwerkranken an Gewicht gewinnen, zumal, wenn das Krankheitsbild in hohem Maße angstbesetzt ist, wie etwa bei einer progredienten Demenz.

Umso mehr ist auf den weiteren Ausbau der Palliativmedizin und -pflege als Teil der Regelversorgung im Gesundheitswesen zu dringen. Gefordert ist eine Kultur der Solidarität mit den Sterbenden. Sie schließt praktische Maßnahmen zur Beseitigung von personellen, räumlichen und strukturellen Engpässen in der Pflege sowie eine gesellschaftliche, aber auch finanzielle Aufwertung des Pflegeberufs ein. Gefordert ist eine Gestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse, aber auch der Medizin und der Pflege in Kliniken und Pflegeheimen, welche die Würde des Menschen im Leben wie im Sterben achtet.

Allerdings gibt es zwei Konstellationen, in denen auch die Palliativmedizin an ihre Grenzen stößt. Wenn jemand nicht an einer Krankheit und ihren Symptomen, sondern an seinem Leben leidet, ist ihm palliativmedizinisch wohl kaum zu helfen. Und das gleiche gilt, wenn jemand erst gar nicht in einen Krankheitszustand geraten will, in dem er auf Palliativmedizin und entsprechende Pflege angewiesen ist. Dieser Möglichkeit müssen sich auch Kirche, Diakonie und Seelsorge offen stellen.

Grundsätzlich sehe ich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darin, den Ängsten und der Einsamkeit der Sterbenden entgegenzuwirken und eine neue Kultur der Solidarität mit den Sterbenden und Sterbewilligen zu entwickeln. Nun gehört es zu den Aufgaben von Medizin und Pflege, aber auch von Diakonie und Seelsorge, Sterbewünsche von Patienten und Bewohnern wahrzunehmen und darüber mit den Betroffenen in ein vertrauensvolles Gespräch zu kommen, statt sie mit ihren Wünschen und Gedanken alleinzulassen oder diese unterschiedslos zu pathologisieren. Sterbewünsche dürfen aber auch nicht unbedacht als Ausdruck eines autonomen Willens und einer wohlüberlegten freien Entscheidung genommen werden. Sie können auch zu einem Krankheitsbild gehören oder ein Hilferuf und ein Symptom für tieferliegende Probleme sein, auf die eine andere Antwort als die Umsetzung des Suizidwunsches in die Tat gegeben werden muss. Menschen mit suizidaler Absicht können krankheitsbedingt pha-

Autor

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner
Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstraße 8–10, 1010 Wien;

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, 1090 Wien

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at
Homepage: http://etfst.univie.ac.at/über-uns/team/ulrich-koertner

senweise in ihrer Willens- und Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sein. Deshalb sind neben Instrumenten der strukturierten, prozessorientierten Ethikberatung vorbeugende Schutzkonzepte unerlässlich.

Abschließend sei ein Wort Dietrich Bonhoeffers in Erinnerung gerufen: „Wer nicht mehr leben kann, dem hilft auch der Befehl, dass er leben soll, nicht weiter, sondern allein ein neuer Geist.“[11] Aus christlicher Sicht ist niemand zum Leben oder Weiterleben zu zwingen, wohl aber zum Leben zu ermutigen. Doch wie das Geborenwerden und das Leben, so hat eben auch das Sterben seine Zeit (vgl. Koh 3,1f.).

Fußnoten

[1] Referat auf der Online-Tagung „Neue Herausforderungen für Sterbekulturen. Ars moriendi nova in Zeiten von Covid-19 und Assistiertem Suizid?“, Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum, 3.11.2022.

[2] Vgl. Ulrich H.J. Körtner, „Wer so stirbt, der stirbt wohl“ (Paul Gerhard)? Die theologisch-ethische Kontroverse zum assistierten Suizid, ThLZ 146, 2021, 1001–1016.

[3] Siehe Norbert Elias, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, 7. Auflage, Frankfurt a.M. 1991.

[4] Vgl. Ulrich H.J. Körtner, Hauptsache Leben? Zum Umgang mit Lebensgefährdung in Zeiten der Pandemie, PrTh 58, 2023, H. 1 (im Druck).

[5] Philippe Ariès, Geschichte des Todes, München 1980, 789; vgl. dazu ausführlich Ulrich H.J. Körtner, Bedenken, daß wir sterben müssen, München 1996, 11–31.

[6] Zitiert nach: Kleine Zeitung, 30.6.2020, https://www.kleinezeitung.at/politik/innenpolitik/5793215/Bundeskanzler-Sebastian-Kurz_Bald-wird-jeder-von-uns-jemanden (21.6.2022).

[7] Siehe Colombine Eisele (Hg.), Moralischer Stress in der Pflege – Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen, Wien 2017.

[8] Zum Ganzen siehe Ulrich H.J. Körtner, Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen (APTLH 61), Göttingen 2010.

[9] Hans-Jörg Rosenstock, Für mich gestorben!? Was hat Jesu Tod mit mir zu tun?, Bielefeld 2010, 66.

[10] Andreas Kruse, Einfühlsame Störfragen, in: FAZ, 14.3.2021, 6.

[11] Dietrich Bonhoeffer, Ethik, hg. v. Ilse Tödt u.a. (DBW 6), 2. Aufl. Gütersloh 1998, 196.

(C) Rido

Einsamkeit unter Studierenden: Bedeutung in der Pflegeausbildung

„Die schlimmste Armut ist Einsamkeit und das Gefühl, unbeachtet und unerwünscht zu sein“
(Mutter Teresa, zitate-online, 2022)

Das Thema Einsamkeit hat durch die Covid-19-Pandemie intensive Beachtung und Betrachtung in verschiedenen gesellschaftlichen Lebensbereichen erhalten. Durch (gesundheitspolitische) Maßnahmen, wie beispielsweise „Social Distancing“ und Lockdowns wurde Einsamkeit zu einer Begleiterscheinung, unter der viele Menschen verstärkt zu leiden hatten – und nach wie vor haben.

Einsamkeit kann in verschiedenen Lebensbereichen auftreten, beispielsweise bei Singles, die sich nach einer Partner:in sehnen, bei Pensionist:innen, die nach ihrem Berufsalltag in ein „Pensions-Loch“ fallen oder auch bei Menschen, die sich in einer Ausbildung, wie etwa in einem Studium, befinden. Die Schnelllebigkeit unserer Gesellschaft und die Anonymität der Städte, in der sich auch die meisten Ausbildungsstätten befinden, unterstützen das Phänomen Einsamkeit (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022).

Aufbauend auf Untersuchungen aus dem Jahr 2008 von Luanaigh und Lawlor zum Thema Einsamkeit als Risikofaktor für negative Gesundheitsfolgen, scheint die Neubetrachtung des Themas Einsamkeit noch einmal stärker darauf hinzudeuten, dass Einsamkeit in jedem Alter auftreten kann und ein bedeutender Gesundheits-Risikofaktor ist. So wurden beispielsweise Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und Angst, Depression

oder Herzerkrankungen gefunden (Peplau und Perlmann, 1982; Luanaigh und Lawlor, 2008). Somit ist Einsamkeit ein oft unfreiwilliger und unangenehmer bis schmerzhafter Zustand. Suchen Menschen allerdings bewusst die Einsamkeit, um dem Alltag zu entfliehen und neue Inspiration zu finden, dann ist Einsamkeit ein selbstgewählter Zustand (Luhmann, 2022).

Begriffsbestimmung: Einsamkeit

Basierend auf der sozialwissenschaftlichen Forschung und in Anlehnung an Übersichtsarbeiten zum Thema sind drei Begriffsdefinitionen von Einsamkeit angeführt (Luhmann, 2022):

- Existentielle Einsamkeit: definiert als unerträgliche Leere, Traurigkeit und Sehnsucht,
- Einsamkeit als Folge unerfüllter sozialer Bedürfnisse: basierend auf der Annahme, dass Menschen ein Grundbedürfnis nach sozialen Bindungen haben und
- Einsamkeit als wahrgenommene Diskrepanz zwischen gewünschten und vorhandenen sozialen Beziehungen: beschreibt als meistzitierte Definition von Einsamkeit, zurückgehend auf Peplau und Perlman (1982), vor allem drei Aspekte:
  - erstens, eine unangenehme Erfahrung eines subjektiv negativen Zustands,
  - zweitens, ein Netzwerk an sozialen Beziehungen einer Person mit real existierenden Personen,
  - drittens, die Entstehung von Einsamkeit, wenn das Netzwerk als mangelhaft wahrgenommen wird.

Alle drei Definitionen haben folgendes gemeinsam: Einsamkeit ist ein subjektiver Zustand, sie entsteht aus einem Mangel an sozialen Beziehungen, sie wird als unangenehm empfunden und sie definiert die Bedeutung sozialer Beziehungen vor allem über ihre Abwesenheit (Luhmann, 2022).

Eigene Erhebung unter Studierenden der Brunel University London

An dieser Stelle wird eine eigene Erhebung der Autorin unter Studierenden der Brunel University London beschrieben und zusammengefasst. Im Rahmen des Abschlusses des Studiums zum „Master of Science in Public Health und Health Promotion“ wurde dazu eine Masterthesis erstellt, die in englischer Originalfassung vorliegt.

Ziel: Die Belastung durch Einsamkeit zu untersuchen und Gruppen zu identifizieren, die an der Brunel University London besonders einsamkeitsgefährdet sind.

Methode (Literatur): Die Literaturrecherche wurde im Dezember 2014 und Jänner 2015 durchgeführt. Danach wurden die Forschungsfragen formuliert und an die aktuellen Fragen angepasst. Eine weitere Recherche wurde im Juni 2015 durchgeführt. Bei den Suchkriterien wurde kein Zeitrahmen angegeben, sodass alle Arbeiten, die sich mit der Einsamkeit von Studentinnen und Studenten befassen, berücksichtigt wurden. Als Keywords wurden verwendet: Loneliness, University, Student, College in Kombination mit spezifischen Risikofaktoren wie z.B. Geschlecht, Gesundheit, Kommunikation, Internet, Facebook, Beziehung, Kultur, Schlaf, internationale Studenten und unter Berücksichtigung der Anwendung der Booleschen Operatoren AND, „+“, OR, NOT und „-“. Die Literaturrecherche erfolgte in den elektronischen Datenbanken Cinahl Plus, PsycInfo, PubMed, British Education Index, BMJ, Cochrane Library, Academic Search Complete und Medline.

Methode (Quantitative Studie): Eine Online-Umfrage umfasste die „UCLA Loneliness Scale“, eine Skala zur Selbsteinschätzung der Einsamkeit, Fragen zur Quantität, Qualität und Art des sozialen Engagements sowie Fragen zu den soziodemografischen Merkmalen der Studentinnen und Studenten. Bivariate und multivariate Korrelationen wurden verwendet, um Gruppen zu identifizieren, die besonders einsamkeitsgefährdet sind. Die erhobenen Daten wurden mit dem Statistical Software Package ‚SPSS‘ ausgewertet.

Ergebnisse: Insgesamt beantworteten 128 Studentinnen und Studenten die Umfrage. Die durchschnittliche Gesamtpunktezahl für Einsamkeit betrug 48,21 ±11,66. Etwa die Hälfte der Befragten fühlte sich in der vergangenen Woche manchmal einsam. Die Gruppen, die am stärksten zur Einsamkeit neigten, sind diejenigen, deren Beziehungen eine geringere Qualität aufwiesen, und diejenigen, die sich weniger häufig mit ihren Freunden trafen.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Studentinnen und Studenten der Brunel University London im Vergleich zu ihren Altersgenossen aus der Allgemeinbevölkerung relativ stark von Einsamkeit betroffen sind. Im Vergleich zu früheren Studien, die sich mit der Einsamkeit von Studierenden an Universitäten befasst haben, wurde ein

ähnlich hohes Maß an Einsamkeit festgestellt. Die Ergebnisse zeigen auch, dass Student:innen mit größerer Wahrscheinlichkeit von Einsamkeit betroffen sind als ihre Altersgenossen. Darüber hinaus unterstreichen die Ergebnisse, wie wichtig es ist, bestimmte Gruppen von Studierenden zu ermutigen, sich am sozialen Universitätsleben zu beteiligen.

Aktualität und Neubetrachtung des Themas

Die Aktualität der Thematik Einsamkeit wird anhand von zwei wissenschaftlichen Untersuchungen und einem Projekt der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) unterstrichen:

Ziel der systematischen Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2022 „The impact of loneliness and social isolation on health state utility values: a systematic literature review" war es, eine Verbindung zwischen Einsamkeit und/oder sozialer Isolation mit HSUVs („health state utility values", also „Parameter zur Gewichtung des Gesundheitszustandes") aufzuzeigen. Laut Majmudar et al. (2022) ist davon auszugehen, dass die beobachteten niedrigeren HSUVs aufgrund von Einsamkeit und/oder sozialer Isolation die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen.

Die Auswirkungen der Pandemie untersuchte die Studie „Impact of the COVID-19 Pandemic on Loneliness and Social Isolation: A Multi-Country Study" und fand heraus, dass die Prävalenz von schwerer Einsamkeit während COVID-19 zwischen 2020 und 2021 21% beträgt und nur 6% der Befragten rückblickend von schwerer Einsamkeit vor der Pandemie berichteten. Ein Fünftel definierte sich auf Grundlage ihrer üblichen Beziehungen als sozial isoliert, wobei 13% eine erhebliche Zunahme der Isolation während COVID-19 angaben (O'Sullivan et al., 2021).

Das Projekt „Vorbereitung und Umsetzung von Modellregionen Social Prescribing" der GÖG soll unterstützen, Social Prescribing in Einrichtungen der Primärversorgung (Primärversorgungseinheiten PVE, Gruppenpraxen, etc.) zu etablieren. Social Prescribing soll als innovativer Ansatz gesundheitsrelevante und nicht-medizinische Bedürfnisse in der Primärversorgung verankern. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer z.B. Primärversorgungseinheit werden sensibilisiert, Patientinnen und Patienten holistisch zu betrachten und gegebenenfalls an eine Fachkraft weiter zu vermitteln. Diese Fachkraft erarbeitet dann gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten, welches Bedürfnis aktuell von Bedeutung ist und vermittelt an passende regionale Angebote weiter. Es wird festgehalten, dass spezifische Zielgruppen besonders von Social Prescribing profitieren, wie beispielsweise Menschen, die wenig soziale Kontakte haben und „einsam" sind (GÖG, 2022).

Diskussion: Bedeutung für in Ausbildung befindliche Menschen

Die eigene Erhebung der Autorin bestätigt zum einen die Bedeutung der Thematik Einsamkeit für Student:innen und zum anderen die Relevanz, bestimmte Gruppen von Student:innen zu ermutigen, sich aktiv am sozialen Leben zu beteiligen.

Dem Thema Einsamkeit angenommen hat sich u.a. auch die Fachhochschule Bielefeld. Im Projekt "(GEM)EINSAM DURCH CORONA" wurden eine Vielzahl von Ideen zur Reduzierung von Einsamkeitsgefühlen gesammelt und anhand unterschiedlicher Dimensionen bewertet. Mit einer danach folgenden weiteren Literaturrecherche erfolgte die Aufbereitung der Befunde zu Einsamkeit. Die gewonnenen Informationen dienten der Kennzeichnung der Wirksamkeit der beschriebenen Interventionen und der Erstellung einer Anleitung für wirksame Projekte gegen Einsamkeit (Gemeinsam durch Corona, 2022).

Aufbauend auf den Untersuchungen der Autorin, sollte gerade in der Pflegeausbildung das Thema Einsamkeit unbedingt Beachtung finden.

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird Pflege in Zukunft für unsere Gesellschaft eine noch wichtigere Rolle einnehmen. Der Bedarf an qualifiziert ausgebildeten Pflegekräften ist weltweit bereits heute kaum zu decken – und das in sämtlichen Bereichen von der Gesundheitsförderung und Prävention, über die Akutversorgung und Rehabilitation bis hin zur Langzeitpflege.

Dem weltweit steigenden Bedarf an Pflegekräften wird mit Erhöhungen der Ausbildungszahlen an den Hochschulen und Ausbildungsstätten entgegengesteuert. Aufgrund der Digitalisierung nehmen auch in der Ausbildung von Pflegekräften Fern-Lehrveranstaltungen – dort wo die Ausbildung im Rahmen einer digitalen Lehrveranstaltung möglich ist – mehr Platz ein. Damit erhöht sich der Anteil an Zeiten in denen Studierende alleine vor einem Bildschirm arbeiten. Die daraus resultierende Möglichkeit der Entstehung von Einsamkeit, wurde bereits in ver-

schiedenen Studien und Untersuchungen beschrieben und wissenschaftlich untersucht.

Speziell im Bereich der Ausbildung von Gesundheitsberufen und somit auch in der Pflegeausbildung ist die Entwicklung von sozialer Kompetenz von großer Bedeutung. Sie bildet die Basis für einen holistischen und empathischen Zugang zu den Patient:innen und ist auch unbedingt erforderlich, um in interprofessionellen Teams gemeinsam zu arbeiten. Doch alleine vor dem Bildschirm sitzend und mit aufkommender Einsamkeit konfrontiert, bewusst oder unbewusst, ist diese zentrale Entwicklung von sozialer Kompetenz schwierig. Umso wichtiger ist es daher, entstehender Einsamkeit aktiv entgegenzuwirken.

Einsamkeit: Empfehlungen zur Bewältigung

Auf dem Öffentlichen Gesundheitsportal Österreichs (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022) sind für Menschen, die unter Einsamkeit leiden, als Tipps für erfüllte soziale Kontakte z.B. angeführt (unter anderen):

- bestehende soziale Kontakte pflegen
- sich Ziele setzen, die man für sich selbst erreichen möchte
- täglich etwas für sich tun
- auf Menschen im näheren Umfeld zugehen
- Blickkontakt in Gesprächen halten
- sich über Möglichkeiten zum gegenseitigen Austausch in der Umgebung informieren

Auf der Homepage des Projektes der FH Bielefeld (Gemeinsam durch Corona, 2022) werden Maßnahmen und Tipps gegen Einsamkeit beschrieben und ausführlicher dargestellt:

- Persönliche Besuche – Kontakte ermöglichen
- Digitale Kommunikation
- Freizeitaktivitäten – kreativ aktiv
- Sportliche Angebote – Bewegung hält gesund
- Musikalische Angebote

(C) Tamara

- Kochen und Backen – Gemeinschaft geht durch den Magen
- Briefkontakt – analog verbunden

Die Internetseite des Kompetenznetzes Einsamkeit (Kompetenznetz Einsamkeit, 2022) führt eine Übersichtsliste über überregionale und bundesweite Angebote in Deutschland, Programme und Hilfs- und Beratungsangebote.

Einsamkeit: abschließende Betrachtungen

Einsamkeit ist für Menschen bedeutsam. Aufbauend auf den Untersuchungen der Autorin sowie der Neubetrachtung der Thematik in verschiedenen Studien unter Berücksichtigung aktueller sozialer und gesundheitspolitischer Entwicklungen durch die Covid-19-Pandemie, wird Einsamkeit als bedeutender Gesundheits-Risikofaktor in jedem Alter deutlich sichtbar. Spezielle Aufmerksamkeit sollte in diesem Zusammenhang für Studierende aufgebracht werden, da mehrere Studienergebnisse darauf hindeuten, dass diese Gruppe stark von Einsamkeit betroffen sein kann. Darüber hinaus unterstreichen die Resultate der Untersuchung der Autorin die Relevanz und Wichtigkeit, bestimmte Gruppen von Studierenden zu ermutigen, sich am sozialen Leben zu beteiligen, um so dem Gesundheits-Risikofaktor Einsamkeit aktiv entgegenzuwirken.

Es besteht die Empfehlung zu weiteren Untersuchungen im Zusammenhang mit Einsamkeit als Gesundheits-Risikofaktor und dessen gesellschaftliche und gesundheitspolitische Auswirkungen.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022) Einsamkeit bewältigen. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, (online) https://www.gesundheit.gv.at/leben/lebenswelt/soziale-netzwerke/soziale-beziehungen/einsamkeit-ursachen-bewaeltigung.html (13. November 2022).

(Gem)einsam durch Corona (2022) (Gem)einsam durch Corona. Ein Projekt der FH Bielefeld, (online) https://www.einsam-durch-corona.de/ (28. September 2022).

GÖG (2022) Gesundheit Österreich GmbH, (online) https://www.goeg.at/socialprescribing (09. Oktober 2022).

Kompetenznetz Einsamkeit (2022) Kompetenznetz Einsamkeit (KNE), (online) https://kompetenznetz-einsamkeit.de/ (28. September 2022).

Luanaigh, C. O. und Lawlor, B.A. (2008) Loneliness and the health of older people', International Journal of Geriatric Psychiatry, 23(12), S. 1213-21.

Luhmann, M. (2022) Definition und Formen der Einsamkeit. KNE Expertise, (online), 1/2022. www.kompetenznetz-einsamkeit.de (27.Oktober.2022).

Majmudar et al. (2022) The impact of loneliness and social isolation on health state utility values: a systematic literature review. Quality of Life Research, 31, S. 1977-1997.

O'Sullivan et al. (2021) Impact of the COVID-19 Pandemic on Loneliness and Social Isolation: A Multi-Country Study. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 9982.

Peplau, L. A. und Perlman, D. (1982) Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau, and D. Perlman (Eds.), Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy (S. 1-18). Wiley: New York.

Zitate-online (2022) zitate-online.de, (online), ZITATE-ONLINE.DE +++ Zitate zum Stichwort Einsamkeit (15.November 2022).

Autorin

DGKP Ingeborg Pötz, MSc., BSc.

Project Managerin Hospital Management International bei VAMED Management und Service GmbH. Betriebs- und Projektmanagement für internationale und nationale Krankenhaus-/Gesundheitsprojekte mit Fokus auf Afrika, Europa und Asien, Entwicklung innovativer Lösungen für gesundheitliche Herausforderungen. Ausbildungen in Public Health, Gesundheitsförderung und Gesundheits- und Pflegewissenschaft, sowie ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerin mit mehrjähriger internationaler klinischer Erfahrung.
Kontakt: ingeborg.poetz@gmail.com

Angelika Feichtner

Palliativpflege

für Pflege- und andere Gesundheitsberufe

facultas 2022
6., überarbeitete und erweiterte Auflage
352 Seiten, broschiert
EUR 36,90 (A) / 35,90 (D) / sFr 45,30 UVP
ISBN 978-3-7089-2167-9
e-ISBN 978-3-99111-481-9

Den letzten Lebensweg würdevoll beschreiten
In der Pflege von schwer kranken und sterbenden Menschen sind spezielles Wissen, fachliches Können und eine respektvolle, achtsame Haltung, aber auch eine gelingende Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen entscheidend. Das vorrangige Ziel palliativer Betreuung ist das größtmögliche Wohlbefinden der Patient:innen.

Dieses Buch liefert die Grundlagen für die Pflege und Betreuung von Patient:innen in palliativen Situationen und bietet Anleitung und Unterstützung für Gesundheitsberufe.

Die 6. Auflage ist vollständig überarbeitet, berücksichtigt neue Entwicklungen beim assistierten Suizid sowie Tötung auf Verlangen in Europa und vertieft die Kapitel zum deliranten Syndrom, zu Schmerz und Demenz.

Angelika Feichtner, Hilde Kössler
Palliative Wundversorgung in der Praxis

facultas 2020
296 Seiten, 2-farbig, broschiert
EUR 29,90 (A)
EUR 28,90 (D) / sFr 36,60 UVP
ISBN 978-3-7089-1996-6
e-ISBN 978-3-99030-998-8

Angelika Feichtner
Palliativpflege in der Praxis
Wissen und Anwendungen

facultas 2021
3., überarb. und erweiterte Auflage
248 Seiten, 2-farbig, broschiert
EUR 23,90 (A)
23,10 (D) / sFr 29,10 UVP
ISBN 978-3-7089-2135-8
e-ISBN 978-3-99111-342-3

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

Übertherapie oder Sterben in Würde?

Ein Weg aus dem Machbarkeitswahn moderner Medizin

Moderne Medizin bewirkt sehr viel Gutes und hilft vielen Menschen durch die Phase einer schweren Erkrankung um sie in ein gutes Leben zurückzubringen. Moderne Medizin kann aber auch Leiden verlängern und Sterben hinauszögern, wenn sie nicht gezielt eingesetzt und dieser Einsatz regelmäßig auf seine Sinnhaftigkeit und den Nutzen für Patient*innen überprüft wird. Das kommt gerade auf Intensivstationen – aber auch in anderen Bereichen der Medizin (z.B. Tumortherapie etc…) häufig vor. Moderne Medizin im Machbarkeitswahn verhaftet, fügt betroffenen Patient*innen, aber auch allen anderen (Angehörigen, betreuenden Teams - Ärzt*innen wie Pflegekräften - und nicht zuletzt auch der Gesellschaft) großen Schaden zu und verursacht viel sinnloses Leiden. Wie man dieses Zuviel, die sog. Übertherapie und deren Folgen vermeiden kann, was man darf im Rahmen ärztlicher Entscheidungsfindung und wie man das Ziel eines guten Lebens am Ende des Lebens und ein Sterben in Würde erreichen kann, damit werden wir uns im Folgenden beschäftigen:

Übertherapie und chronisch kritische Erkrankung:

Übertherapie bedeutet, dass wir Ärzt*innen medizinische Handlungen indizieren und durchführen, obwohl sie für Patient*innen in einer fortgeschrittenen Phase ihrer Erkrankung nicht mehr sinnvoll/nützlich sind - nur weil sie technisch machbar sind. Elshaug definiert Übertherapie als Durchführung von Behandlungen, die sehr unwahrscheinlich weder Lebensqualität noch Quantität erhöhen, die mehr Schaden als Nutzen anrichten, oder denen Patient*innen, die über potentielle Benefits und

(C) Kiryl Lis

Risiken voll informiert gewesen wären, nicht zugestimmt hätten (1). Übertherapie ist ein weltweit beobachtetes Phänomen in ‚reichen' Medizinsystemen. Die Arbeitsgruppe um Cardona-Morell hat sich das in einer großen, retrospektiven Studie mit über 1,2 Mio Patient*innen (USA, Europe/UK, Canada, Brazilien, Taiwan/Südkorea und Australien) angesehen. Fast 40% der in den letzten sechs Lebensmonaten durchgeführten Behandlungen waren nicht sinnvoll, sog. ‚non-beneficial treatments' (NBT). Darunter fand sich alles, was die moderne Medizin so bietet wie Reanimationen, Intensivaufenthalte, Nierenwäsche, Strahlentherapie, Transfusionen, Antibiotika, Herzkreislaufbehandlungen, Hormone, Verdauungsaktive Substanzen, Labortests. 33% der Patient*innen erhielten nicht-sinnvolle Chemotherapien sogar noch in den letzten 6 Lebenswochen (2). Übertherapie schadet nicht nur Patient*innen, die chronisch kritisch krank werden, sondern auch Angehörigen, die nach langen Intensivaufenthalten Ihrer Familienmitglieder häufig ein posttraumatisches Stresssyndrom entwickeln (3). Bei uns Behandler*innen ist Übertherapie die häufigste Ursache für Burnout (4). Das was medizinische Mitarbeiter*innen (Ärzt*innen wie Pflegekräfte gleichermaßen) am meisten belastet ist das Fortsetzen von auf Heilung ausgerichteten (oft belastenden) Behandlungen, wenn klar ist, dass keine Heilungsaussicht mehr besteht (5). Schlussendlich schadet Übertherapie auch der Gesellschaft, indem unter Verletzung des ethischen Prinzips der „Gerechtigkeit" (soziale Gerechtigkeit / Verteilungsgerechtigkeit) erhebliche sinnlose Kosten im Gesundheitssystem entstehen, die dann anderswo nicht zur Verfügung stehen (6). Chronisch kritische Erkrankung (CCI) als Folge von Übertherapie muss als negatives Ergebnis einer aufwendigen Intensivtherapie vermieden werden, da CCI eine ethisch nicht gebotene Verlängerung von Leiden und Hinauszögern von Sterben bedeutet. Dies würden sich die meisten Patient*innen, wenn sie gut aufgeklärt wären, nicht wünschen. Die Daten zeigen aber, dass CCI eine rasch wachsende Gruppe von Patient*innen betrifft (5 - 10%), die eine schwere Erkrankung oder große Operation zunächst überlebt haben, dann aber weiter unter einem anhaltenden Versagen ihrer Organe leiden, über Monate eine hochspezialisierte Versorgung auf einer Intensivstation benötigen, wochenlang maschinell beatmungspflichtig bleiben, wiederholte Infektionen haben, sehr schwach sind, unter Verwirrtheit leiden und immer wieder auf der Intensivstation aufgenommen werden müssen. Über 50% der chronisch kritisch Kranken sterben innerhalb 1 Jahres, über 88 % verlassen das Krankenhaus nicht und bleiben schwere Pflegefälle (7,8). Die Kosten für diese sinnlosen medizinischen Maßnahmen (in der Ethik als sog. „Futility" bezeichnet) sind oft astronomisch hoch und sind - abgesehen vom großen Leid für Patient*innen und deren Angehörige – dem ethischen Prinzip der Gerechtigkeit folgend (siehe oben), auch nicht geboten. Zudem fügen sie unserem Gesundheitssystem großen Schaden zu. Es sei an dieser Stelle nochmals explizit darauf hingewiesen, dass in unserem Gesundheitssystem derzeit noch alle Menschen alles erhalten, was für sie medizinisch sinnvoll und nützlich ist – völlig ungeachtet ihres sozialen Status, ihrer Hautfarbe, ihrer vorhandenen oder nicht vorhanden Versicherung etc… . Um dieses System einer solidarischen Gesundheitsversorgung für alle Menschen, die in diesem Land leben, auch in der Zukunft aufrecht erhalten zu können, sind sinnlose medizinische Behandlungen – ganz abgesehen davon, dass sie für alle Beteiligten langes, sinnloses Leiden bedeuten - zu vermeiden und die ärztliche Entscheidung zu einer rechtzeitigen Therapiezieländerung von Heilung Richtung Palliation muss besser und vor allem rechtzeitig getroffen werden. Wenn wir also die Frage beantworten wollen, ob Übertherapie ein Sterben in Würde verhindert, dann können wir diese Frage auf jeden Fall mit „ja" beantworten.

Es sei hier noch ein abschließender Gedanke erlaubt: Wenn wir Ärzt*innen uns die Entscheidungen über Sinn und Nützlichkeit einer Behandlung aus Angst vor Fehlentscheidungen aber auch aus Angst vor dem Vorwurf ‚nicht alles getan zu haben' aus der Hand nehmen lassen und uns weiterhin weitgehend nur am technisch Machbaren orientieren, dann kommt über die ausufernden Kosten und ein unleistbar gewordenes Medizinsystem über kurz oder lang der Rechenstift einer nach betriebswirtschaftlichen Kriterien gesteuerten Medizin – dann sind unmenschliche Fehlentscheidungen vorprogrammiert und eine individualisierte, auf den Menschen abgestimmte Medizin, so wie wir sie eigentlich betreiben wollen und sollten, ist dann nicht mehr möglich – der 2-Klassenmedizin ist dann Tür und Tor geöffnet, wo Menschen mit viel Geld sich Behandlungen leisten können, die anderen dann nicht mehr zur Verfügung stehen werden. In einem solchen System würde ich weder Ärzt*in/Pflegeperson noch Patient*in sein wollen.

Entscheidung zur Therapiezieländerung (TZÄ) - ethische und rechtliche Kriterien:

Um Übertherapie und deren Folgen für Patient*in, Angehörige, Pflegepersonen, und das Gesundheitssystem zu vermeiden, müssen Ärzt*innen rechtzeitig die Entscheidung zur Therapiezieländerung von Heilung Richtung Palliativmedizin (PM) treffen (9). Schwierige Entscheidungsfindung in der Medizin muss sich unter anderem an den 4 ethischen Prinzipien des Georgetown-Mantras orientieren (6): Patient*innen-Wille (Autonomie), Nutzen für Patient*in (Wohltun; Benefizienz) und/ oder Vermeidung eines möglichen Schadens (Malefizienz) einer technisch machbaren Therapie (gutes Beispiel ist hier z.B. eine Chemotherapie) sowie die bereits oben besprochene Gerechtigkeit (Justice). Auch die Verhältnismäßigkeit einer technisch machbaren medizinischen Handlung muss abgewogen werden. Die ärztliche Entscheidung zur Änderung des primären Therapieziels der Heilung Richtung PM muss sich an der Outcomewahrscheinlichkeit orientieren. Das ist die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, ob Patient*in sich erholen, die gewünschte Lebensqualität erreichen (Rehabilitationspotential) kann oder mit hoher Wahrscheinlichkeit versterben wird (Mortalitätswahrscheinlichkeit). D.h. Ärzt*in muss beurteilen, ob und für welche der technisch machbaren Behandlungen es eine Indikation und ein Therapieziel gibt. Es kommt dabei immer wieder auf ärztlicher Seite Unsicherheit auf, ob man eine technisch machbare Handlung unterlassen darf. Es sei hier nochmals betont, dass die Indikation für eine medizinische Behandlung nicht allein von der Machbarkeit, sondern auch vom Nutzen für Patient*in abhängt. Gibt es primär keinen Nutzen für eine technisch mögliche Behandlung, oder fällt der Nutzen sekundär weg, weil Patient*in sich schlechter entwickelt als erwartet, dann darf eine medizinische Behandlung nicht begonnen werden, bzw. muss eine begonnene Behandlung wieder abgebrochen werden. Auch bei schnellem Todeseintritt hat dies – wie immer wieder fälschlicherweise befürchtet - nichts mit aktiver Tötung/ Euthanasie zu tun, da die Absicht hinter der aktiven Euthanasie das aktive Herbeiführen des Todes einer Person wäre, während bei der Therapiezieländerung die Absicht das Sterben zulassen durch Weglassen nutzloser, technisch möglicher medizinischer Handlungen ist, die das Leben und damit Leiden künstlich verlängern und den Sterbeprozess hinauszögern würden, was ethisch nicht geboten ist.

Ergänzend soll hier noch kurz auf die rechtliche Seite der Therapiezieländerung eingegangen werden: Ärzt*in ist nicht zur Heilung verpflichtet. Handlungsmaxime aus dem seit 1949 gültigen Ärztegesetz § 49-1 ist, dass „ÄrztIn verpflichtet ist nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren“ (10). Es gibt also keine rechtliche Vorschrift mit allen Mitteln heilen oder das Leben erhalten zu müssen. Zum Wohle der Kranken handeln kann neben Heilen auch heißen Sterben zuzulassen und den sterbenden Menschen palliativmedizinisch unter bestmöglicher Symptomkontrolle zu begleiten. Obwohl dies in Österreich rechtlich immer schon so war, wurde zur rechtlichen Absicherung palliativmedizinischer Maßnahmen im neuen Ärztegesetz 2019 noch der Absatz ergänzt, dass „palliativmedizinische Maßnahmen auch dann zulässig sind, wenn ihr Nutzen der Symptomlinderung das mögliche Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt“. Das bedeutet, wenn zur Symptomkontrolle (z.B. Atemnot, Schmerzen etc…) eine Steigerung von Medikamenten notwendig ist, die sich verkürzend auf die Lebenszeit auswirken könnten (schlechter schlucken, weniger tief atmen, schlechter husten etc…), dann ist dies im Sinne der Leidensminderung im Sterbeprozess (Comfort Terminal Care; CTC) explizit erlaubt. Jegliche Form der Therapiezieländerung muss gleich wie jede andere ärztliche Anordnung in der Patient*innenakte vorgeschrieben sein und zeitnahe dokumentiert werden.

Ärztliche Entscheidungsfindung und Outcome-relevante Faktoren im Rahmen einer Therapiezieländerung:

Ärzt*innen müssen sich täglich kritisch fragen, ob Patient*in noch von der laufenden Therapie profitiert bzw. ob eine technisch machbare Therapie wirklich begonnen werden sollte oder ob Patientin auf Grund der weit fortgeschrittenen Erkrankung unter Umständen mehr von einem rechtzeitigen Umstieg auf Palliativmedizin mehr profitieren würde. Im Rahmen palliativmedizinischer Behandlung geht es um Wohltun und das gute Leben am Ende des Lebens, wo nebenwirkungsreiche, auf Heilung ausgerichtete Therapien weggelassen werden um palliative Behandlung mit all ihren unterschiedlichen Facetten in den Vordergrund medizinischer Bemühungen zu stellen. Ziel ist den letzten Weg eines Menschen – wie auch immer lange er dauern wird - zu begleiten und schlussendlich ein Sterben in Würde unter bestmöglicher Symptomkontrolle (ohne Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot und nicht al-

leine) zu ermöglichen. Palliativmedizin beginnt mit dem Beginn einer schweren Erkrankung und sollte von Anfang an im Behandlungskonzept einen Platz finden.

Wie beim Ärztegesetz besprochen, darf und MUSS Ärzt*in basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen nach Maßgabe ihrer Erfahrung die Outcome-Wahrscheinlichkeiten einer Patient*in abschätzen um ein Therapieziel/ TZÄ festzulegen und die Indikation für mögliche medizinische Behandlungen abzuwägen. Hilfreich bei der Identifizierung von Hochrisikopatient*innen, die unter Umständen ein schlechtes Outcome und mehr von einem rechtzeitigen Umstieg auf palliativmedizinische Maßnahmen profitieren würden, können Scores sein. Für die rasche Evaluierung eigenen sich besonders sehr einfach durchzuführende Scores wie der alte ADL-Score (11) und die Dalhousie Frailty Scale (12-17). Beide Scores sind, wenn sie schlecht ausfallen, im Falle von schwerer Erkrankung oder bei aufwendiger Behandlung (Chemotherapie, großer operativer Eingriff, etc…) mit erhöhter Sterblichkeit und schlechtem Rehabilitationspotential verknüpft. Bei Scores im Hochrisikobereich sollte dann eine Besprechung im Team aller Behandler*innen über den weiteren Behandlungsweg der Patient*in initiiert werden. Diese interdisziplinäre Besprechung wurde als Konzept ‚Klinische Perspektivenkonferenz' (KPK) von der ARGE Ethik der ÖGARI am AIC 2019/2022 vorgestellt: Es muss im Team aller Behandler*innen eine Therapieentscheidung getroffen werden, ob man die geplante Behandlung überhaupt macht oder sofort palliativmedizinische Maßnahmen einleitet. Falls man sich zur Behandlung entschließt, muss der Behandlungsweg besprochen sein, was man im Falle von Komplikationen macht (auf die Intensivstation?, invasive Herzkreislauftherapie?, Nierenwäsche?, Herzlungenmaschine?, etc…). Darüber muss Patient*in oder Stellvertreter*in und - falls gewünscht - auch die Angehörigen genauestens aufgeklärt werden mit dem Ziel einen informed consent zu erreichen, so dass der Patient*innenwille mit der ärztlichen Handlungsstrategie in Ein-

(C) romaset

klang gebracht wird. Falls Zeit ist sollte Patient*in vor dem bevorstehenden Ereignis eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht errichten. Wenn das aufgrund der Dringlichkeit des Eingriffs nicht mehr möglich ist, muss Patient*in wenigstens eine Vertrauensperson (gewählte Vertretung im Sinne des neuen Erwachsenenschutzgesetzes;ErwSchG) benennen (18), die im Falle eines komplikationsreichen Verlaufes den mutmaßlichen Willen der Patient*in ins ärztliche Entscheidungsgespräch einbringen kann, falls Patient*in nicht mehr für sich selbst sprechen kann. Die KPK ist also eine Möglichkeit ärztliche Entscheidungsfindung insofern leichter zu machen als der Patient*innenwillen bekannt ist und damit Basis für eine Entscheidung im Team aller Behandler*Innen sein kann mit dem Ziel Patient*innen ein gutes Leben am Ende des Lebens durch rechtzeitigen Umstieg auf palliativmedizinische Maßnahmen durch eine rechtzeitige Therapiezieländerung zu ermöglichen. Letztendlich kann man so sinnlose Übertherapie und ihre negativen Folgen für Patient*innen und uns alle - inklusive des Gesundheitssystems - vermeiden.

Zusammenfassung:

Wenn Sie sich über das „Leben und Treiben“ auf einer Intensivstation informieren wollen, gibt es dazu unter anderem eine sehr gute Möglichkeit über die Homepage von SELPERS www.selpers.com (Betreuung auf der Intensivstation - selpers). Zitat aus der Intensiv-Passage auf der SELPERS-Homepage: „Ob unvorhergesehen oder geplant – ein Aufenthalt auf der Intensivstation ist eine außergewöhnliche Situation. Es ist völlig normal, dass in dieser Situation viele Fragen aufkommen. Ihr Behandlungsteam beantwortet Ihnen diese gerne. Damit Sie sich zusätzlich in Ruhe informieren können, geben in dieser Online-Schulung zwei langjährige Mitglieder eines Intensivteams Antworten auf häufige Fragen. Wieso muss ich oder mein/e Angehörige auf der Intensivstation betreut werden? Wie läuft die Behandlung ab? Wozu dienen die blinkenden und piepsenden Geräte? Wie kann ich mich auf einen Aufenthalt oder den Besuch vorbereiten? Und was erwartet mich dort? Auch wenn jede Intensivstation etwas anders ist, erhalten Sie in dieser Online-Schulung einen Überblick über die wichtigsten Abläufe und Behandlungen der Intensivmedizin. Sie finden nützliche Informationen und Tipps zur Vorbereitung und für Ihren Aufenthalt auf der Intensivstation. Angehörige erfahren, wie sie ihre Nahestehenden auf der Intensivstation unterstützen und gleichzeitig gut mit der herausfordernden Situation umgehen können. Diese Informationen sollen Ihnen dabei helfen, diese Zeit möglichst gut zu bewältigen…“. DGKP Michael Urschitz und ich versuchen Ihnen hier die Welt der Intensivstation näher zu bringen und wir sprechen unter anderem auch offen darüber, was ein „gutes Leben am Ende des Lebens“ bedeutet, warum man trotz Intensivmedizin sterben kann und „Sterben zulassen“ eine der wichtigen ärztlichen Entscheidungen im Team aller Behandler*innen ist, um Leiden nicht sinnlos zu verlängern und Sterben nicht hinauszuzögern. Intensivmedizin trifft auf Palliativmedizin, weil die Betreuung am Ende des Lebens mit dem Ziel eines „Sterbens in Würde“ unter „guter Symptomkontrolle“ (ohne Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot und nicht alleine) gerade auch auf einer Intensivstation unter Einbeziehung der Angehörigen sehr gut möglich ist. Es muss in der Medizin, wenn Heilung nicht mehr möglich ist, der Fokus auf das „gute Leben am Ende des Lebens“ gelegt werden. Die meisten von uns wünschen sich am Ende des Lebens keine Verlängerung des Leidens und wir alle müssen wieder einsehen, dass Sterben trotz der schier unendlichen Möglichkeiten moderner Medizin ein unausweichlicher Teil des Lebens bleibt. Jeder einzelne Mensch trägt selbst die Verantwortung für die Gestaltung des Endes seines/ihres Lebens. Jeder einzelne Mensch könnte dies unter Wahrnehmung seiner/ihrer im neuen Erwachsenenschutzgesetz definierten Rechte aktiv in die Hand nehmen und rechtzeitig eine Patient*innenverfügung errichten. Dort werden Wünsche und Wertvorstellungen definiert und es können medizinische Behandlungen, die nicht mehr gewünscht sind, ganz oder teilweise abgelehnt werden. Wir empfehlen die gleichzeitige Errichtung einer Vorsorgevollmacht, in der festgelegt ist, wer für Patient*in sprechen und den mutmaßlichen Patient*innenwillen in die ärztliche Entscheidungsfindung einbringen soll, wenn Patient*in nicht mehr für sich selbst sprechen kann – wie das oftmals schnell auch für jüngere und/oder gesunde Menschen z.B. im Rahmen eines schweren Unfalls, plötzlicher schwerer Erkrankung oder auf einer Intensivstation der Fall sein kann. Das seit Sommer 2018 gültige neue Erwachsenenschutzgesetz räumt Menschen großzügig dieses Recht auf Selbstbestimmung im Rahmen medizinischer Behandlungen ein. Allerdings müssen Patient*innen An-, oder Zugehörige als Stellvertreter*innen offiziell autorisieren. Wir als betreuende ärztliche und pflegerische Teams können der Selbstbestimmung nur dann Platz einräumen, wenn Menschen diese

damit verbundene Verpflichtung auch wahrnehmen und sich über ihr Lebensende rechtzeitig Gedanken machen.

Nur so können Ärzt*innen die Autonomie von Patient*innen wahren und schwierige medizinische Entscheidungen am Lebensende im Sinne der Patient*innen treffen, weil sie dann besser deren Wünsche und Wertvorstellungen kennen und weil Patient*innen selbst eine Person aus dem Kreis der sie umgebenden Menschen benannt haben, die den mutmaßlichen Willen in die Diskussion rund um die therapeutischen Möglichkeiten einbringt, wenn diese dazu nicht mehr selbst in der Lage sind. Nur so können Übertherapie und deren Folge, die chronisch kritische Erkrankung, mit all ihren negativen Folgen besser vermieden und ein „Sterben in Würde“ – auch auf unseren Intensivstationen – möglich gemacht werden – etwas, das sich die meisten Menschen wünschen, wann auch immer sie am Ende ihres Lebens angekommen sind.

Literatur:

1. Elshaug AG(1), Rosenthal MB(2), Lavis JN(3), Brownlee S(4), Schmidt H(5), Nagpal S(6), Littlejohns P(7), Srivastava D(8), Tunis S(9), Saini V(10). Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value healthcare. 2017 Jan 6. pii: S0140-6736(16)32586-7).
2. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM Anstey M Mitchell IA,Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. Int J Qual Health Care. 2016.
3. Hickman RL Jr(1), Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. AACN Adv Crit Care. 2010 Jan-Mar;21(1):80-91.
4. Fumis RRL(1), Junqueira Amarante GA(2), de Fátima Nascimento A(3), Vieira Junior JM(2). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. Ann Intensive Care. 2017 Dec;7(1):71.
5. Hartog CS(1)(2), Hoffmann F(3), Mikolajetz A(3), Schröder S(4), Michalsen A(5), Dey K(6), Riessen R(7), Jaschinski U(8), Weiss M(9), Ragaller M(10), Bercker, S(11), Briegel J(12), Spies C(13), Schwarzkopf D(3); SepNet Critical Care Trials Group – Ethicus II Studiengruppe. Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care : Results of a survey among intensive care unit personnel. 2018 Sep 12.
6. Georgetown Mantra; Beauchamp, T. L. & Childress, J. F.: Principles of Biomedical Ethics. 6th Edition. Oxford University Press 2008.
7. Lamas D. Chronic critical illness. N Engl J Med. 2014 Jan 9;370(2):175-7.
8. Macintyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. Respir Care. 2012 Jun;57(6):1021-7.
9. Friesenecker B. Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2013; 48: 216–223
10. §49 ÄrzteG: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40211904/NOR40211904.html, https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40190742/NOR40190742.html
11. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. Katz, AB Ford, RW Moskowitz, BA Jackson, MW Jaffe. Jama (1963), Sept21.
12. Olga Theou, Emma Squires, Kayla Mallery, Jacques S. Lee, Sherri Fay, Judah Goldstein, Joshua J. Armstrong, Kenneth Rockwood: What do we know about frailty in the acute care setting? A scoping review. BMC Geriatr. 2018; 18: 139.
13. Muscedere J(1)(2), Waters B(3), Varambally A(4), Bagshaw SM(5), Boyd JG(6), Maslove D(6), Sibley S(6), Rockwood K(7). The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2017 Aug;43(8):1105-1122.
14. Smart R(1), Carter B, McGovern J, Luckman S, Connelly A, Hewitt J, Quasim T, Moug S. Frailty Exists in Younger Adults Admitted as Surgical Emergency Leading to Adverse Outcomes. Frailty and Young and general surgery. J Frailty Aging. 2017;6(4):219-223.
15. Shears M(1), Takaoka A(1), Rochwerg B(2), Bagshaw SM(3), Johnstone J(4), Holding , A(5), Tharmalingam S(6), Millen T(1), Clarke F(1), Rockwood K(7), Li G(8), Thabane L(8), Muscedere J(9), Stelfox HT(10), Cook DJ(11); Canadian Critical Care Trials Group. Assessing frailty in the intensive care unit: A reliability and validity study. J Crit Care. 2018 Jun;45:197-203.
16. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. ACMAJ. 2005 Aug 30;173(5):489-95. Division of Geriatric Medicine, Dalhousie University, Halifax, NS.
17. Diego Costa, Martín Aladio, Camilo A. Girado, Ricardo Pérez de la Hoz, C. Sara Berensztein. Frailty is independently associated with 1-year mortality after hospitalization for acute heart failure. Int J Cardiol Heart Vasc. 2018 Dec; 21: 103–106.
18. Das neue Erwachsenenschutzrecht im Überblick (justiz.gv.at)

Autorin

Ao. Univ.-Prof.in Dr.in med. Barbara Friesenecker
Oberärztin, Anästhesistin, Intensivmedizinerin, Palliativmedizinerin, Vorsitzende der ARGE Ethik der ÖGARI, Vorstandsmitglied der ÖGARI (2011-2019), Vorstandsmitglied der FASIM (2011-2018), Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck (MUI) Tel: +43 676 34 28 690
Email: barbara.friesenecker@tirol-kliniken.at

(C) lexiconimages

Triage – Impuls aus der evangelischen Theologie

1 Allokation und Verteilungsgerechtigkeit

Triage und Priorisierung sind Beispiele für die generell im Gesundheitswesen erforderliche Allokation, d. h. Zuteilung knapper Ressourcen an potenzielle Nutzerinnen und Nutzer. Allokationsfragen im Gesundheitswesen stellen sich nicht nur in Verbindung mit der Coronavirus-Pandemie. Grundsätzlich erfordert Allokation nicht nur Rationalisierung und Priorisierung, sondern auch Rationierung. Dabei ist zu beachten, dass es nicht nur Phänomene der Unterversorgung, sondern auch der Überversorgung und der Fehlversorgung gibt, die sich nicht nur auf das Gesamtsystem unter medizinökonomischen Gesichtspunkten, sondern auch auf das individuelle Patientenwohl nachteilig auswirken können.

Aus medizinethischer Sicht sollten Allokationsentscheidungen möglichst weit weg vom einzelnen Patienten getroffen werden. Das gilt auch für die Versorgungslage in der COVID-19-Pandemie.[1] Vorrangiges Ziel muss dabei sein, die Situation knapper Ressourcen durch geeignete Allokationsmaßnahmen zu entschärfen, etwa durch Verlegung von Patienten, die keine Intensivtherapie benötigen, auf eine Intermediate Care Unit oder auf eine Normalstation.

Die Entscheidung, wer im Extremfall noch (weiter) behandelt werden soll und wer nicht, kann unter diesen Umständen keine Einzelfallentscheidung sein, sondern sollte nach einem transparenten Kriterienkatalog getroffen werden. Auch gilt das Vier- oder Mehraugenprinzip. Die Entscheidung sollte demnach nicht ein einzelner Arzt oder eine einzelne Ärztin, sondern ein aus mehreren Personen bestehendes Ethikboard treffen.

2 Grundlegende Prinzipien für Triage-Entscheidungen ex ante

Als generelles Ziel kann gelten, mit den begrenzt vorhandenen Mitteln möglichst viele Leben zu retten, dabei aber nicht utilitaristisch die mutmaßliche Lebensdauer zum Kriterium zu machen, sondern nur von der kurzfristen Überlebenschance auszugehen. Um das genannte Ziel zu erreichen, liegen Einzelfallentscheidungen folgende Prinzipien zu Grunde:

- das Prinzip der Gerechtigkeit (Fairness)
- das Prinzip der Patientenautonomie – d.h. soweit bekannt, der Patientenwille
- Menschenwürde und Recht auf Leben
- die Überlebenschancen und die klinische Erfolgsaussicht

Grundsätzlich steht der Gedanke der Menschenwürde (im Kantischen Sinne) wie auch die christliche Auffassung von der Gottebenbildlichkeit (vgl. Genesis 1,27; 9,6) im Widerspruch dazu, Menschenleben gegeneinander abzuwägen, etwa:

- Frauen und Kinder zuerst
- Medizinisches Personal vor anderen Patienten
- Soldaten/Polizisten vor Zivilisten
- Priorisierung sonstiger „systemrelevanter“ Berufsgruppen
- Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen

Gelegentlich ist die Frage aufgeworfen worden, ob der Impfstatus eines Patienten ein Kriterium bei einer Triage-Entscheidung sein könne, zumindest dann, wenn ein Patient sich ohne medizinische Gründe gegen die Impfung gegen Covid-19 entschieden hat. Bisweilen ist auch der Vorschlag unterbreitet worden, ungeimpfte Patienten mit einem Selbstbehalt an den Kosten einer stationären Behandlung zu beteiligen.

Nun ist eine Pandemie allerdings keine Privatsache, wie die österreichische Bioethikkommission zutreffend festgestellt hat.[2] Es ist auch ein gebotener Akt der Solidarität, sich gegen Covid-19 impfen zu lassen. Aus ethischer Sicht ist es freilich nicht akzeptabel, die intensivmedizinische Versorgung von Covid-Patienten davon abhängig zu machen, ob sie sich haben impfen lassen oder nicht. In einem auf dem Solidarprinzip basierenden Gesundheitswesen darf der Impfstatus generell kein Kriterium für die Triage sein, es sei denn, medizinischen Gründe sprächen dafür. Sollte die Impfung gegen Covid-19 die kurzfristigen Überlebenschancen nachweislich erhöhen, könnte dies Einfluss auf die Entscheidung haben, ansonsten aber nicht.

Die evangelische Tradition entfaltet die christliche Anthropologie vom Gedanken der Rechtfertigung des Menschen allein aus Gnade und allein durch den Glauben. Sie bezieht sich dabei auf die Rechtfertigungslehre des Apostels Paulus. Martin Luther formuliert ihren Grundgedanken in der Weise, dass der Mensch ohne Werke des Gesetzes von Gott angenommen und gerechtfertigt wird. Diese Aussage gilt nicht nur im Blick auf die Vergebung menschlicher Schuld (Sünde), sondern auch in schöpfungstheologischer und anthropologischer Hinsicht. In seiner Auslegung des Apostolischen Glaubensbekenntnisses im Kleinen Katechismus (1529) deutet Luther das Bekenntnis zu Gott, dem Schöpfer, existentiell: „Ich glaube, dass mich Gott geschaffen hat, samt allen Kreaturen, mit Leib und Seele, Augen, Ohren und alle Glieder, Vernunft und alle Sinne gegeben hat und noch erhält; […] und das alles aus lauter väterlicher, göttlicher Güte und Barmherzigkeit, ohn all mein Verdienst und Würdigkeit“[3]. Anthropologisch gewendet, folgt aus dem Rechtfertigungsglauben die Absage an den Gedanken, dass Menschen nur aufgrund ihrer Leistungen, ihrer Leistungsfähigkeit und dem ihnen gesellschaftlich zugebilligten Wert ihr Daseinsrecht haben (sola gratia).

Geht man von den genannten Grundsätzen evangelischer Anthropologie aus, scheint damit bei der Triage auch jede Bevorzugung von Patienten aufgrund ihres Berufes oder ihrer vermeintlichen Systemrelevanz ausgeschlossen zu sein. Konkret wird diese Option für die Angehörigen von Gesundheitsberufen diskutiert.

Nun lässt sich zugunsten der Bevorzugung von Gesundheitspersonal argumentieren, dass medizinische Behandlung ohne qualifiziertes Personal nicht möglich ist. Besteht hinsichtlich Gesundheitszustand und Prognose Gleichwertigkeit mit anderen Patienten, kann dies für eine Bevorzugung von medizinischem und pflegerischem Fachpersonal sprechen. Als Pauschalregel wäre dies allerdings problematisch. Wird die Regel, die Retter zu retten, zum allgemeinen Prinzip erhoben, haben Patienten, die als „systemirrelevant“ gelten, allerdings praktisch keine Chance mehr auf ein Intensivbett mit Beatmungsgerät. Das aber verstieße gegen die Menschenwürde, die ohne Ansehen der Person, der sozialen Schicht oder des Berufstandes gilt. Dieser Vorbehalt wird durch ein rechtfer-

tigungstheologisches Verständnis von Menschenwürde noch verstärkt.

3 Evangelische Anthropologie und Ethik

Als normative Theorie der Moral ist Ethik eine Konfliktwissenschaft. Sie tritt auf den Plan, wenn sich das Moralisch nicht von selbst versteht, sei es, dass die Auslegung einer konkreten, in Geltung stehenden moralischen Norm strittig ist, sei es, dass eine Moral und ihre Begründung insgesamt in Frage gestellt werden. Nach Niklas Luhmann ist es die Aufgabe der Ethik, vor Moral und ihren unerwünschten Wirkungen zu warnen,[4] weil Moral eben keineswegs immer nur das Gute fördert, sondern mit ihrer rigorosen Unterscheidung zwischen Gut und Böse Konflikte verstärken und befeuern kann. Luhmann nennt dies den polemogenen Charakter von Moral.[5]

Auch aus rechtfertigungstheologischer Sicht ist es die Aufgabe, vor zu viel Moral und ihren Ambivalenzen zu warnen. Darin besteht der ethische Sinn der reformatorischen Unterscheidung zwischen Gesetz (göttliche Forderung) und Evangelium (Zuspruch der Gnade).[6] Alle Moral bewegt sich, mit dem Mythos aus Genesis 3 gesprochen, diesseits des Sündenfalls und somit diesseits von Gut und Böse. Das Wissen um den Unterschied zwischen Gut und Böse und somit auch das Phänomen der Moral liegt, religiös gesprochen, dem Sündenfall nicht voraus, sondern ist seine Folge. Diesseits des Sündenfalls, d.h. diesseits von Gut und Böse, ist nicht so sehr mit der Evidenz als vielmehr mit der Verborgenheit des Guten zu rechnen, welche die ethische Entscheidung im Einzelfall schwermacht.[7]

Recht verstanden besteht die Aufgabe der Ethik in der Förderung von Ambiguitätstoleranz[8] im Umgang mit Moral und ihren ambivalenten Folgen. Dazu gehört auch ein Verständnis für ethische Dilemmata und der Umgang mit den Grenzen des Ethischen, die sich auch am Phänomen von Schuld und Schuldgefühlen zeigen. Ein sensibler Umgang mit Schuld und Schuldgefühlen sowie die Förderung einer humanen Fehlerkultur liegen im Gefälle einer rechtfertigungstheologisch begründeten Ethik.

Zu den Ambiguitäten des Ethischen gehört auch der Umstand, dass selbst dann, wenn das Gute erkannt und auch in bester Absicht befolgt oder erstrebt wird, der Mensch letztlich nicht die guten Folgen seines Tuns garantieren kann. Ambig ist auch die Wahl der Mittel, stellt sich doch nicht nur die Frage, ob oder unter welchen Bedingungen der gute Zweck die Mittel heiligt. Vielmehr können selbst ethisch für gut befundene Mittel Folgen zeigen, die das erstrebte gute Ziel konterkarieren.

Wenn beispielsweise ein Patient oder eine Patientin intensivmedizinische Behandlung ablehnt, dürfen sie nicht gegen ihren Willen behandelt werden. Wenn die Ressourcen auf den Intensivstationen nicht mehr ausreichen, wäre es auch unethisch, einen Patienten im schlechten Gesundheitszustand, auch wenn er das dringend wünscht, intensivmedizinisch zu behandeln, wenn dafür ein Patient mit weit besseren Überlebenschancen abgewiesen werden müsste. Es wäre auch deshalb unethisch, weil eine aussichtslose Therapie, die für den Patienten selbst mit hoher Belastung und zusätzlichem Leiden verbunden sein kann, letztlich nur einer Sterbeverlängerung gleichkäme. Zu bedenken sind dabei auch die Langzeitfolgen einer wochenlangen invasiven Beatmung.

Nun kennen die Ethik und das Recht den Grundsatz: „Ultra posse nemo obligatur“ – „Über das Können hinaus wird niemand verpflichtet“. Zu einer unmöglichen Leistung besteht keine moralische Verpflichtung. Entscheidungen in Extremsituationen und bei ethischen Dilemmata (tragic choice) sind allerdings für alle Beteiligten enorm belastend. Nicht nur die Entscheidungsträger, sondern auch das Pflegepersonal, die Patienten und ihre Angehörigen benötigen psychosoziale Unterstützungsangebote. Der Umgang mit Schuld und Schuldgefühlen ist aber nicht nur eine psychologische, sondern auch eine seelsorgliche Aufgabe. Hier ist konkret an den Beitrag der Klinischen Seelsorge bei belastenden Triage-Entscheidungen zu denken.

In der Fachdiskussion gibt es den Vorschlag, Triage-Entscheidungen durch Losverfahren zu entschärfen. Statt einer bewussten Auswahl von Patienten, die unter Umständen zu einer subtilen und vielleicht gar nicht gewollten Diskriminierung von Patienten führt – man denke insbesondere an Menschen mit kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen – kann ein Losverfahren ohne Ansehen der Person funktionieren. Ein triftiger Einwand lautet aber, dass, wenn der Zufall entscheidet, die Gefahr besteht, dass weniger Menschenleben gerettet werden. Daher ist es besser, dem Grundsatz zu folgen: First come, first served, freilich nur bei gleichzeitiger Beachtung der weiter oben aufgestellten Auswahlprinzipien.

4 Triage ex post?

Im Zuge der Corona-Pandemie ist die Frage aufgeworfen worden, ob sich unter bestimmten Voraussetzungen eine Triage ex post ethisch und rechtlich rechtfertigen lässt. Nun gehört zur Triage die regelmäßige Überprüfung, ob eine bereits eingeleitete intensivmedizinische Behandlung fortgesetzt werden soll oder nicht. Eine intensivmedizinische Behandlung oder Krankenhauseinweisung ist auch dann nicht gerechtfertigt, wenn das Überleben des Patienten an den dauerhaften Aufenthalt auf einer Intensivstation gebunden ist. Triage ex post kann bedeuten, einen Patienten, der bereits intensivmedizinisch betreut wird, auf eine andere Station zu verlegen. Dadurch würde ein Beatmungsplatz für einen anderen Patienten frei.

Für eine solche Handlungsweise wird folgendes Argument angeführt: Mit Hilfe einer Triage ex post ließen sich tragische Konsequenzen vermeiden, wenn ein Patient abgewiesen werden muss, bei dem eine bessere Überlebensaussicht als bei einem bereits auf der ICU behandelten Patienten besteht.

Gegen eine Triage ex post lassen sich jedoch folgende Einwände erheben: Diese Handlungsweise bedeutet die einseitige Aufkündigung des Behandlungsvertrags. Sie führt zu einem fundamentalen Vertrauensbruch in der Arzt-Patienten-Beziehung. Außerdem kommt der vorzeitige Behandlungsabbruch, wenn er nicht im Rahmen einer palliativmedizinischen Behandlung als Beendigung einer ethisch nicht zu rechtfertigenden Sterbeverlängerung begründet ist, der Tötung des Patienten gleich.

Triage-Entscheidungen ex post lassen sich allenfalls mit den klinischen Erfolgsaussichten des akut behandelten Patienten rechtfertigen, soll nicht willkürlich Leben gegen Leben abgewogen werden. Dabei ist allerdings auch der Patientenwille zu beachten. Eine Patientenverfügung kann eine Entscheidungshilfe sein. Es wäre aber unethisch, Patienten zur Abfassung einer Patientenverfügung

(C) Dennis M. Swanson

zugunsten einer Triage ex post zu drängen.

Diese Form der Triage, bei der am Ende möglicherweise doch auch das Alter oder die schwere körperliche oder kognitive Beeinträchtigung von Patienten in die Entscheidung einbezogen würde, ist freilich ethisch und rechtlich höchst umstritten, weil das Prinzip der Menschenwürde verbietet, ein Menschenleben gegen ein anderes aufzuwiegen. Unter Umständen müssten Ärzte in solch einem Fall auch mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen, wenngleich die Rechtsordnung auch den Tatbestand des rechtfertigenden oder entschuldigenden Notstands kennt (Deutschland: §§ 34 u. 35 StGB; Österreich: § 10 StGB).

Aufgrund des Gleichheitsgrundsatzes ist eine Priorisierung weder nur innerhalb der Gruppe der COVID-19-Erkrankten vertretbar, noch allein aufgrund des kalendarischen Alters oder aufgrund sozialer Kriterien. Im Klartext: Einerseits darf es keine Altersdiskriminierung geben. Andererseits werden, wie schon gesagt wurde, auch im Katastrophenfall Intensivbetten für andere Patienten benötigt, zum Beispiel für Unfallopfer, Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten oder frisch Operierte nach einem schweren Eingriff.

Es ist aber auch klarzustellen, dass bei schweren Krankheitsverläufen nicht bloß die Alternative zwischen Intensivbett oder Palliativstation und Sterbebegleitung besteht. Allerdings ist dafür Sorge zu tragen, dass es auch für die palliativmedizinische Versorgung einen Notfallplan gibt. Als Beispiel sei der Palliative Pandemic Plan der Österreichischen Palliativgesellschaft genannt.[9]

5 Vor-Triage

Besonders am Beginn der Corona-Pandemie bestand die Gefahr, dass an COVID-19 erkrankte Bewohner und Bewohnerinnen von Alten- und Pflegeeinrichtungen zu rasch in Krankenhäuser verlegt wurden. Hier bedarf es einer Vor-Triage, bei der im Sinne des Advanced Care Planning überprüft wird, ob ein Patient nicht in der Pflegeeinrichtung verbleiben und gegebenenfalls auch dort mit palliativer Begleitung versterben kann.

Solche Entscheidungen bedürfen aber einer sorgfältigen Abwägung und Rechtfertigung, weil andernfalls für Pflegeheimbewohner das Alter zum Ausschlusskriterium würde. Das aber verstieße gegen das geltend gemachte Verbot der Altersdiskriminierung. Auch in diesem Fall ist multiprofessionelle Klinische Ethikberatung wünschenswert, die nicht erst bei Einzelentscheidungen unterstützend wirken kann, sondern schon bei der Erstellung einer hausinternen Leitlinie. Aus Dilemma-Entscheidungen darf aber keine allgemeine ethische oder rechtliche Regel abgeleitet werden, die das unveräußerliche Grundrecht auf Leben untergraben würde.

Fußnote

[1] Vgl. Ulrich H.J.Körtner, Ethische Leitlinien für die Triage im Kontext von COVID-19, in: Ärzte Woche, 34. Jg., 2020, Nr. 17, 23.4.2020, 12-14; ders., Die Kriterien der Triage, https://science.orf.at/stories/3209927/, 19.11.2021 (letzter Zugriff: 17.6.2022).

[2] Vgl. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/pressemitteilungen-bioethik/eine-pandemie-ist-keine-privatsache.html (letzter Zugriff: 17.6.2022)

[3] Zitiert nach: Die Bekenntnisschriften der evangelisch-lutherischen Kirche, 2. Aufl. Göttingen 1952, 510,33-511,5 (Schreibweise modernisiert).

[4] Vgl. Niklas Luhmann, Paradigm lost: Über die ethische Reflexion der Moral (stw 797), Frankfurt a.M. 1990, 41.

[5] Vgl. Niklas Luhmann, Soziologie der Moral, in: ders./Stephan .H. Pfürtner (Hg.), Theorietechnik und Moral (stw 206), Frankfurt a.M. 1978, 8–116, hier a.a.O. (Anm. 55), 54

[6] Vgl. Ulrich H.J. Körtner, Evangelische Sozialethik. Grundlagen und Themenfelder (UTB 2107), 4. Aufl. Göttingen 1952, 39f.

[7] Vgl. Ulrich H.J. Körtner, Evidenz des Ethischen? Ambiguitätsprobleme ethischer Urteilsbildung in Umwelt- und Medizinethik, ThZ 67, 2011, 37-58.

[8] Vgl. Ulrich H. J. Körtner, Grundkurs Pflegeethik, 4. Aufl. Wien 2022, 162. Zum Begriff der Ambiguitätstoleranz vgl. Else Frenkel-Brunswik, Intolerance of Ambiguity as an Emotional and Perceptual Personality Variable, in: Journal of Personality 18 (1949), 108–143; Thomas Bauer, Die Vereindeutigung der Welt. Über den Verlust an Mehrdeutigkeit und Vielfalt, 11. Aufl. Dietzingen 2018.

[9] Dokument unter https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2020/03/OPG.DokumentCOVID19-2020_03_25-final.pdf (letzter Zugriff: 17.6.2022)

Autor

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner
Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstraße 8–10, 1010 Wien;

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, 1090 Wien

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at
Homepage: http://etfst.univie.ac.at/über-uns/team/ulrich-koertner

Eine Welt zwischen Leben, Tod und Trauma

Brigitte Teigeler / Sabine Walther

Auf der Intensivstation

Patienten und Angehörige zwischen Leben, Tod und Trauma

2022. 248 Seiten, kartoniert
€ 29,95 (DE) / 30,80 (AT) / CHF 41.50
ISBN 978-3-456-86151-7
Auch als eBook erhältlich

Die Situation auf einer Intensivstation ist massiv belastend, vor allem für Patientinnen und Patienten und Angehörige. Traumata noch Monate später sind nicht selten. Was brauchen die Betroffenen, um einen Intensivaufenthalt zu überstehen? Was können Pflegende, Ärztinnen und Ärzte und andere Berufsgruppen tun? Was lässt sich der hochtechnisierten, stressigen Umgebung entgegensetzen?

Die Autorinnen Brigitte Teigeler und Sabine Walther haben nach Antworten gesucht. Sie wollten wissen, was gut läuft auf Intensivstationen und nachahmenswert ist. Dafür haben sie mit Intensivpflegenden und Ärztinnen und Ärzten gesprochen, mit Betroffenen und mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Mitarbeitende erzählen, was sie machen, um Patienten und Angehörigen das Erleben einer Intensivtherapie zu erleichtern. Die Betroffenen erzählen ihre Sicht. Ihre Geschichten bieten einen einzigartigen Blick, der hilft, die andere Seite der Intensivtherapie zu verstehen.

Das Buch zeigt Möglichkeiten, Intensivstationen menschlicher zu machen und Traumata zu reduzieren. Es möchte Mut machen und Anregungen vermitteln, wie die Situation für alle Beteiligten verbessert werden kann. Und es möchte zeigen, mit wie viel Engagement sich viele Intensivstationen schon auf den Weg gemacht haben.

Bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder versandkostenfrei in unserem Webshop www.hogrefe.com

Deutschland
Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Herbert-Quandt-Straße 4
37081 Göttingen
vertrieb@hogrefe.de
Tel. +49 551 999 50 950
Fax +49 551 999 50 955

Schweiz
Hogrefe AG
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
vertrieb@hogrefe.ch
Tel. +41 31 300 45 00
Fax +41 31 300 45 91

Österreich
Hogrefe Austria GmbH
Graf-Starhemberg-Gasse 26/4
1040 Wien
office@hogrefe.at
Tel. +43 1 504 63 46 0
Fax +43 1 504 63 46 99

hogrefe

Lernortkooperation in der hochschulischen Pflegeausbildung der TH Rosenheim.

Ein Best-Practice-Beispiel

Einführung

Dem vorliegenden Beitrag liegt das Verständnis zugrunde, dass sich die hochschulische Pflegeausbildung nur erfolgreich etablieren kann, wenn sich die beteiligten Lernorte eng aufeinander abstimmen. Im Rahmen der Praxisbegleitung nach PflBG § 38 (3) haben Hochschulen Aufgaben, die auf inhaltliche Vernetzung mit der Praxis gerichtet sind (DBR 2017). Diese Aufgaben wurden an der TH Rosenheim (THRO) im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung auf Grundlage eines Verständnisses von Lernortkooperation erweitert, welches Pätzold (1991), Euler (2004a) und Dehnbostel (2015) für die berufliche Ausbildung entwickelt haben. Daraus entstand eine Gremienstruktur, die studiengangsrelevante Konzepte und Instrumente lernortübergreifend entwickelt, erprobt und evaluiert.

Nach einer Kurzvorstellung des Studiengangsmodells der THRO und einer Begriffsbestimmung von Praxisbegleitung sowie Lernortkooperation wird diese Gremienstruktur vorgestellt und es wird exemplarisch auf Arbeitsergebnisse sowie Erfahrungen aus den ersten zwei Implementierungsjahren eingegangen. Auf dieser Grundlage wird eine Standortbestimmung vorgenommen, auf welcher Entwicklungsstufe sich die Lernortkooperation aktuell befindet und wie sich diese zukünftig weiterentwickeln sollte.

Hochschulische Pflegeausbildung der THRO

Die THRO bietet seit 2020 die hochschulische Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann (B.Sc.) im Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft an. Dieser ist gemäß Teil 3 Gesetz über die Pflegeberufe (PflBG) aufgebaut, findet jedoch unter Nutzung der Übergangsklausel in § 67 PflBG unter Mitwirkung der RoMed-Pflegeschule Rosenheim statt, die bereits im Vorgängerstudiengang mit der THRO kooperiert hat. Die Kooperation ermöglicht es, die Finanzierung der generalistischen Pflegeausbildung aus dem bayerischen Pflegeausbildungsfonds zu nutzen. Die Studierenden erhalten deshalb eine Ausbildungsvergütung. Inhaltliche Schwerpunkte des Studienganges liegen auf der Anbahnung von Kompetenzen für eine evidenzbasierte pflegerische Versorgung.

Aufgaben der beteiligten Lernorte

Die THRO trägt die Gesamtverantwortung und lehrt 20 von insgesamt 27 Modulen, wobei diese primär den Bezugsrahmen aus Pflegewissenschaft und weiteren Bezugswissenschaften sowie die Methodik der Pflege betreffen. Praxisbegleitung führt sie in drei von 14 Praxismodulen durch. Die Pflegeschule lehrt insgesamt sieben Module zum Themenfeld settingbezogenen Pflegehandelns und übernimmt in elf Praxismodulen die Praxisbegleitung. Die THRO betreibt ein Skills- und Simulationslabor, welches auch der Pflegeschule zur Verfügung gestellt wird. Die Träger der praktischen Ausbildung gestalten die praktische Einsatzplanung und die Praxisanleitung.

Für die Umsetzung der hochschulischen Pflegeausbildung wurde ein hochschulischer Ausbildungsverbund gegründet, der über eine Steuerungsgruppe verfügt, in der Leitungspersonen der Lernorte strategische Fragen klären.

Darüber hinaus gibt es aber vielfältige organisatorische, inhaltliche und didaktische Fragen zwischen den Lernorten abzustimmen. Um nur einige zu nennen: Praxisanleitende benötigen Wissen darüber, worin sich die hochschulische von der beruflichen Pflegeausbildung unterscheidet und welche Kompetenzen die Studierenden im Zeitverlauf des Studiums wann entwickeln. Sie brauchen Arbeits- und Lernaufgaben für die Anleitung Studierender und Beurteilungsinstrumente für die Praxiseinsätze, die die Kompetenzen der hochschulischen Pflegeausbildung berücksichtigen. Damit Praxisanleitende das praktische Handeln der Studierenden mit diesen Instrumenten evaluieren können, bedarf es geeigneter Fortbildungsmaßnahmen.

Praxisbegleitung als Teilbereich der Lernortkooperation

Im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Praxisbegleitung nach § 38 (3) bzw. § 67 PflBG und § 31 (2) (PflAPrV) sind einige der hier benannten Aufgaben vorgesehen. Der Deutsche Bildungsrat (DBR 2017) etwa beschreibt, dass Pra-

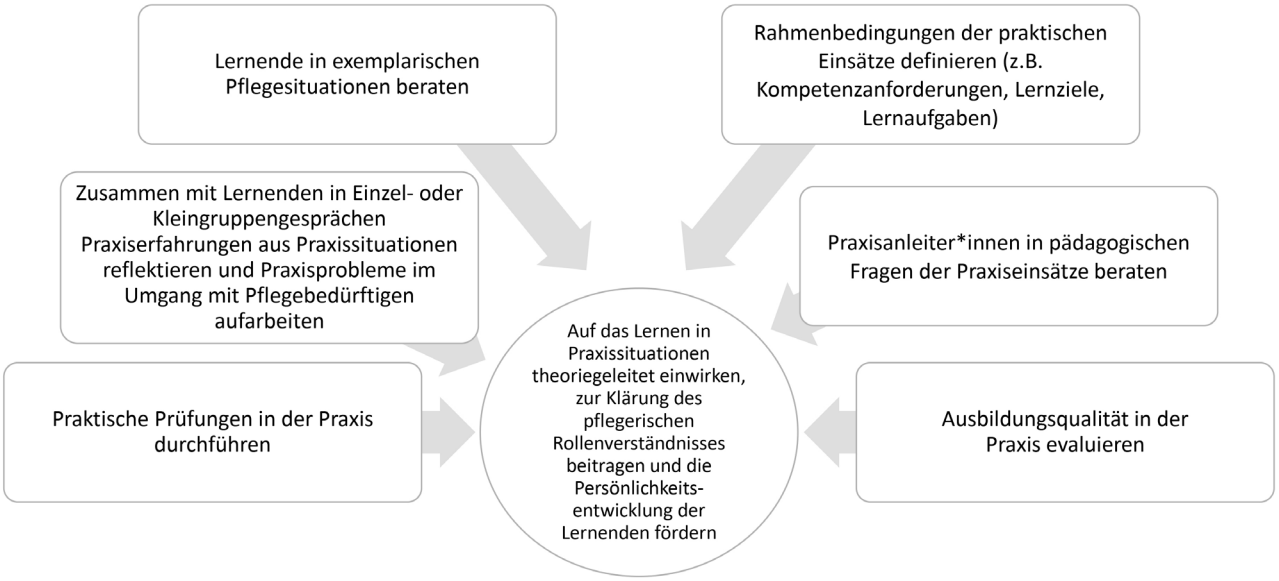


Abbildung 1: Aufgaben von Praxisbegleitung (DBR, 2017)

xisbegleitung neben der Gestaltung und Reflexion von Lernsituationen in der Praxis darin besteht, Rahmenbedingungen der praktischen Einsätze zu definieren, Praxisanleitende in pädagogischen Fragen zu beraten und die Ausbildungsqualität in der Praxis zu evaluieren (s. Abb. 1).

Damit die Vernetzung der Lernorte gelingt, bedarf es aber einer über Praxisbegleitung hinausgehenden systematischen Lernortkooperation. Pätzold (1991, S. 37) definiert diese als Aktivitäten, die bei Erhalt pädagogisch-didaktischer Eigenständigkeit der Lernorte zu eng verzahnten und aufeinander abgestimmten Lernprozessen beitragen. Lernortkooperation gilt ihm zufolge als „Medium, über das die Integration der von den Lernorten übernommenen und voneinander nicht trennbaren Anteile am Ausbildungsprozess realisiert wird“ (zit. n. Pätzold, 1991, S. 43), sie nimmt deshalb eine Gelenkfunktion zwischen den Lernorten ein. Euler (2004a, S. 19-20) unterscheidet berufsbildungspolitische und didaktische Ziele der Lernortkooperation: Berufsbildungspolitisch sollen z.B. über gegenseitige Abstimmung der Lerninhalte Doppelungen vermieden und sachliche sowie personelle Ausbildungsressourcen möglichst effektiv genutzt werden. Auf didaktischer Ebene sollen handlungs- und transferorientierten Lehr-Lern-Prozesse an den beteiligten Lernorten gestaltet werden. Auch Pätzold (2003, S. 72-73) hebt hervor, dass Lernortkooperation insbesondere dafür sorgen muss, einen inneren Zusammenhang zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung bzw. zwischen Lerninhalten und zu bearbeitenden Lernaufgaben herzustellen. Der gegenseitige Transfer zwischen Theorie und Praxis nimmt einen hohen Stellenwert ein. Die Lernorte sollen außerdem im Rahmen eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches überprüfen, inwiefern ihre gemeinsam konzipierten Planungen greifen.

Vertreter*innen der Lernorte

Um darauf einzugehen, wie Lernortkooperation in der hochschulischen Pflegeausbildung der THRO umgesetzt wird, soll zunächst dargestellt werden, wer die beteiligten Lernorte vertritt und welche Aufgaben an diesen Lernorten wahrnehmen:

Am Lernort Hochschule lehren pflegewissenschaftlich qualifizierte Professor*innen sowie Lehrkräfte für besondere Aufgaben und Lehrbeauftragte. Pflegelehrende bzw. Pflegepädagog*innen, Ärzt*innen und Fachdozent*innen unterrichten in den Modulen des Lernorts Pflegeschule. Im Skills- und Simlab finden modulbezogen Skillstrainings und simulationsbasiertes Lernen statt, um den Praxistransfer in geschütztem Rahmen anzubahnen und die Rolle als hochschulisch qualifizierte Pflegefachfrau/Pflegefachmann zu entwickeln. Dieser übergreifende Lernort wird durch eine hochschulisch qualifizierte Pflegeperson betreut, die mit den Lehrpersonen der Module Lernsituationen vorbereitet und durchführt. Hier gewinnen die Studierenden Handlungssicherheit, bevor sie am Lernort Praxis mit ihren an allen drei Lernorten erworbenen Kompetenzen Pflegesituationen gestalten. Dort werden sie von auf den Stationen beschäftigten dezentralen Praxisanleitenden (PA) und von in Stabsstellen eingesetzten zentralen Praxisanleitenden (ZPA) betreut. Dezentrale Praxisanleitende verfügen über

die berufspädagogische Qualifikation als PA, ZPA haben selbst ein grundständiges Pflegestudium und eine Praxisanleiterqualifikation an der THRO absolviert.

Bedeutung der ZPA am Lernort Praxis

ZPA führen Einführungsveranstaltungen zu Beginn der Praxiseinsätze durch, die zur Orientierung in der Einrichtung dienen. Außerdem gestalten sie mit Studierenden regelmäßig Anleitungssituationen zu Schlüsselthemen der pflegerischen Versorgungspraxis. Während der Außeneinsätze — wie beispielsweise in der ambulanten Versorgung – halten ZPA Kontakt zu den Studierenden, indem sie u.a. virtuelle Austauschtreffen für die Gesamtgruppe organisieren. Deshalb sind ZPA für die Studierenden wichtige Bezugspersonen, die fachliche Orientierung und emotionale Unterstützung in der praktischen Ausbildung bieten. ZPA nehmen auch eine Funktion ein, die über Praxisanleitung hinausgeht. Sie begleiten die Umsetzung der fachlichen Anforderungen des Curriculums in ihrer Einrichtung und sind dort für Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen, PA und Pflegende Ansprechpartner*innen für Fragen der hochschulischen Pflegeausbildung. Beispielsweise informieren sie über Anforderungen und Abläufe der studentischen Praxisphasen.

Darüber hinaus fungieren ZPA als Ansprechpartner*innen für Lehrende der Hochschule und der Pflegeschule, wenn diese Praxisbegleitung durchführen. Sie informieren z.B. über einrichtungsinterne Abläufe oder geben organisatorische Informationen zu den Praxisbegleitungen einrichtungsintern weiter. Wenn Probleme zwischen Studierenden und PA oder auch Anleitungsdefizite auftreten, werden ZPA involviert und wirken an einer konstruktiven Problemlösung mit.

Gremien der Lernortkooperation

Um den von Pätzold (2003, S. 72-73) geforderten Zusammenhang zwischen den Lernorten herzustellen, wurde eine Gremienstruktur entwickelt, die neben der oben vorgestellten Steuerungsgruppe des hochschulischen Ausbildungsverbundes aus der AG Arbeitsbezogenes Lernen und der AG Ausbildungsnachweis besteht. Hinzu kommt das Forum Praxisanleitung, welches dem regelmäßigen Austausch und der berufspädagogischen Fortbildung von PA dient (s. Tab. 1).

Gremium	Mitglieder	Arbeitsschwerpunkte	Treffen
Steuerungsgruppe Hochschulischer Ausbildungsverbund	Leitungspersonen aller Lernorte Vorsitz: Studiengangs-koordinatorin THRO	Abstimmung strategischer trägerübergreifender Fragen, z.B. - Gestaltung Ausbildungsvertrag - Bewerbungsprozess - Praxiseinsatzplanung - Fehlzeitenmanagement	6-wöchig
AG Arbeitsbezogenes Lernen	Lehrende THRO, Lehrende Pflegeschule, Skillslabassistentin, ZPA Leitung: Studiengangsleiterin THRO	– Lernortübergreifende Ausgestaltung und inhaltliche Verzahnung insbesondere des arbeitsverbundenen Lernens – Diskussion von Überlegungen für das arbeitsorientierte Lernen – Diskussion von Fortbildungsbedarfen der PA und ZPA (s.u. Forum Praxisanleitung)	6-wöchig
AG Ausbildungs-nachweis	Lehrende THRO, Lehrende Pflegeschule Leitung: Lehrende THRO	- Entwicklung und Evaluation von Dokumenten und Konzepten für den Ausbildungsnachweis - Ausgestaltung von Aufgaben arbeitsverbundenen Lernens	4-6-wöchig
Forum Praxisanleitung	Lehrende THRO, Lehrende Pflegeschule, Skillslabassistentin, ZPA, PA, Koordination: Praktikumsbeauftragte THRO	Regelmäßige Veranstaltung des lernortübergreifenden Austauschs und der berufspädagogischen Fortbildung für Praxisanleitende nach PflAPrV § 4 (3)	Halb-jährlich zweitägig

Tabelle 1: Gremien der Lernortkooperation im Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft (B.Sc.) der THRO

AG Arbeitsbezogenes Lernen

Im Zentrum der lernortübergreifend besetzten „Arbeitsgruppe Arbeitsbezogenes Lernen“ steht die gemeinsame Ausgestaltung und Förderung des Lernens im Prozess der Arbeit. Initiiert werden soll diese Lernform auf drei Ebenen, nämlich arbeitsgebunden, arbeitsverbunden und arbeitsorientiert, wobei dabei unterschiedliche Lernorte zum Tragen kommen (Dehnbostel 2015, S. 32). Das arbeitsgebundene und das arbeitsorientierte Lernen werden in der AG bearbeitet.

Arbeitsgebundenes Lernen soll in der Pflegepraxis bzw. im realen Prozess der Pflegeversorgung angebahnt werden (Dehnbostel, 2015, S. 33). Arbeiten und Lernen werden dabei verbunden indem z.B. sogenannte Arbeits- und Lernaufgaben formuliert und bearbeitet werden, die eine gezielte didaktische Erweiterung typischer realer Arbeitsaufgaben darstellen (Dehnbostel, 2015, S. 81).

Lernende sind hier mit echten Pflegesituationen konfrontiert, bei deren Gestaltung von ihnen vielfältige Patientenmerkmale und -probleme sowie soziale, kulturelle und institutionelle Kontexte zu berücksichtigen sind (ISB 2020, S. 15). Praxisanleitende formulieren und stellen diese Aufgaben, begleiten den Prozess der Durchführung und evaluieren die Arbeitsergebnisse. Damit die Aufgaben dem Lernstand der Studierenden entsprechen und den Anspruch der hochschulischen Pflegeausbildung einlösen, wird in der AG derzeit ein sogenannter Orientierungsrahmen pflegerischer Handlungen entwickelt, der je nach Studienabschnitt geeignete Aufgabenstellungen vorschlägt. Der Aufbau des Orientierungsrahmens ist nach Semestern strukturiert, um zu verdeutlichen, ab wann Studierende für die jeweiligen Aufgaben an den außerbetrieblichen Lernorten die erforderlichen Grundlagen erworben haben. Als weiteres Strukturprinzip des Orientierungsrahmens dienen die Kompetenzbereiche nach PflAPrV Anlage 5.

Der Orientierungsrahmen soll also Anknüpfungspunkte für fruchtbare Lernsituationen in der Praxis geben. Auch Studierende sollen diesen nutzen, um selbständig für ihren Lernstand geeignete Aufgaben in der Praxis aufzuspüren und PA proaktiv darauf aufmerksam zu machen. Tabelle 2 zeigt exemplarisch einige Themen für Arbeits- und Lernaufgaben, die Studierende an der THRO nach dem Absolvieren des Moduls Ernährungsmanagement gestellt werden sollen.

Arbeits- und Lernaufgaben für die Praxisanleitung, Ernährungsmanagement
– Ermitteln des täglichen Kalorienbedarfs bei pflegebedürftigen Personen unterschiedlicher Altersgruppen
– Führen eines Ess-Trink-Protokolls.
– Durchführung eines Screenings auf Mangelernährung bei pflegebedürftigen Personen zur Beginn des pflegerischen Auftrags: Auswahl und Einsatz eines Screeninginstruments, Einordnung der ermittelten Werte, Ableiten von Handlungsbedarf hinsichtlich des Ernährungsmanagements, schriftliche und mündliche Dokumentation der Ergebnisse.
– Durchführung eines vertieften Ernährungsassessments bei einer pflegebedürftigen Person zur fallbezogenen Ursachensuche für eine Mangelernährung, schriftliche und mündliche Dokumentation der Ergebnisse, Ableiten geeigneter Ernährungsinterventionen auf Grundlage des Expertenstandards Ernährungsmanagement zusammen mit Pflegebedürftigen, Ableiten interprofessioneller Handlungsbedarfe
– Information pflegebedürftiger Personen über Entstehung, Folgen und Prävention einer Mangelernährung
– Planung und Durchführung fallbezogener Interventionen zur Förderung der Ernährung und des Flüssigkeitshaushaltes. Dabei geeignete Leitlinien und Standards einbeziehen.
– Ernährungsinformation pflegebedürftiger Personen aller Altersgruppen mit krankheits- oder therapiebedingten Problemen der Ernährung, z.B. Menschen mit Obstipation, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gicht, Parkinson, Dysphagie

Tabelle 2: Beispielhafte Themen für Arbeits- und Lernaufgaben

Aufgaben für das simulationsbasierte Lernen, Ernährungsmanagement
Simulationsbasiertes Lernen zur fallbasierten Planung, Durchführung und Evaluation eines Informationsgesprächs mit einer pflegebedürftigen Person und/oder ihrer/m Zugehörigen zu spezifischen Problemlagen und geeigneten Handlungsstrategien im Kontext der Ernährung. Dabei werden Informationsbroschüren herangezogen, die die Studierenden im Modul selbst konzipiert haben.
Informationsbedarfe bestehen in den Szenarien z.B. in der Ernährung von – Kindern mit Adipositas – Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Menschen mit Parkinson und Dysphagie – Menschen mit Demenz

Tabelle 3: Beispielhafte Themen für Aufgaben im Skills- und Simulationslabor

Außerdem werden in der AG Arbeitsbezogenes Lernen Arbeits- und Lernaufgaben zu den definierten Themen ausgearbeitet. Der derzeitige Arbeitsschwerpunkt liegt auf der Konzeption von Leittexten (Feller et al. 2021; Lüftl et al. 2019) für die praktische Ausbildung. Darüber hinaus erfolgt eine Literaturrecherche zu Best-Practice-Beispielen arbeitsverbundenen Lernens bzw. zu Arbeits- und Lernaufgaben, die in Form von Beiträgen in Fachzeitschriften oder Büchern veröffentlicht wurden. Entwicklungsanregungen werden dort gesammelt und aufgegriffen.

Arbeitsorientiertes Lernen soll z.B. im Rahmen simulationsbasierten Lernens im Skills- und Simulationslabor angebahnt werden, dient der Vorbereitung auf die Komplexität der Berufspraxis und ermöglicht in geschütztem Rahmen einen von Reflexionsprozessen begleiteten Kompetenzaufbau in der Berufsrealität nachempfundenen Pflegesituationen (Thiessen et al. 2018; Dehnbostel 2015, S. 33). Aufgabenstellungen für diese Form des Lernens werden an der THRO meist aus den Modulinhalten abgeleitet. Darüber hinaus resultieren sie aus dem regelmäßigen Austausch der AG. Dabei werden aus Berichten der ZPA Aufgaben aufgegriffen, bei deren Bewältigung Studierende in der Praxis häufig Schwierigkeiten oder Probleme hatten. Ziel ist es, sie im Skills- und Simulationslabor besser auf diese Aufgaben vorzubereiten. Aufgaben für das arbeitsorientierte Lernen werden im Modulhandbuch unter der Rubrik Praxistransfer ausgewiesen. In Tabelle 3 finden sich beispielhaft Aufgaben für simulationsbasiertes Lernen, welche Studierende der THRO im Modul Ernährungsmanagement bearbeiten.

Zuletzt werden in der AG Arbeitsbezogenes Lernen Themen für das Forum Praxisanleitung diskutiert und zusammengetragen. Diese halbjährlich stattfindende berufspädagogische Fortbildungs- und Austauschveranstaltung für Praxisanleitende wird im vorliegenden Beitrag weiter unten dargestellt. Die in der AG vertretenen ZPA melden beispielsweise zurück, welche Bildungsbedarfe der PA sie in den Praxiseinrichtungen wahrnehmen und bündeln als Sprachrohr der PA deren selbst formulierte berufspädagogische Fortbildungswünsche.

AG Ausbildungsnachweis

In einem weiteren Gremium der Lernortkooperation, der AG Ausbildungsnachweis, werden von Vertreter*innen der Hochschule, der Pflegeschule und des Skills- und Simulationslabors Dokumente des nach PflBG § 10 vorgesehenen Ausbildungsnachweises für die praktische Ausbildung entwickelt. Hierzu zählen z.B. Gesprächsprotokolle für das Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräch sowie Beurteilungsinstrumente für die Praxiseinsätze. Leider können ZPA oder PA hier aus Gründen ihrer knappen zeitlichen Ressourcen nicht mitwirken, ZPA werden jedoch in die regelmäßige Evaluation und Weiterentwicklung der Instrumente einbezogen.

Des Weiteren steht das arbeitsverbundene Lernen im Zentrum der AG. Auch dabei handelt es sich um eine Form des arbeitsbezogenen Lernens nach Dehnbostel (2015, S. 31). Arbeitsverbundenes Lernen soll sich auf die Umsetzung theoretischer Ansätze in die Praxis konzentrieren und von Hochschule oder Pflegeschule z.B. mittels Lernaufgaben initiiert werden. Diese sollen von den Studierenden in der Praxis bearbeitet und danach an Hochschule oder Pflegeschule wieder aufgegriffen werden (Dehnbostel, 2015, S. 32; ISB, 2020, S. 192). Hierfür werden in der AG Aufträge entwickelt, die im Rahmen der Praxisbegleitungsbesuche durch Lehrende der Hochschule und Pflegeschule betreut und evaluiert werden. Studierende führen und analysieren in diesem Zusammenhang z.B. Gespräche zur Erkundung der internen Evidenz Pflegebedürftiger oder wenden Ansätze der Pflegediagnostik sowie Methoden der Biografiearbeit an.

Tabelle 4 gibt eine Überblick zu

POWER STATT TABU

Rita Hofmeister

GUT LEBEN MIT BEUTEL AM BAUCH

Ein Stoma-Mutmachbuch

maudrich 2022
168 Seiten, Klappenbroschur
EUR 21,90 (A)
EUR 21,30 (D) / sFr 28,50 UVP
ISBN 978-3-99002-126-2
e-ISBN 978-3-99111-346-1

Von wegen angstbehaftet und tabubesetzt! Ein Stoma bedeutet nicht das Ende, sondern eine Lösung – und vielleicht sogar ungekannte Bewegungsfreiheit.

Ausgehend von ihrer eigenen Geschichte beschreibt Rita Hofmeister den Weg zu einem Leben mit künstlichem Darmausgang und gibt fundierte, ehrliche Antworten auf Fragen, die ein Stoma mit sich bringt.

- Faktenwissen: Stoma-Arten, Versorgung und Unterstützungsmöglichkeiten
- Fragen und Antworten: Alltag mit künstlichem Darmausgang
- Tipps und Tricks: positiv und selbstbewusst mit Stoma
- Video-Links und Online-Bonusmaterial

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

	Arbeitsgebundenes Lernen	Arbeitsverbundenes Lernen	Arbeitsorientiertes Lernen
Was?	Aufgaben, die Praxisanleitende stellen, betreuen und evaluieren (Praxisanleitung)	Aufgaben, die Lehrende von Hochschule oder Pflegeschule stellen, betreuen und evaluieren sowie im Rahmen der Lehre wieder aufgreifen (Praxisbegleitung)	Aufgaben, die der Pflegerealität nachempfunden sind, und von Lehrenden der Hochschule oder Pflegeschule gestellt werden (Lernen im Skills- und Simulationslabor)
Welches Ziel?	Didaktische Erweiterung typischer realer Arbeitsaufgaben	Umsetzung theoretischer Ansätze in die Praxis	Vorbereitung auf Komplexität der Berufsrealität in geschütztem Rahmen
Wo definiert?	Orientierungsrahmen pflegerischer Handlungen Modulhandbuch, bei jedem Modul	Schriftlich formulierte Aufgaben, die sich im Ausbildungsnachweis finden	Modulhandbuch, bei jedem Modul
Welche Arbeitsgruppe ist verantwortlich?	AG Arbeitsbezogenes Lernen	AG Ausbildungsnachweis	AG Arbeitsbezogenes Lernen

Tabelle 4: Realisierung der Formen arbeitsbezogenen Lernens in den Arbeitsgruppen des Bachelorstudiengangs Pflegewissenschaft der THRO

den Formen arbeitsbezogenen Lernens (Dehnbostel 2015, S. 31-32) und überträgt diese auf die Lernortkooperation an der THRO.

Zuletzt werden in der AG Ausbildungsnachweis die Aufgabenstellungen der praktischen Prüfungen entwickelt.

Die gemeinsame Arbeit in beiden Arbeitsgruppen zeigt, dass sukzessive ein gemeinsam getragenes Verständnis zu relevanten studiengangsbezogenen Fragen heranwächst. Dieses betrifft z.B. die Praxisanleitung und die Praxisbegleitung aber auch fundamentale Kernfragen der hochschulischen Ausbildung.

Forum Praxisanleitung

In den beschriebenen AGs sind Akteur*innen der Hochschule und der Pflegeschule, des Skills- und Simulationslabors und ZPA aus der Praxis beteiligt. Der persönliche Kontakt zu den PA der verschiedenen Stationen, ambulanten Dienste oder Wohnbereichen der stationären Langzeitpflege fehlt jedoch. Deshalb wurde mit dem Forum Praxisanleitung ein weiteres Kooperationsformat initiiert, das PA aller Praxiseinsatzorte adressiert und mit ihnen einen Dialog etabliert. Im Rahmen dieses zweitägigen Forums finden auch berufspädagogische Fortbildungen für Praxisanleitende nach § 4 (3) PflAPrV statt, die je nach Thema von Lehrenden der Hochschule oder der Pflegeschule oder von externen Referent*innen moderiert und gestaltet werden. Federführend verantwortlich für die Konzeption, Organisation und Durchführung ist die Praxisbeauftragte des Studienganges, die in dieser Rolle auch Praxisbegleitungen in den Einrichtungen durchführt und deshalb über eine regelmäßige kommunikative Verbindung mit PA verfügt. Inhaltliche Überlegungen für das Forum PA stammen - wie oben dargestellt - aus der AG Arbeitsbezogenes Lernen. Darüber hinaus werden Inhalte auch aus der Literatur sowie aus Forschungsergebnissen zur praktischen Ausbildung abgeleitet. In den Evaluationsbögen des Forums werden PA auch dazu aufgefordert, eigene Themenbedarfe zu benennen.

Inhaltlich ist seit Start der hochschulischen Pflegeausbildung intensiv auf Hintergründe, Ziele und Lerninhalte der hochschulischen Pflegeausbildung eingegangen worden. Instrumente wie z.B. der oben beschriebene Orientierungsrahmen pflegerischer Handlungen aus der AG Arbeitsbezogenes Lernen sowie die Gesprächsprotokolle und Beurteilungsinstrumente aus der AG Ausbildungsnachweis werden vorgestellt und erläutert, um einen professionellen Umgang damit anzubahnen. Im Zentrum steht außerdem bisher die Anleitungsmethodik, um jeweils geeignete Anleitungsmethoden zu den

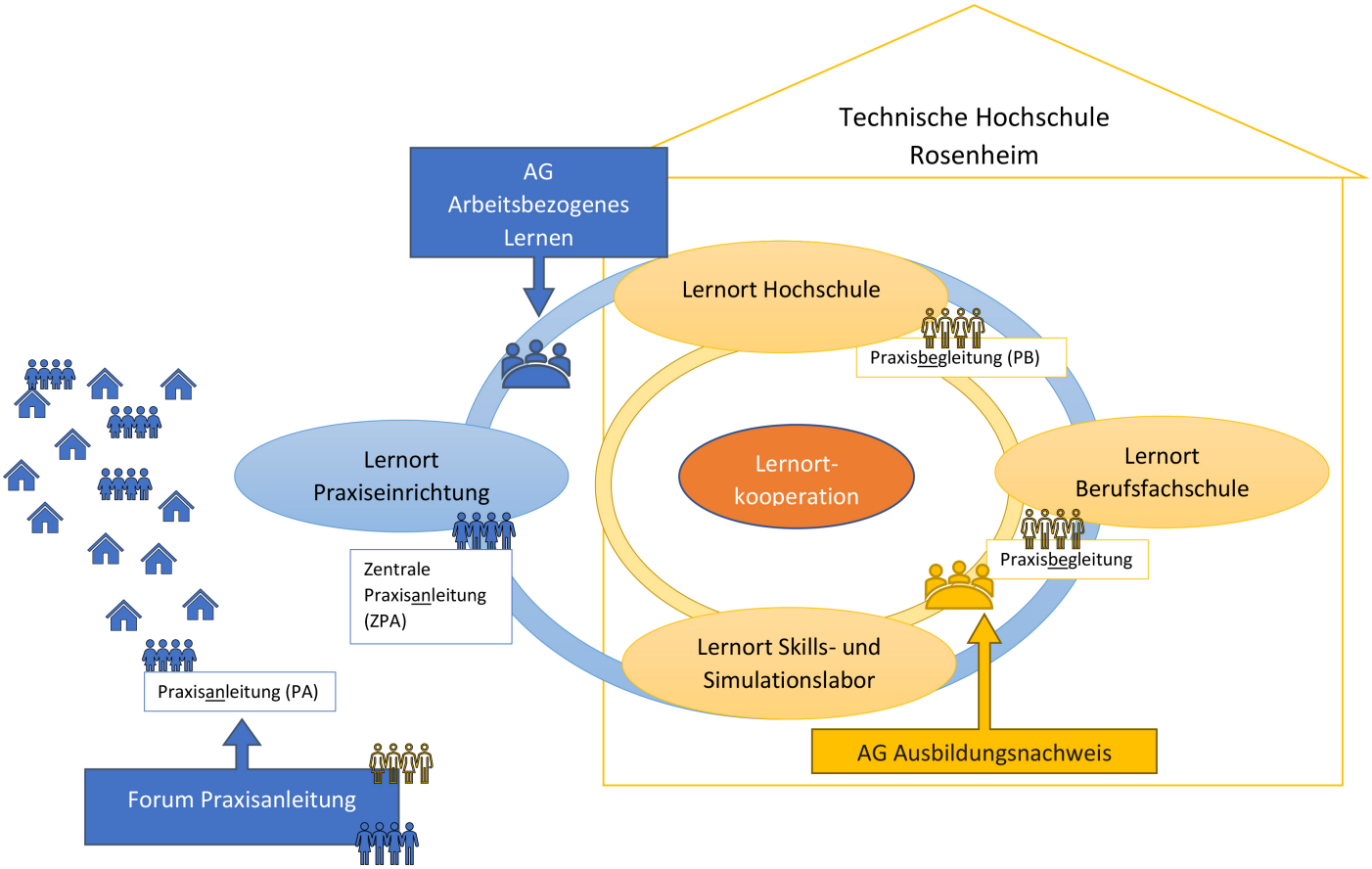


Abbildung 2: Lernortkooperation im Studiengang Pflegewissenschaft (B.Sc.) der THRO

verschiedenen Aufgaben auswählen und einsetzen zu können.

Abbildung 2 fasst die vorgestellten Gremien der Lernortkooperation zusammen.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass die oben geschilderte Struktur bis zum Abschluss des ersten Studienjahrgangs beibehalten werden sollte, um dort die Entwicklungs-, Evaluations- und Weiterentwicklungsarbeit sowie die Implementierung relevanter Instrumente und Konzepte weiterzuführen.

Buschfeld und Euler (1994, S. 10) unterscheiden drei Entwicklungsstufen der Lernortkooperation: Informieren, Abstimmen und Zusammenwirken. Auf der ersten Stufe gelingt es den beteiligten Akteur*innen, sich gegenseitig über relevante Ereignisse im Ausbildungsverlauf zu informieren und die Erfordernisse der jeweils anderen Organisation in ihren Planungen zu berücksichtigen. Dazu zählen neben Terminabsprachen zu Prüfungen z.B. auch Informatio-nen zu besonderen Vorkommnissen im Arbeitsalltag mit den Studierenden oder der Austausch von Erwartungen an die Zusammenarbeit. Es wird davon ausgegangen, dass diese Entwicklungsstufe im vorliegenden Studiengangsmodell erreicht ist.

Auch die nächsthöhere Entwicklungsstufe der Lernortkooperation, das Abstimmen, scheint teilweise erreicht. Hier vereinbaren und entwickeln Vertreter*innen des betrieblichen und außerbetrieblichen Lernens gemeinsam Maßnahmen, die sie dann eigenverantwortlich umsetzen. Konflikte, die entstehen, wenn Vereinbarungen nicht eingehalten werden konnten, werden gemeinsam bearbeitet (Buschfeld und Euler 1994, S. 10). Hierzu ist festzustellen, dass es noch kein differenziertes Monitoring zur Umsetzung der Arbeitsergebnisse aus den AGs gibt. Dieses aufzubauen wird eine Aufgabe für die Zukunft darstellen.

Die Ebene des Zusammenwirkens (Buschfeld und Euler 1994, S. 10) beinhaltet ein gemeinsames Umsetzen von Vorhaben. Die gemeinsame Gestaltung des Forums Praxisanleitung ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Außerdem wäre an der THRO etwa die Beteiligung von Praxisanleitenden bei gemeinsam entwickelten Skillstrainings und Szenarien simulationsbasierten Lernens denkbar. Das Erreichen dieser Entwicklungsstufe stellt ein motivierendes Ziel für die Zukunft

dar. Mit dem vorliegenden Beitrag danken wir allen an der Lernortkooperation beteiligten Akteur*innen sehr herzlich für ihr Engagement und die gute Zusammenarbeit.

Literaturverzeichnis

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) (2018): Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 02.10.2018, zuletzt geändert am 19.05.2020. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/, zuletzt geprüft am 29.08.2022.

Buschfeld, Detlef; Euler, Dieter (1994): Antworten, die eigentlich Fragen sind – Überlegungen zur Kooperation der Lernorte. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP) 23 (2), S. 9–13.

Dehnbostel, Peter (2015): Betriebliche Bildungsarbeit. Kompetenzbasierte Aus- und Weiterbildung im Betrieb. 2. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) (Hg.) (2017): Pflegeausbildung vernetzend gestalten - ein Garant für Versorgungsqualität. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2022/02/2017-Broschuere-Pflegeausbildung-vernetzend-gestalten.pdf, zuletzt geprüft am 13.08.2022.

Euler, Dieter (Hg.) (2004a): Handbuch der Lernortkooperation. Band 1: theoretische Fundierungen = Kooperation der Lernorte in der beruflichen Bildung. Bertelsmann: Bielefeld.

Feller, Melanie; Roßrucker, Anna; Lüftl, Katharina (2021): Praxisanleitung: Die Leittextmethode. In: Pflegez 74 (5), S. 46–49. DOI: 10.1007/s41906-021-1031-9.

Lüftl, Katharina; Rastinger, Andrea; Weichselgartner, Lisa (2019): In der praktischen Pflegeausbildung mit Leittexten lernen. In: Lehren & Lernen im Gesundheitswesen (03), S. 41–48.

Pätzold, Günter (1991): Lernortkooperation - pädagogische Perspektive für Schule und Betrieb. In: Kölner Zeitschrift für Wirtschaft und Pädagogik 11, S. 37–42.

Pätzold, Günter (2003): Lernfelder - Lernortkooperationen. Neugestaltung beruflicher Bildung: Projekt Verlag (Dortmunder Beiträge zur Pädagogik, Band 30). Online verfügbar unter https://www.pedocs.de/volltexte/2010/1895/pdf/Paetzold_Lernfelder_D_A.pdf, zuletzt geprüft am 21.04.2022.

Pflegeberufegesetz (PflBG) (2017): Gesetz über die Pflegeberufe vom 17.07.2017, zuletzt geändert am 11.07.2021. Art. 1 Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) (2017). Gesetz zur Reform der Pflegeberufe vom 17.07.2017. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PflBG.pdf, zuletzt geprüft am 17.8.2022.

Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB) (Hg.) (2020): Lehrpläne und Ausbildungspläne für die Berufsfachschule für Pflege. München. Online verfügbar unter https://www.isb.bayern.de/download/23102/bfs_lp_pflegefachmann.pdf, zuletzt geprüft am 13.08.2022.

Thiessen, Nils; Fichtner, Andreas; Breuer, Georg (2018): Lernen im Vollzug: Der Erwerb praktischer Fertigkeiten. In: Michael St. Pierre und Georg Breuer (Hg.): Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte - Klinische Anwendung. 2. Aufl. Berlin: Springer, S. 83–89.

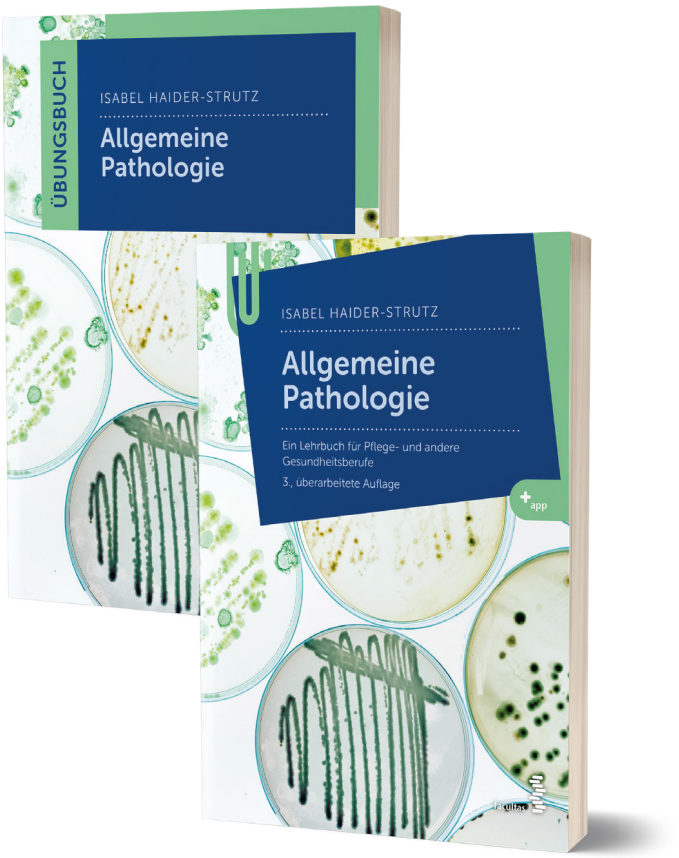
Autorin

Prof.in Dr.in Katharina Lüftl
Professorin für Pflegewissenschaft insbesondere Pflegepraxis und Didaktik
TH Rosenheim

katharina.lueftl@th-rosenheim.de

Autorin

Dipl.-Pflegewirtin (FH) Carola Nick
Dipl.-Pflegewirtin (FH)
Lehrkraft für besondere Aufgaben, Praxisbeauftragte
TH Rosenheim
carola.nick@th-rosenheim.de



Isabel Haider-Strutz

Lernpaket
Allgemeine Pathologie

Das Lernpaket zur Pathologie, bestehend aus Lehr- und Übungsbuch!

Das Lehrbuch bietet eine fundierte Auseinandersetzung mit dem Fach der Allgemeinen Pathologie. Sie erfahren alles über die Ursachen, Verläufe und Folgen von Krankheiten sowie über grundlegende medizinisch-biologische Vorgänge (Tumorbildung, Entzündungen, Zell- und Gewebsschäden, Störungen des Kreislaufs, Wundheilung, Funktionen des Immunsystems usw.).
Das Buch ist mit vielen neuen, farbigen Abbildungen und durchgehend mit Merksätzen, Erläuterungen zur Fachterminologie, Begriffsdefinitionen, Zusammenfassungen und Wissensfragen versehen.

Das Übungsbuch bietet eine Möglichkeit zum Üben, Überprüfen von bereits Erlerntem und zum Erkennen von Wissenslücken. Die Abfolge der Kapitel orientiert sich an jener des dazugehörigen Lehrbuches Allgemeine Pathologie. Der Inhalt setzt sich aus Bildern zum Beschriften, Lückentexten, Zuordnungsfragen, „Richtig oder Falsch"-Aufgaben und Übersetzungen von Fachbegriffen zusammen. Im Schlussteil des Übungsbuches sind die richtigen Antworten zu finden.
Eine ideale Ergänzung des Pathologieunterrichts!

facultas 2022
312 Seiten, broschiert
EUR 41,90 (A) / EUR 40,80 (D) / sFr 50,80 UVP
ISBN 978-3-7089-2201-0

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

Der neue Gesundheitsberuf „Operationstechnische Assistenz“ (OTA) in Österreich

Der neue Gesundheitsberuf „Operationstechnische Assistenz“ (OTA) wird zukünftig in allen niederösterreichischen Kliniken im OP-Bereich, in der Notfallambulanz, im Schockraum, Endoskopie oder auch für die Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte im Einsatz sein. Die Ausbildung soll alle Menschen ansprechen, die sich für den medizinischen Bereich interessieren und Technik begeistert sind. Das Betätigungsfeld umspannt die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team in unterschiedlichen Settings, die eigenverantwortliche Betreuung und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor und nach einer Operation, die Assistenz von Ärztinnen und Ärzten bei operativen Eingriffen, sowie die Dokumentation der durchgeführten Tätigkeiten. Damit ist dieses Berufsbild eine gute Ergänzung für den Gehobenen Dienst, insbesondere im Operationsbereich.

Die Ausbildung hat erstmals am 20. Oktober 2022 an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Horn mit 28 Auszubildenden begonnen. Mit Herbst 2023 wird diese Ausbildung zusätzlich an den Nö Schulstandorten St. Pölten, Wiener Neustadt, Mistelbach und am Bildungscampus Mostviertel in Mauer angeboten werden. Insgesamt dauert die Ausbildung drei Jahre. Interessierte können sich ab sofort auf der Homepage pflegeschulen-noe.at/ota informieren und bewerben.

Die Ausbildung umfasst insgesamt 4600 Stunden, davon sind 1600 Stunden in der Theorie und 3000 Stunden Praktikum an Gesundheitseinrichtungen zu absolvieren. Der positive Abschluss der Ausbildung berechtigt zur Berufsausübung in den angeführten Bereichen und ´zur Führung der Berufsbezeichnung „Diplomierte Operationstechnische Assistentin“/ Diplomierter Operationstechnischer Assistent“.

Die Aufnahme erfolgt über ein standardisiertes Aufnahmeverfahren. Voraussetzungen dafür sind das vollendete 17. Lebensjahr, eine gesundheitliche Eignung, Vertrauenswürdigkeit und Kenntnisse der deutschen Sprache. Die Matura bzw. eine vorangegangene Pflegeausbildung sind nicht zwingend erforderlich.

LANDES GESUNDHEITS AGENTUR

Gesund und gepflegt. Ein Leben lang.

Wissen über Kapitalarten, berufliche Einstellungen und berufliche Erwartungen zur Gewinnung von Personen aus der Generation Z für die Pflegeausbildungen

Um die Inhalte sinnvoll zu vermitteln, unterteilt sich die Masterarbeit in zwei Bereiche. Der erste Bereich skizziert die Ausgangssituation, Forschungsfragen, Hypothesen, Ziele, Methoden, Ergebnisse sowie Handlungsempfehlungen (Kapitalarten) der Träger der praktischen Ausbildung (TdpA) und Ausbildungsanfänger der Generation Z (AGZ) in der Pflege. Der zweite Bereich setzt sich innerhalb der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen mit dem Schwerpunkt beruflicher Einstellungen und beruflicher Erwartungen der genannten Zielgruppe auseinander.

Ausgangssituation

Der Pflegereport der Bertelsmann-Stiftung (2020) prognostiziert, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um 50 % steigen wird, während die Zahl der vollbeschäftigten Pflegekräfte gleichzeitig abnimmt. Wird diese Entwicklung nicht aufgehalten, fehlen zukünftig in der Pflege 500.000 Vollzeitkräfte (Bertelsmann-Stiftung, 2020). Dieser Personalmangel wird durch Covid-19 nochmals verstärkt. In Deutschland schätzen 50 % der Pflegekräfte das Image ihres Berufes negativ ein. Damit ist dieser Anteil etwa doppelt so hoch wie in anderen westeuropäischen Ländern (Eschmann & van Loo, 2018). Neben dem internen schlechten Image der Pflege im Beschäftigungsfeld gibt es ein negatives externes Image in der Öffentlichkeit. Die öffentliche Meinung verbindet die Arbeit der Pflegekräfte mit Überforderung, schlechter Bezahlung, wenig Eigenverantwortung und kaum Karrierechancen (Boucsein, 2012). Um die Attraktivität der Pflegeausbildung zu steigern, wurde 2017 das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe beschlossen (Bundesgesetzblatt Online, 2017).

Forschungsfragen und Hypothesen

Im Zentrum dieser Forschungsarbeit stand folgende übergeordnete Fragestellung:

Welches Wissen haben die TdpA und die AGZ in der Pflege voneinander über die Kapitalarten, beruflichen Einstellungen und beruflichen Erwartungen?

Die übergeordnete Forschungsfrage wird in Teilfragen unterschieden und daraus werden Hypothesen abgeleitet.

FF 0: Welches Wissen haben die TdpA und die AGZ in der Pflege voneinander über die Kapitalarten, beruflichen Einstellungen und beruflichen Erwartungen?

FF 1: Kapitalarten von AGZ und TdpA in der Pflege sowie die Unterschiede

1a) Welche Kapitalarten haben AGZ in Pflegeausbildungen?

1b) Welche Annahmen haben TdpA über die Kapitalarten?

1c) Welche Unterschiede hinsichtlich der Kapitalarten gibt es zwischen TdpA und AGZ in Pflegeausbildungen?

H 1: Je weniger Wissen über Kapitalarten von AGZ bei TdpA in der Pflege bekannt ist, desto weniger werden TdpA das Ausbildungsfeld für die Gewinnung der Zielgruppe für die Pflegeausbildungen adressieren.

FF 2: Berufliche Einstellungen von AGZ und TdpA in der Pflege sowie die Unterschiede

2a) Welche beruflichen Einstellungen haben AGZ in Pflegeausbildungen?

2b) Welche Annahmen haben TdpA über berufliche Einstellungen?

2c) Welche Unterschiede bei beruflichen Einstellungen gibt es zwischen TdpA und AGZ in Pflegeausbildungen?

H 2: Je weniger Wissen über beruflichen Einstellungen von AGZ bei TdpA in der Pflege bekannt ist, desto weniger werden die TdpA das Ausbildungsfeld für die Gewinnung der Zielgruppe für die Pflegeausbildungen adressieren.

FF 3: Berufliche Erwartungen von AGZ und TdpA in der Pflege sowie die Unterschiede

3a) Welche beruflichen Erwartungen haben AGZ in Pflegeausbildungen?

3b) Welche Annahmen haben TdpA über berufliche Erwartungen?

3c) Welche Unterschiede bei beruflichen Erwartungen gibt es zwischen TdpA und AGZ in Pflegeausbildungen?

H 3: Je weniger Wissen über beruflichen Erwartungen von AGZ bei TdpA in der Pflege bekannt ist, desto weniger werden die TdpA das Ausbildungsfeld für die Gewinnung der Zielgruppe für die Pflegeausbildungen adressieren.

Ziel

Ziel ist es, Hinweise zu geben, worauf bei der Gestaltung der Ausbildung zukünftig geachtet werden sollte, um den Pflegeberuf für die Generation Z attraktiver zu gestalten. Die Ergebnisse der Forschungsfragen sollen das Ausbildungsfeld nachhaltig adressieren und zur Gewinnung der Personen der Generation Z für die Pflegeausbildungen beitragen.

Methode

Mit dem ermittelnden Gruppendiskussionsleitfaden nach Helfferich (2011) wurden einmal drei und einmal vier Personen der AGZ-Gruppe und zweimal vier Vertreter_innen der TdpA-Gruppe online per Skype diskutiert und mit der zusammenfassende qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Diese wurde von März bis April 2021 durchgeführt. Im Anschluss wurden die Forschungsfragen, Hypothesen und Ergebnisse der Erhebung mit dem theoretischen Teil rückblickend verknüpft, interpretiert und Empfehlungen für die Praxis, Profession und Disziplin der Pflege aufgezeigt.

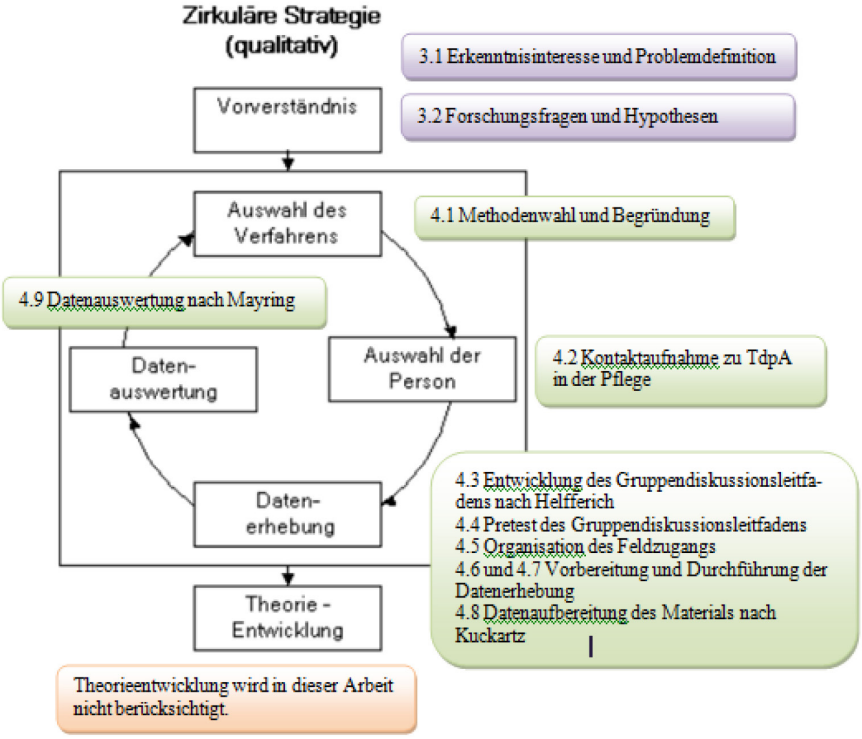


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Forschungsstrategie nach Witt (2001, S. 6) ergänzt um den Untersuchungsverlauf der eigenen Arbeit (Eigene Darstellung)

Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Kapitalarten

a) Die TdpA-Gruppe und AGZ-Gruppe verfügen über das gleiche Wissen zur schulischen Zugangsvoraussetzung in Pflegeausbildungen.

Die Erhebungen Balzers (2019) und Eylmanns (2015) zeigen, dass sich überwiegend Auszubildende mit Realschulabschluss in der Kranken- und Altenpflege bewerben. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Annahmen der AGZ und TdpA zur schulischen Zugangsvoraussetzung in Pflegeausbildungen, so dass die Annahme H 1 abgelehnt wird. Allerdings wünschen sich langfristig drei TdpA mehr AGZ mit Abitur, Fachhochschulreife oder gutem Realschulabschluss, möglichst verbunden mit einem FSJ (Freiwilliges Soziales Jahr) in generalistischen Pflegeausbildungen, daher wird die Annahme H 1 abgelehnt. Ein TdpA argumentierte, dass AGZ mit höheren Schulabschlüssen eine bessere Lernfähigkeit für die Ausbildung mitbringen als die mit Real- oder Hauptschulabschluss. Hier stellt sich die Frage, ob AGZ mit höheren Schulabschlüssen Interesse an Pflegeberufen haben. Eine Antwort darauf gibt die Studie des SINUS-Instituts (2020). In der Gruppe der Jugendlichen, die mit „kann ich mir grundsätzlich vorstellen“ und „Interesse an Gesundheit und Pflege“ geantwortet haben, verfügen über 60 % über eine hohe Bildung (SINUS-Institut 2020). Das sind potenzielle Zielgruppen für die Pflege. Für die Pflegeausbildungen lassen sich AGZ mit höheren Schulabschlüssen gewinnen, wenn Pflegedienst-

leitung und Bildungskoordination aktiv und dauerhaft Gymnasien aufsuchen. Dabei sollten AGZ, die in der Pflege arbeiten, als Botschafter_innen eingesetzt werden, um Schüler_innen und Lehrkräfte über Pflegeberufe zu informieren und deren Interesse zu wecken. Anschließend können im Rahmen von Kooperationen zwischen stationären Pflegeeinrichtung und Gymnasien dauerhaft niederschwellige Tages- und Wochenpraktika für Schüler_innen der Oberstufe angeboten werden. Außerdem sollten Angehörige der Generation Z mit höherem Schulabschluss vor allem im Bewerbungsgespräch über Fort- und Weiterbildungen und das Pflegestudium informiert werden, um deren Neugier für den Pflegeberuf anzuregen. Das Ziel dessen ist es, die Akademisierung in der Pflege voranzutreiben. In Deutschland liegt die Akademisierungsquote von Pflegekräften bei 2 % (Lehmann et al., 2019).

b) Die TdpA-Gruppe gewinnen aus der Generation Z als Quereinsteiger_innen für die Pflegeausbildungen.

Zwei von acht TdpA waren in der Diskussionsrunde der Ansicht, dass Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen mit dem Quereinstieg der Generation Z in die einjährige generalistische Pflegehelfer Ausbildung überfordert und darauf nicht vorbereitet sind. Die Quereinsteiger_innen in die dreijährigen Pflegeausbildungen seien dann personelle Ressourcen, die den Fachkräftemangel in Zukunft beheben können. Deshalb sollen sich TdpA bewusst mit der Zielgruppe ,,Quereinsteiger_innen der Generation Z“ in der generalistischen Pflegehelfer Ausbildung auseinandersetzen und dafür Ausbildungsplätze schaffen.

c) Die TdpA-Gruppe verfügt über wenig Wissen über die Berufe der Eltern der AGZ-Gruppe.

Sechs von sieben AGZ kommen nicht aus einem akademisch gebildeten Elternhaus, sondern aus Familien, die Lehrberufen nachgehen. Nur eine von acht TdpA berichtet, dass die Eltern der AGZ überwiegend aus Berufen wie Handwerk, Pflege und Bergbau kommen. Die Befragungen Balzers (2019) und Eylmanns (2015) kommt zum Ergebnis, dass Eltern von Auszubildenden in der Alten- und Krankenpflege Lehrberufen Handwerk, Einzelhandel, hauswirtschaftlichen oder den sozialen Berufen nachgehen und vereinzelt über einen akademischen Abschluss verfügen. Die Resultate der Literatur stimmen mit den Annahmen der AGZ überein. Somit wird in H 1 formulierte Annahme der AGZ abgelehnt. Dahingegen verfügen sieben TdpA über kein Wissen zu den Berufen der Eltern der AGZ und ihre Aussagen decken sich nicht mit denen der AGZ und den beschriebenen Studien. Daraus ergibt sich, dass die in H 1 dargestellte Annahme bei der TdpA bestätigt wird. In Fort- und Weiterbildungen wird der Personenkreis der Bildungskoordination, Praxisanleitung und der Lehrkräfte in der Pflegeschule über das soziale Milieu der Pflegeberufe sowie auf hemmende, fördernde Bildungsfaktoren, Einkommen, Bildungsabschlüsse des Elternhauses und Merkmale der Generation Z informiert. Des Weiteren erhalten sie Schulungen über Talentmanagement und Stipendienprogramme. Ziel dessen ist, talentierte AGZ aus einem bildungsfernen Elternhaus zu identifizieren und von der Ausbildung bis zum Studium zu fördern. Vorab sollten Kosten und Nutzen der Fort- und Weiterbildungen für die Bildungskoordination, Praxisanleitung und die Lehrkräfte in der Pflegeschule von der Geschäftsführung in der Pflegeeinrichtung abgewogen werden. Die Förderung der AGZ durch TdpA ermöglicht, dass akademisch gebildete Pflegefachkräfte die Routinen in der Praxis evaluieren, optimieren und neues Wissen für die Pflegepraxis generieren. Sie haben die Chance, neue Versorgungssysteme für den ambulanten und stationären Bereich zu entwickeln und für die Praxis bereitzustellen.

d) Die TdpA-Gruppe fehlt Wissen über die Kraft der Impulsgeber_innen der AGZ-Gruppe.

Für die TdpA spielen Eltern als Impulsgeber_innen für den Pflegeberuf kaum eine Rolle. Sie gehen gleich auf die Zugangswege der AGZ ein. Im Gegensatz dazu geben zwei AGZ die Mutter und die Großmutter als Impulsgeber_innen für die Pflegeausbildung an. Im Vergleich zu den Studien Hurrelmanns (2019) und Eylmanns (2015) sind Eltern bei der Berufswahl Unterstützer_innen und Begleiter_innen. Diese Informationen sind mit den Aussagen der AGZ identisch und widersprechen den Meinungen der TdpA. Demnach wird die in H 1 festgelegte Annahme für AGZ abgelehnt und TdpA angenommen. Daher soll die Pflegedienstleitung und Bildungskoordination Eltern und Kinder zu einem Tag der offenen Tür in die Klinik oder Pflegeschule einladen. Hier können sie die Eltern und den Nachwuchs über Pflegeberufe informieren und über praktische Übungen wie Verbände anlegen oder Blutzucker messen Interesse wecken.

e) Der TdpA-Gruppe fehlt Wissen über die Unterstützung von Eltern und anderer Unterstützer_innen

der AGZ-Gruppe.

Drei von sieben AGZ erhalten von ihren Eltern beim Bewerbungsschreiben Hilfestellung, über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten informiert, im Erfahrungsaustausch und beim Feedbackgeben unterstützt. Ein AGZ nannte andere Personen wie Freund_innen, Partner_innen, Lehrer_innen und Klassenkamerad_innen als Unterstützung zu Beginn der Pflegeausbildung, Größtenteils gaben die TdpA an, dass AGZ von ihren Eltern nicht unterstützt werden. In der Studie von Eylmanns (2015) sagen Altenpflegeauszubildenden, dass ihre Eltern und der Freundeskreis Unterstützungsquellen für sie seien. Sie geben Sicherheit und Geborgenheit bei der Aus-bildung (Eylmann, 2015). Laut Schroth (2019) wird die Generation Z von ihren Eltern rundum versorgt. Die Beschreibung der Unterstützung der AGZ lässt sich in Bourdieus sozialem Kapital wiederfinden, etwa in den Aspekten Familienzusammenhalt, Anerkennung, Kennenlernen und Netzwerke bilden (Bourdieu, 1983). Die Resultate der Studien und die Aussagen der AGZ decken sich nicht mit den Meinungen der TdpA. Deshalb wird die in H 1 geschilderte Annahme für AGZ abgelehnt und für TdpA angenommen. Die Befunde von AGZ und Literatur lassen sich auf das Ausbildungsfeld übertragen. Bildungskoordination, Praxisanleitung und Lehrkräfte in der Pflegeschule sind für AGZ Vertrauenspersonen, Feedbackgeber_innen sowie Lernbegleiter_innen und sie zeigen Entwicklungsmöglichkeiten vom Anfang bis zum Ende der Ausbildung. Zusätzlich kann die Schulleitung der Pflegeschule in Absprache mit der Geschäftsführung in der stationären Pflegeeinrichtung ein Intranet für Auszubildende einrichten. Einen digitalen Ort, wo sich alle Auszubildenden über Erfahrungen, Hürden und Entwicklungen in der Pflege austauschen und voneinander lernen. Hurrelmann (2019) und Mangelsdorf (2015) gehen davon aus, dass Mitglieder der Generation Z Wissen und Erfahrungen über moderne Kommunikationsmittel teilen und gern mit anderen Menschen zusammenarbeiten.

f) Die TdpA-Gruppe und AGZ-Gruppe haben die gleichen Annahmen zu Zugangswegen in die Pflegeausbildungen, weichen aber von den Informationswegen ab.

Alle AGZ absolvierten vor der Pflegeausbildung ein FSJ, Schulpraktikum oder eine Pflegehelfer Ausbildung in einer allgemeinen oder psychiatrischen Klinik, Die TdpA haben klare Vorstellungen über die Zugangswege und sagten, dass AGZ über FSJ, Schulpraktika, Familienangehörige, Pflegeeinrichtungen, Internet, Zeitungen oder Plakate in Bus oder Bahn auf die Pflegeausbildungen aufmerksam geworden seien. Ein TdpA möchte Imagefilme für Auszubildende drehen, um junge Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass AGZ und TdpA überwiegend klassische Instrumente (Praktika, Fachmessen und Tage der offenen Tür, Plakatwerbung) als Zugangswege in die Pflegeausbildungen nutzen. Dies stimmt mit den Befunden Rohrlacks (2012) überein. Demnach wird die in H 1 beschriebene Annahme für AGZ und TdpA abgelehnt. Die AGZ informieren sich über Pflegeberufe in erster Linie über die Familie, dann über die Webseite einer Klinik, über Karriereberatungen und Berufsmessen. Zwei AGZ sagten, dass sie in allgemeinbildenden Schulen kaum über Pflegeberufe informiert wurden. Eine von acht TdpA beschrieb als Informationsweg der AGZ das Internet und Onlinemessen. Nur ein TdpA hat durch Zugehstrukturen die Schule über Pflegeberufe informieren können. Der Vergleich der Annahmen zu Informationswegen beider Gruppen zeigt Unstimmigkeiten. Als übereinstimmend mit den Aussagen der AGZ erwiesen sich die die Ergebnisse der McDonald's Studie (2019). Darin gaben Jugendliche für die Berufsentscheidung die Eltern als erste vertrauenswürdige Informationsquelle an und nicht das Internet, Jobmessen oder Lehrkräfte (Köcher et al., 2019). Eine weitere Übereinstimmung dieser Studie mit Aussagen der AGZ ist, dass 34 % der Jugendlichen von ihren Schulen auf das Berufsleben vorbereitet werden (Köcher et al., 2019). In ihren Studien kommen Weitzel et al. (2020) und Schubert et al. (2019) zu dem Ergebnis, dass sich die Generation Z über Unternehmenswebseiten, Suchmaschinen und Internetstellenbörsen, nicht aber bei Eltern und Familienmitgliedern informiert. Die Ergebnisse von Weitzel et al. (2020) und Schubert et al. (2019) weichen von Aussagen der AGZ ab und decken sich mit denen der TdpA. Angesichts dieser Resultate kann keine klare Annahme zu Informationswegen der TdpA und AGZ gegeben werden. Viele webbasierte Zugangswege ziehen AGZ und TdpA kaum in Betracht. Die Generation Z ist technologieaffin und mit Smartphones, Internet und Computern aufgewachsen (Hesse et al., 2015). Zukünftig werden AGZ stärker webbasierte Zugangswege nutzen. Deshalb sollen Pflegedienstleitung, Bildungskoordination und Personalführung klassische aber auch webbasierte Zugangs- und Informationswege von AGZ anhand

von Kennzahlen evaluieren. Anschließend können projektbezogen Social-Media-Recruiting-Konzepte erarbeitet werden, um die Generation Z über niederschwellige Zugangs- und Informationswege zu erreichen. Eine weitere Möglichkeit der Zugangs- und Informationswege der AGZ bietet sich dann, wenn Lehrkräfte in Pflegeschulen, Lehrkräfte mit der Funktion der Studien- und Berufswahlorientierung (StuBo) in allgemeinbildenden Schulen sowie Berufsberater_innen der Agentur für Arbeit Synergien bilden. Dann können junge Menschen über digitale Plattformen und persönlich über generalistische Pflegeausbildungen informiert werden und den Zugang ins Pflegepraktikum oder die -ausbildung erhalten.

g) Die TdpA-Gruppe hat die gleichen Annahmen in Bezug auf den Nutzen des Schulpraktikums oder des FSJ wie AGZ-Gruppe.

Die AGZ und die TdpA sehen gleichermaßen den Nutzen von FSJ und Schulpraktika: Erfahrung mit der Arbeit im Schichtdienst, Erleben von Belastung, Teamarbeit, Nähe und Distanz in der Patientenversorgung, Patientenkontakt und Selbstreflexion. Unterschiede zwischen AGZ und TdpA bestehen bei Aussagen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen von Patient_innen, Erfahrungen von Leid und Krankheit sowie zur Verbesserung der deutschen Sprache im Patientenkontakt. Die gewonnenen Kompetenzen nach einem Praktikum sind gemäß einer Studie von Göring und Mutz (2016) Teamarbeit, Umgang mit Stress, Ausbau mündlicher kommunikativer Fähigkeiten, Interaktion mit Menschen sowie Selbstreflexion. Die Ergebnisse aus der Literatur stimmen mit den Aussagen der AGZ und TdpA überein. Die in H 1 festgelegte Annahme wird von AGZ und TdpA abgelehnt. Jedoch erfasst die Studie von Göring und Mutz (2016) den Umgang mit Stress im Allgemeinen, ohne ihn mit psychischen und körperlichen Belastungen zu präzisieren. Generation Z erhält durch FSJ oder Schulpraktikum ein realistisches Bild vom Tätigkeitsfeld der Pflege. Interessierte sehen in einem Praktikum Vor- und Nachteile des Pflegeberufes und können im Vorfeld entscheiden, ob sie sich dafür eignen. Für Pflegedienstleitung, Bildungskoordination und Stationsleitungen in der stationären Einrichtung bietet sich die Chance, motivierte, junge Menschen im Rahmen eines Schulpraktikums oder FSJ anzusprechen und für die Pflegeausbildungen zu gewinnen. Ausländische Personen der Generation Z können von den Pflegedirektor_innen mit einem Pflegepraktikum inklusive der Finanzierung von Deutschkursen geworben werden. Das kann den Weg in eine Pflegeausbildung ebnen. Laut List (2013) ist ein Praktikum ein wirksames Instrument, um junge Menschen für die Pflegeberufe zu begeistern. Das setzt voraus, dass die Entscheider der TdpA die Plätze für Schulpraktika und FSJ erhöhen.

h) Die TdpA-Gruppe kennt teilweise die Kompetenzen der AGZ-Gruppe.

Die TdpA haben Vorstellungen darüber, welche Kompetenzen AGZ für die Pflegeausbildungen mitbringen sollten. Dabei handelt es sich überwiegend um Soft Skills wie Kommunikationsfähigkeit, hohe Motivation, Eigeninitiative und Neugierde, mit der sich Wissen eigenständig erschließen können. Die Kommunikationsfähigkeit wurde von allen TdpA als zentrale Eigenschaft herausgestellt. Geteilte Ansichten hingegen haben die TdpA über die Fähigkeit der AGZ im Praxisfeld „innere Bedürfnisse erkennen und sich erfolgreich abgrenzen“. Dabei ist unklar, inwieweit AGZ eigene Bedürfnisse im hierarchischen Praxisumfeld in den Vordergrund stellen und widersprüchliche Anweisungen ablehnen können. Die AGZ halten wie die TdpA Kommunikationsfähigkeit für zentral, aber auch Eigenverantwortung und Entscheidungsbereitschaft für relevant. Sie nannten die Fähigkeit ,,innere Bedürfnisse erkennen und erfolgreich abgrenzen“ im Praxisfeld nicht. Die genannten Kompetenzen von TdpA und AGZ decken sich mit den von List (2013) genannten Kriterien, die in den Pflegeausbildungen vorhanden sein sollten, z. B. Freude und Interesse am Beruf, Offenheit für neues Wissen, Lernbereitschaft, Selbstdisziplin, Kontaktfähigkeit, Empathie und Verträglichkeit. Allerdings wurde die Fähigkeit in der Pflegeausbildung ,,innere Bedürfnisse erkennen und erfolgreich abgrenzen“ im Praxisfeld von List (2013) nicht genannt. Im Pflegeberufegesetz festgelegte Kompetenzen (§ 5 PflBG) decken sich mit Aussagen der AGZ und TdpA. Die Kompetenz ,,innere Bedürfnisse erkennen und erfolgreich abgrenzen“ ist explizit nicht erwähnt. Balzer (2019) differenziert bei Krankenpflegeauszubildenden im Praxisfeld rebellische und fügsame Typen.

i) Die TdpA-Gruppe kennt die gewünschten Lernmaterialien der AGZ-Gruppe.

Die AGZ möchten, dass in der Ausbildung Lernmaterialien zur Verfügung stehen. Im PflBG (§ 18 (4)) ist festgelegt, dass in der generalistischen Pflegeausbildung kostenlose Fachbücher und Werkzeuge für die praktische Ausbildung

FH Salzburg
Gesundheits-
wissenschaften

Bachelorstudiengang Gesundheits- & Krankenpflege

Bewerbung
Sommersemester 2023
(Start März):
bis 31. Januar 2023

Wintersemester 2023/24
(Start September):
1. November 2022 bis
30. Juni 2023

Unterstützung im Pflegestudium:
600 Euro/Monat

Abschluss:
Bachelor of Science
in Health Studies

160 Plätze am Campus Salzburg
40 Plätze am Campus Schwarzach

Infos und Bewerbung unter:
www.fh-salzburg.ac.at/guk

bereitgestellt werden (Bundesgesetzblatt Online, 2017).In der Diskussionsrunde bleibt die Frage offen, inwieweit die Pflegeschulen mit Lehrmaterialien ausgestattet sind. Die Pflegeschulen erhielten während der Corona-Pandemie 2020 Fördermittel zur Umsetzung digitaler Lernmethoden (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Beruflichen Einstellungen

a) Die TdpA-Gruppe hat dieselben beruflichen Einstellungen wie die AGZ-Gruppe.

Die in der Studie von Eylmanns (2015), Lists (2013) und Bomballs et al. (2010) genannten Kriterien Flexibilität, Freude und Interesse am Beruf, Offenheit, Empathie, Verträglichkeit, Belastbarkeit sowie Lernbereitschaft stimmen mit den beruflichen Einstellungen der AGZ und TdpA überein. Drei TdpA trafen abweichende Aussagen gegenüber den AGZ und erklärten, dass die Generation Z sensibel, wenig belastbar und mit geringen Fähigkeiten zur Konfliktbewältigung ausgestattet sei. Auszubildende in der Pflege lehnten vorgegebene Inhalte häufig ab und kämen mit idealisierten Vorstellungen in die Pflegeausbildungen. Balzer (2019) stellte im Rahmen von Gruppenwerkstätten fest, dass Gesundheits- und Krankenpflegeschüler_innen die Patient_innen trotz Ökonomisierungsdruck individuell versorgen möchten. Die Aussagen der TdpA zur Fähigkeit der Konfliktbewältigung und zur Ablehnung vorgegebener Inhalte durch AGZ werden in den Studien nicht aufgezeigt. Insgesamt sind die Befunde bei AGZ und TdpA mit den Ergebnissen der Literatur identisch und werden in den Annahmen der H 2 abgelehnt. Zu Beginn der Ausbildung können Einstellungen von AGZ unterschiedlich ausgeprägt sein. Gemäß Bourdieu (1987) bringen Menschen Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata (Habitus) mit, die durch eigenes Handeln in der Praxis strukturiert und erzeugt werden. Bildungskoordination, Lehrkräfte in der Pflegeschule und Praxisanleitung sind in der theoretischen und praktischen Ausbildung gefordert, früh die Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata bei AGZ zu erkennen. Dabei soll bei einer Überforderung zeitnah Unterstützung angeboten werden und anderseits den Habitus individuell zu entwickeln. So ist es für den Habitus möglich, neue Fähigkeiten, Gedanken, Wahrnehmungen und Äußerungen zu erzeugen (Bourdieu, 1993). Ziel dessen ist es, Demotivation und Ausbildungsabbrüche bei AGZ zu vermeiden.

b) Die TdpA-Gruppe hat anderes Wissen über die Berufsentscheidung als die AGZ-Gruppe.

Die Berufswahlkriterien des SINUS-Instituts (2020), die Studien von Marcinowicz et al. (2016), Eylmann (2015) und Bomball et al. (2010) führen auf: Menschen helfen, Familientradition, Teamarbeit und Überbrücken von Wartezeit für ein Studium. Dies deckt sich mit den Annahmen der TdpA . Im Vergleich dazu nennen Wilkes et al. (2015), Jirwe und Rudman (2012) geben in ihren Studien als vordergründige Kriterien für die Berufsentscheidung der Pflegeauszubildenden den sicheren Arbeitsplatz, viele Chancen im Beruf und Aufstiegsmöglichkeiten, was ebenfalls mit den Befunden der AGZ übereinstimmt. Motive für die Berufsentscheidung der AGZ wie Arbeiten in der Forensik oder psychische Krankheit in der Familie bleiben in den Studien unberücksichtigt. Insgesamt sind die Befunde bei AGZ und TdpA nicht identisch und werden in der Annahme der H 2 angenommen. Langfristig sollte der sichere Arbeitsplatz und Aufstiegsmöglichkeiten im Pflegeberuf von der Geschäftsführung und Pflegedirektion als normative, strategische und operative Unternehmensziele festgelegt und umgesetzt werden. Somit ist diese Führungsebene für die Pflegedienst- und Stationsleitungen, die Bildungskoordination, Praxisanleitungen Vorbild. Auf der operativen Ebene sollte die Pflegedirektion, Pflegedienst- und Stationsleitungen, Bildungskoordination und Praxisanleitungen über die Kriterien der Berufsentscheidung der Generation Z über Fortbildungen Wissen verfügen. Sie informieren in Bewerbungsgesprächen, am Tag der offenen Tür, auf Berufsmessen und über Social-Media-Kanäle über die Sicherheit des Arbeitsplatzes und Fort- und Weiterbildungen in der Pflege und setzen sie in der Praxis um. Dies dient dazu, Interessen von AGZ früh zu erkennen und zu fördern, was zu Wissensgenerierung und Entwicklung der Organisation führt.

c) Die TdpA-Gruppe und AGZ-Gruppe haben unterschiedliche Strategien, das Gelernte in die Praxis umzusetzen.

Die Ergebnisse zum Transfer des Gelernten in die Praxis belegen, dass AGZ Eigeninitiative zeigen, Abläufe priorisieren, Lösungen suchen und Nischen finden, damit sie das Gelernte aus der Theorie in der Praxis übertragen können. Ein AGZ würde sich im Praxisumfeld rebellisch zeigen und die Widersprüche in der Praxis dann an Vorgesetzte kommunizieren.

Diese Resultate zeigen, dass die AGZ kritisch, wachsam und selbstbewusst sind und eine strukturierte und geplante Pflegeausbildung wollen. Damit der Wissenstransfer gelingt, verteilen TdpA Praxisaufträge oder Arbeits- und Lernaufgaben an AGZ und führen Projektarbeiten, Rollenspiele und Schüleraustausche durch. Drei von acht TdpA verfassten für die generalistische Pflegeausbildung zusammen mit Praxisanleiter_innen ein Praxis-Curriculum und setzten es vollständig um. Zwei TdpA wünschen, dass die Praxis-Curricula mit Kooperationspartner kommuniziert und mit ihnen koordiniert werden. Die Studie Balzers (2019) zeigt, dass es im Arbeitsumfeld die „hierarchisch-funktionale durch Pflege nach Station“ und die „heimliche Pflege nach Schule“ gibt (Balzer 2019, S. 287). Auszubildende befinden sich im Spannungsfeld, da sie das Gelernte wie in der Schule nicht umsetzen können (Balzer, 2019). Hinzu kommt, dass theoretische Inhalte der Pflegeausbildungen zu 40 % mit der Praxis abgestimmt sind (Verdi, 2015). Schwingel (2011) betont, dass Konflikte zwischen Habitus und Feld entstehen können, wenn Erwartungen enttäuscht und bisherige Wahrnehmungs- und Denkschemata fragwürdig erscheinen. Insgesamt wird H 2 verifiziert, weil die Annahmen der AGZ und TdpA nicht identisch sind. In der generalistischen Pflegeausbildung kann der Transfer des Gelernten in die Praxis gelingen, wenn Praxisanleitung, Bildungskoordination, Lehrkräfte in der Pflegeschule und Stationsleitung eine Kooperation mit AGZ im Ausbildungsfeld eingehen. Die AGZ sind auf Augenhöhe und äußern Bedarfe und Wünsche im Ausbildungsfeld. Dabei wird ihnen die Möglichkeit gegeben, spontan neue Ideen zu entwickeln. Das entspricht der Theorie zur Habitusformierung im sozialen Feld von Bourdieus (1993). Des Weiteren kann durch eine enge Kooperation zwischen Schule und Praxis das Theorie-Praxis-Gefälle zeitnah behoben und die Ausbildungsqualität optimiert werden. Damit würde die Chance größer, im Ausbildungsfeld die Diskrepanz zwischen „hierarchisch-funktionale Pflege nach Station“ und „heimliche Pflege nach Schule“ vermieden (Balzer, 2019, S. 287). Entwickelte und umgesetzte Praxis-Curricula als Best Practices können die TdpA anderen Kooperationspartnern kommunizieren, so dass Theorie und Praxis eng aufeinander abgestimmt werden. Der Austausch unter Expert_innen führt zu einer Anreicherung des bisherigen Wissens mit neuen Erfahrungen, was eine Weiterentwicklung des Ausbildungskonzeptes in der Pflege ermöglicht.

Beruflichen Erwartungen

a) Die TdpA-Gruppe hat andere Annahmen zu psychischen Belastungen als die AGZ-Gruppe.

In den Studien Balzers (2019) und Verdis (2015) sind Belastungsfaktoren wie das Sterben von Patient_innen, fehlende emotionale Begleitung in der Ausbildung, schweres Tragen und das Arbeiten im Schichtdienst mit den Annahmen der körperlichen und psychischen Belastungen der AGZ und der TdpA identisch. Die AGZ erwähnten weitere Belastungsfaktoren z. B. Personalmangel, fehlende Einarbeitung und schulische Überforderung. Die TdpA betonten, dass bei AGZ, die Fixierungen von Patient_innen belastend erlebt haben, Opfer eines Übergriffs durch Patient_innen geworden sind und übertriebener Perfektionismus und Tendenzen zum Burn-out bereits entstanden sind. Schroth (2019) weist darauf hin, dass die Generation Z im Vergleich zu anderen Generationen die höchste Zahl an Depressionen und Angstzuständen aufweist. Damit stimmen die Befunde zu psychischen Belastungen in den Pflegeausbildungen bei AGZ und TdpA nicht überein, allerdings entsprechen sie teilweise den Theorien. Insgesamt werden in H 3 die Annahmen der AGZ und TdpA angenommen. Bildungskoordination, Praxisanleitung und Lehrende in Pflegeschulen sollen frühzeitig bei AGZ körperliche und psychische Belastungen in der Ausbildung erkennen und Angebote wie rückenschonendes Arbeiten, emotional entlastende Gespräche, Supervision in der Schule, Betriebssport und Einarbeitungskonzepte anbieten. Dazu sollen die Lehrkräfte, Bildungskoordination und Praxisanleitung in Fortbildungen die Situation der Überforderung der AGZ in Rollenspielen simulieren und über die Maßnahme in der Gruppe reflektieren. Ziel ist es, Fehlzeiten und Ausbildungsabbrüche bei AGZ zu vermeiden.

b) Die TdpA-Gruppe und die AGZ-Gruppe haben unterschiedliche Erwartungen zur Unterstützung in der theoretischen Ausbildung.

Die Annahmen von AGZ in Bezug auf das Lernen finden sich in der Aussage von Mangelsford (2015) wieder. AGZ möchten vielfältige Lernmethoden im Unterricht. Dabei sind Lehrkräfte für sie Vertrauenspersonen, sie möchten sie als Lernbegleiter_innen wahrnehmen. Außerdem wollen AGZ die Gesamtzusammenhänge von Theorie und Praxis verstehen. Erwartungen der Gesundheits- und Krankenpflegeschüler_innen an den theoretischen Unterricht (Einsatz vielfältiger Lernmethoden,

sympathische Lehrkräfte und eine angenehme und vertrauliche Atmosphäre im Unterricht) sind in der Studie von Balzers (2019) mit den Aussagen der AGZ identisch. Die Erhöhung des Lehrkraft-Schüler-Schlüssels in NRW in Pflegeausbildungen von 1:25 auf 1:28 mit der Begründung (Ministerium des Innern des Landes NRW, 2019) widerspricht den Studien Balzers (2019). Demgegenüber benannten TdpA andere Unterstützungen: den Einführungsblock „Willkommen zur Psychiatrie“, die Begleitung durch Supervision oder durch Kursleiter_innen bei Belastungen, Nachhilfeunterricht für Schüler_innen zur Verbesserung der Selbstlernkompetenzen und Deutschkurse für ausländische AGZ in der Pflegeschule. Die zentrale Rolle der Lehrenden als Lernbegleiter_innen und der Einsatz vielfältiger Lernmethoden bleiben in den Aussagen der TdpA ein Randthema. Die Meinungen von AGZ und TdpA sind mit den theoretischen Grundlagen nicht identisch, so dass die Annahmen in H 3 bestätigt werden. Lehrkräfte sind Lernbegleiter_innen und kennen die Lernbedarfe von AGZ. Inhalte werden abwechslungsreich, praktisch, kreativ und zusammenhängend vermittelt. Die Lernkonzepte der Pflegeschule sollen evaluiert und milieuspezifische, pädagogisch-didaktische Lernkonzepte langfristig berücksichtigt werden. Die Erhöhung des Lehrkraft-Schüler-Schlüssels in NRW kann zusätzliche Überforderung bei AGZ und sinkende Qualität der Pflegeausbildungen in Schule und Praxis bewirken. Daher ist es sinnvoll, die Quote für die Akademisierung in der Pflege zu erhöhen und genügend staatliche und geförderte Studienplätze in der Pflege bereitzustellen.

c) Die TdpA-Gruppe hat die gleichen Erwartungen bei der Unterstützung der praktischen Ausbildung wie die AGZ-Gruppe.

Die AGZ forderten, dass Praxisanleiter_innen die anfallenden Tätigkeiten in einer ruhigen Atmosphäre zeigen, Rückmeldung geben und bei Problemen unterstützen. Ein AGZ erklärte, dass Praxisanleiter_innen Vertrauenspersonen seien und die durchgeführten Tätigkeiten kontrollierten und Feedback gäben. Er forderte freigestellte Praxisanleiter_innen auf Station, damit die Anleitung nicht dem Stationsdienst unterstellt wird. Die Annahmen der AGZ werden im Folgenden mit den Theorien Mamerows (2018), Balzers (2019), Jakobs (2019), Jakobs und Voglers (2020) verglichen. Diese Autor_innen sehen Praxisanleiter_innen als Lernbegleitung. Sie sind offen und empathisch, fungieren als Vorbilder im Beruf, geben Freiräume für die Vorbereitung und Durchführung der Reflexionsgespräche und zeigen Entwicklungsmöglichkeiten. Jakobs und Vogler (2020) fordern, dass eine geplante Praxisanleitung konsequent durchgeführt und nicht dem Stationsmanagement unterworfen wird. Die Ergebnisse der Literatur spiegeln sich in den Aussagen der AGZ überwiegend. Dagegen müssen die TdpA eine Praxisanleitung von mindestens 10 % (§ 18 (3) PflBG) während eines Einsatzes für die praktische Ausbildungszeit sicherstellen (Weiß et al., 2018). Zur Umsetzung der Praxisanleitung gab es bei den TdpA in den Gruppendiskussionen unterschiedliche Antworten. Sie haben freigestellte Praxisanleiterin in der Schule und nicht freigestellte in der Praxis. Alle TdpA geben Hürden bei der Umsetzung der Praxisanleitung an. Dies sind: fehlende Kommunikation mit Stationsleitungen über die Umsetzung der Praxisanleitung in den generalistischen Pflegeausbildungen, Konflikte zwischen freigestellten und nicht freigestellten Praxisanleitungen, fehlende Motivation der nichtfreigestellten Praxisanleitungen und keine Praxisanleitungen mit Hochschulqualifikation. Die Länder können bis zum 31. Dezember 2029 für die Anleitung der Pflegestudierender Praxisanleitungen mit abweichenden Qualifikationen zulassen (§ 31(1) PflAPrV) (Bundesgesetzblatt Online, 2018). Nur ein TdpA verfügt über ein Skills-Lab als dritten Lernort neben Schule und Praxis. Alle TdpA unterscheiden in ihren Ausbildungskonzepten zwischen freigestellten und nicht freigestellten Praxisanleitungen. Im PflBG § 18 (3) und PflAPrV § 4 (3) ist diese Differenzierung der Rollen nicht enthalten (Bundesgesetzblatt Online, 2018). Erläuterungen zum Nutzen der unterschiedlichen Rollen und die bisherigen Maßnahmen gegen die Hürden der Praxisanleitung bleiben in der Diskussion offen. Hierzu merken von Jakobs und Vogler (2020) an, dass in den generalistischen Pflegeausbildungen eine koordinierte Praxisanleitung fehlt. Die Aussagen der TdpA und der AGZ sowie die Befunde in der Literatur sind deckungsgleich. Insgesamt wird die Annahme in H 3 abgelehnt. Die Bildungskoordination sollte regelmäßig die gesetzlichen Vorgaben der Praxisanleitung evaluieren und die Ergebnisse für die Pflegeschule und Bildungskoordination, für Stations- und Pflegedienstleitungen, Auszubildende und Praxisanleitungen im Ausbildungsfeld transparent machen. Diese dient dazu, die Qualität der Ausbildung gemeinsam und kontinuierlich zu verbessern.

d) Die TdpA-Gruppe und AGZ-Gruppe haben wissen vonei-

Gesundheit
kommt von Herzen

Göttlicher Heiland
Krankenhaus Wien

Neurologie – alles außer eintönig

Das Göttlicher Heiland Krankenhaus ist ein Schwerpunktkrankenhaus im Bereich Altersmedizin. Gerade Neurologie stellt in der Versorgung älterer Menschen einen wichtigen Teil dar.

In der Abteilung Neurologie werden vom Schlaganfall über Epilepsie (Altersepilepsie), Schwindelformen, Parkinson bis hin zu Schlafstörungen, Gedächtnisstörungen und Entzündungen, wie Multiple Sklerose eine Vielzahl an Krankheitsbildern behandelt. Neurologie ist ein sehr breites Feld, mit vielen Möglichkeiten der Spezialisierung, auch und vor allem in der Pflege. Patient*innen auf der Neurologie brauchen oft besonders viel Zuneigung, Unterstützung und Zeit.

Thomas Preuner ist Bereichsleiter auf der Neurologie. „Wir erleben hier die Herausforderung einen Versorgungsauftrag in Pandemiezeiten aber auch in Zeiten von immer knapper werdenden Personalressourcen, zu erfüllen“ erzählt er, „aber mit diesem starken Team schaffen wir das alles.“ „Neurologie ist für mich ein besonderes Fach, weil die Neurologie eine Vielzahl an Krankheitsbildern anbietet. Der Behandlungserfolg lässt sich nur durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit sicherstellen. Dies bringt zwar die eine oder andere herausfordernde Situation mit sich, macht die tägliche Arbeit aber auch spannend und befriedigend.“

Jenny Taufer ist seit 15 Jahren DGKP und seit 2007 im Göttlicher Heiland Krankenhaus auf der neurologischen Bettenstation. „Ich bin Krankenpflegerin geworden, weil ich die Arbeit mit möglichst vielen, verschiedenen Menschen einfach liebe!“ erzählt sie voll Freude. „Bei der täglichen Arbeit merke ich das immer wieder. Das erfüllt mich.“ Die Wahl fiel auf die Neurologie, weil das Fach eine Vielfalt an Krankheitsbildern anbietet. „Somit ist kein Arbeitstag wie der vorherige,“ berichtet sie, „Täglich treffe ich auf neue, spannende, Herausforderungen. Unsere Abteilung zeichnet vor allem der Zusammenhalt und die kollegial-freundschaftliche Verbundenheit untereinander aus. Das spüren sicher auch die Patient*innen!

Haben wir Ihre Neugierde wecken können?
Informieren Sie sich über Möglichkeiten auf der neurologischen Bettenstation des Göttlicher Heiland Krankenhauses unter **www.khgh.at/karriere**

nander über die Art der Fort- und Weiterbildung. Jedoch hat TdpA-Gruppe eine andere Annahme zum Zeitpunkt der Personalentwicklung als die AGZ-Gruppe.

Die Meinungen über den Zeitpunkt, an dem über Fort- und Weiterbildungen informiert und Perspektiven der Weiterentwicklung aufgezeigt werden sollen, gehen bei TdpA und AGZ auseinander. TdpA und AGZ sind sich einig über die Art der Fort- und Weiterbildung z. B. das Studium der Medizin und Pflege, Fachweiterbildungen in der Psychiatrie oder die Praxisanleitung-Weiterbildung. Zwei TdpA haben zurzeit keine Kooperation mit einer Hochschule. Sie begründen dies damit, dass Studierende in der Pflege nicht erwünscht sind und in der Praxis noch nicht klar ist, wo die Pflegefachkraft eingesetzt werden soll. Dennoch bieten zwei TdpA eine hochschulische Pflegeausbildung an. Allerdings sind die AGZ nicht über die Möglichkeiten des Pflegestudiums in der Einrichtung informiert oder es fehlen hierfür geeignete Auszubildende. Balzer (2019) kommt zu dem Schluss, dass Auszubildende sich nicht für das Pflegestudium entscheiden. Sie beschränken sich nach der Ausbildung auf Fortbildungen (Balzer, 2019). Die Autorin erklärt in ihre Studie keinen Zeitpunkt für die Personalentwicklung und ebenso keine Hürden des Pflegestudiums in der Praxis aufgezeigt. Insgesamt wird die Annahme in H 3 angenommen, da das Ergebnis der Studie mit den Aussagen der AGZ und TdpA nicht identisch sind. Die Bildungskoordination und Pflegedienstleitung sollen AGZ zu Beginn der Ausbildung über die Fort- und Weiterbildungen informieren. Die Praxisanleitung soll den AGZ an Einsatzorten von Beginn bis zum Ende der Ausbildung Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen. Das setzt voraus, dass in der Einrichtung Talentmanagement-Konzepte und Stipendienprogramme implementiert sind. Eine weitere Maßnahme ist die Vernetzung der stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen mit Hochschulen. Lehrenden der Hochschule informieren die Geschäftsführung, Pflegedirektion, Pflegedienstleitung, Bildungskoordination und AGZ über den Nutzen des Pflegestudiums in der Praxis und Profession. Somit soll die hochschulische Pflegeausbildung langfristig als Basis in der Praxis verankert werden, um Wissenswachstum und Entwicklung in der Pflege kontinuierlich zu fördern. Die Wirksamkeit des Bildungskapitals der akademischen Pflegefachkraft im Praxisfeld kann sich in Zukunft mit dem beruflichen Anstieg im sozialen Feld zeigen und die Positionierung im sozialen Raum verändern. Die Berufsgruppe der Pflege kann Macht gewinnen und Interessen der Pflege im Praxisfeld besser durchsetzen als bisher. Gemäß der Klassifizierung der Berufsgruppen Bourdieus (1982) würde die Berufsgruppe Pflege nicht mehr beherrscht sein, sondern den Platz als herrschende Berufsgruppe im sozialen Raum einnehmen. Wo die generalistische Pflegeausbildung zur/zum Pflegefachfrau/Pflegefachmann und die Hochschulabsolvent_innen in Pflegeberufen der Generation Z zukünftig im sozialen Raum verorten werden, bleibt abzuwarten.

e) Die TdpA-Gruppe hat teilweise die gleichen Ansichten zur Arbeitsplatzattraktivität wie die AGZ-Gruppe.

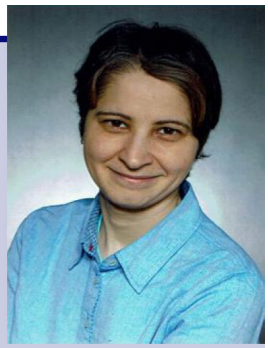
Aussagen von TdpA und AGZ finden sich bei Mamerow (2018) sowie Prölß und Napp (2015) wieder. Sie fordern, dass Führungskräfte die Bedürfnisse von Beschäftigten wahrnehmen und sie bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie unterstützen. In der Pflegeeinrichtung gibt es individuelle Arbeitszeitmodelle, kostenfreien Betriebssport, überdies werden Beschäftigten in Entscheidungsprozesse einbezogen. Bei Reimold und Knappisch (2021) und Balzer (2019) finden sich die Faktoren zur Arbeitsplatzattraktivität beider Gruppen wieder. Die Forscher_innen halten zeitnahes Feedback, flexible Arbeitszeiten, eine attraktive Bezahlung, Work-Life-Balance, Mitbestimmung und Anerkennung in der Praxis für Merkmale der Arbeitsplatzattraktivität. Schubert et al. (2019) und Landau (2015) erklären, dass die Generation Z Leitbilder ernst nehmen und von Arbeitgebern ein Jobticket erwarte. Des Weiteren legen AGZ Wert auf Mitarbeiterbindung durch Betriebsfeste, das Arbeiten mit jungen Menschen, zeitnahe Rückmeldungen bei der Teamarbeit, gute Personalschlüssel und das Arbeiten mit modernen Pflegestandards. Diese Merkmale wurden von den TdpA nicht erwähnt. Die Erwartungen beider Gruppen bestätigen die Befunde in der Literatur vollständig. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Meinungen der AGZ teilweise mit denen der TdpA identisch sind und deshalb die Annahmen der H 3 teilweise angenommen werden kann. Merkmale der Arbeitsplatzattraktivität sollen von Geschäftsführung und Pflegedirektion kommuniziert und in normative, strategische und operative Unternehmensziele implementiert und in der Praxis umgesetzt werden. Eine solche Veränderung kann zunächst zeit- und kostenintensiv sein. Allerdings kann sie ein Markenzeichen und Alleinstellungsmerkmal (unique selling proposition) für TdpA zur Gewinnung von

AGZ für Pflegeausbildungen werden. Die TdpA sollen AGZ nach bestandener Probezeit und sehr gutem Abschluss der Pflegeausbildung mit einem Bonus belohnen oder Jobtickets vom Arbeitgeber finanziert werden. Den AGZ soll die Möglichkeit gegeben werden, über ihre Urlaubs- und Dienstplangestaltung mitzuentscheiden. Sie sollen im Stationsteam integriert werden und zu ihrer Arbeit zeitnah Rückmeldung erhalten. Das kann die Mitarbeiterbindung in der Ausbildung stärken.

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die TdpA-Gruppe und die AGZ-Gruppe zu den Kapitalarten, beruflichen Einstellungen und beruflichen Erwartungen teilweise gleiche Annahmen haben. Für manche Aussagen ist weitere empirische Forschung zur Verifizierung notwendig, um die Ausbildung in der Pflege dauerhaft und zukunftsweisend attraktiv zu gestalten. Dies beginnt in der eigenen Organisation mit der bewussten Auseinandersetzung mit Kapitalarten, beruflichen Einstellungen und Erwartungen der AGZ und TdpA. Dabei sollen die Akteur_innen intern im Ausbildungsfeld in der theoretischen und praktischen Ausbildung miteinander kommunizieren, planen, koordinieren und mit externen Akteur_innen (Schulen, Kliniken, Eltern, Agentur für Arbeit) Synergien bilden. Diese wiederum führt zum Redesign der Ausbildungsstruktur und der Entwicklung der Professi-

Autorin



Taze Boyraz BA MA
Examinierte Krankenschwester, Educational Leadership (MA), Health Care Studies (BA)

on, Disziplin und Praxis der Pflege.

Literaturverzeichnis

Balzer, S. (2015). Milieuanalyse in der Pflegeausbildung. In R. Ertl-Schmuck, U. Greb (Hrsg.). Pflegedidaktische Forschungsfelder. 1. Auflage, (S.74-110).Weinheim: Juventa.

Balzer, S. (2019). Chamäleonkompetenz: Eine Studie in der pflegepraktischen Ausbildung. Mabuse: Frankfurt am Main.

Bertelsmann Stiftung. (2020). Die Versorgungslücke in der Pflege wächst. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unser-projekte/abgeschlossene-projekte-/pflege-vorort/projektthemen/pflegereport-2030/

Boucsein, M. (2012). Fachkräftemangel. Professionalisierung und Pflegenotstand im Widerspruch. Die Schwester Der Pfleger, 07/ 2012, S.632–635.

Bourdieu, P. (1982). Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit. Soziale Welt. Sonderband 2: S.183-198.

Bourdieu, P. (1987). Sozialer Sinn: Kritik der theoretischen Vernunft. Deutsche Erstauflage des Originals von1980. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (1993). Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bomball, J., S., Schmitt, S., Stöver, M., Zimmermann, M. & Görres, S. (2010), Beruf oder Berufung – der Weg in die Pflege. https://www.bwpat.de/content/uploads/ media/ bomball_etal_bwpat18.pdf

Bundesgesetzblatt Online. (2017, Juli). Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz–PflBRefG). Teil I Nr. 49, S. 2581-2614. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger

Bundesgesetzblatt Online. (2018, Oktober). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und –Prüfungsverordnung-PflAPrV). Teil I Nr. 34, S.1572-1621. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger

Bundesministerium für Gesundheit. (2020, Oktober). Konzertierte Aktion Pflege. Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-1209_Umsetzungsbericht_KAP_barrierefrei.pdf

Eschmann, S. & Loo, M. (2018, August). Image der Pflege: Die Realität ist besser als ihr Ruf. https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/35471-die-realitaet-ist-besser-als-ihr-ruf

Eylmann, C. (2015). Es reicht ein Lächeln als Dankeschön: Habitus in der Altenpflege (1. Auflage). Göttingen: V&R unipress.

Göring, A. & Mutz, M. (2016). Kompetenzerwerb und Persönlichkeitsentwicklung im Freiwilligen Sozialen Jahr – Ein Vergleich vier sozialer Tätigkeitsbereiche. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 19(2), 395-414.

Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (4. Auflage). Wiesbaden: VS-Verlag.

Hesse, G. & Mattmüller, R. (Hrsg.). (2015). Perspektivwechsel im Employer Branding: Neue Ansätze für die Generationen Y und Z. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Hurrelmann, K. (2019). Generation Z: Wie wächst sie auf und wie tickt sie? In W.

Kring & K. Hurrelmann (Hrgs.), Die Generation Z erfolgreich gewinnen, führen, binden: Mit Good Practice-Beispiel aus Unternehmen (S.13-22). Herne: NWB Verlag.

Jakobs, A. (2019). Nutzen Sie Praxisanleitung als Marketing-Instrument. Pflege-zeitschrift, 72(8), 14–16.

Jakobs, A. & Vogler, C. (2020). Generalistische Ausbildung: Ein Jahr „neue Pflege“.Pflegezeitschrift, 73(12), 38-41.

Jirwe, M. & Rudman, A. (2012). Why choose a career in nursing? Journal of ad van-ced nursing, 68 (7), 1615-1623.

Köcher, R., Hurrelmann, K. & Sommer, K. (2019). Kinder der Einheit Same but (Still) different!https://karriere.mcdonalds.de/docroot/jobboerse-mcd-career-bloss-om/assets/documents/McD_Ausbildungsstudie_2019.pdf

Landau, L. (2015). Mitarbeiterbindung in Krankenhäusern: Handlungsempfehlungen für das Personalmanagement der Generation Y und Generation Z. Diplomica: Hamburg.

Lehmann, Y., Schaeper, C., Wulff, I. & Ewers, M. (2019). Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? (1. Auflage). Heidelberg: Medhochzwei.

List, K.-H. (2013). Personalauswahl in der Pflege: Ausschreibung Interviews Entscheidung. Berlin: Springer.

Mamerow, R. (2018). Praxisanleitung in der Pflege (6. Auflage). Berlin: Springer.

Mangelsdorf, M. (2015). Von Babyboomer bis Generation Z: Der richtige Umgang mit unterschiedlichen Generationen im Unternehmen. Offenbach: GABAL.

Marcinowicz, L., Owlasiuk, A., Slusarska, B., Zarzycka, D. & Pawlikowska, T. (2016). Choice and perception of the nursing profession from the perspective of Polish nursing students: a focus group study. BMC medical education, 16 (1), 2-8.

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. (12., überarbeitete. Auflage). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken (6. Auflage). Weinheim: Beltz.

Ministerium des Inneren des Landes Nordrhein-Westfalen. (2019, Oktober). Verordnung zur Durchführung des Pflegeberufegesetzes in Nordrhein-Westfalen (Durchführungsverordnung Pflegeberufegesetz - DVO-PflBG NRW). https://-recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&-vd_id=18001&vd_back=N590&

Prölß, J. & Napp, B. (2015). Führen von verschiedenen Generationen. Konzepte, Methoden, Implementierung. In A. Fischer (Hrsg.), Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus (S. 85-90). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Reimold, S. & Knappich, T. (2021). Gute Arbeit - eine Frage der Generation? Pflegemanagement, 74(1-2), 17-19.

Rohrlack, K. (2012). Personalbeschaffung - kompakt! (1. Auflage). Augsburg: Rainer Hampp.

SINUS-Institut. (2020, April). Sinus- Jugendbefragung: Kindertagesbetreuung & Pfle-geattraktive Berufe? https://www.bmfsfj.de/sinus-jugendbefragung

Schroth, H. (2019). Are You Ready for Gen Z in the Workplace? California Management Review, 61 (3), S. 5-18.

Schubert, P., Beste, J. & Macherey, H. (2019, Februar). Arbeitgeberattraktivität der Pflegdeutscher Krankenhäuser. http://www.schubert-consultants.de/wp1979a-cotent/uploads/2019/07/Ergebnisbericht_Arbeitgeberattraktivitaet_der_Pflege_deutscher_Krankenhaeuser.pdf

Schwingel, M. (2011). Pierre Bourdieu zur Einführung (8. Auflage). Hamburg: Junius.

Verdi. (2015). Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++586e63e0f1b-4cd1221c4bdd0/download/Ausbildungsreport_2015.pdf

Weiß, T.,Meißner, T. & Kempa, S. (2018). Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG): Praxiskommentar. Wiesbaden: Springer.

Weitzel, T., Maier, C., Weinert, C., Pflügner, K., Oehlhorn, C. & Wirth, J. (2020). Generation Z – die Arbeitnehmer von morgen. https://media.newjobs.com/ id/hiring/419/page/Recruiting_Trends_2020/Studien_2020_Generation-Z.pdf

Wilkes, L., Cowin, L. & Johnson, M. (2015). The reasons students choose to under take a nursing degree. Collegian (Royal College of Nursing,Australia), 22 (3), 259-265.

Witt, H. (2001). Strategies in Qualitative and Quantitative Research. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 2(1).

Herausforderndes Verhalten

Ralph ist Anfang 30. Immer wieder erlebt er floride psychotische Episoden. Begleitet werden diese Erfahrungen immer von Verhaltensweisen, die nahestehende Menschen im häuslichen Umfeld als herausforderndes Verhalten erleben. Er hält dann die Nähe anderer Menschen nicht aus. Versuchen sie, seine Einliegerwohnung zu betreten, schmeißt er sie nicht nur aus seinen vier Wänden. Während dieser Phasen hat er eine unglaubliche Ausdauer, wenn es darum geht, seine Wut einfach aus sich herauszuschreien. Dies verängstigt nicht nur die Menschen in seiner Umgebung. Die Menschen um ihn herum halten es kaum aus.

Fachlich nennen wir dies, was Ralph zeigt, herausforderndes Verhalten. Es ist ein Verhalten, das Menschen belastet – ihn persönlich genauso wie die Menschen in seiner emotionalen und räumlichen Umgebung. Dabei stellt sich die Frage, wieso der Terminus der Herausforderung gewählt wird. Verhaltensweisen, wie sie Ralph präsentiert, sind alles andere als eine Aufgabe, die es abzuarbeiten gilt. Wer dies annimmt, wird den Nöten und Sorgen Betroffener gar nicht gerecht. Scheinbar herausfordernde Verhaltensweisen sind vor allem Belastungen. Betroffene wissen es in ihrer Not und in ihrer Krise nicht anders und geben sich den eigenen Gefühlen hin. Sie leiden, genauso wie An-und Zugehörige unter diesem Verhalten leiden. Herausforderndes Verhalten erscheint den Menschen, die es nicht erleben, als skurril, fremd und gelegentlich auch bedrohlich. Dies führt natürlich dazu, dass der Umgang und die Bewältigung herausfordernden Verhaltens zu Überforderungen führen. Geert Bettinger spitzt zu, worum es dabei geht. Die unterstützungsbedürftigen Menschen verfügten einfach nicht über Worte, „um zu sagen, was in ihrem Leben nicht in Ordnung war oder ist“ (Bettinger, 2021, S. 14).

Natürlich stellen sich die Menschen um den Betroffenen die Frage, wie es zu den wirklich auffälligen Verhaltensweisen kommt. Theorien erklären natürlich, dass es um die ausbleibende Befriedigung ganz individueller Bedürfnisse geht. Warum Menschen mit erschütterten Seelen in die Extreme gehen, dies scheint jedoch kaum erklärbar. Es sei denn, man versucht eine radikale Akzeptanz dessen, was einem begegnet.

Blicken wir in die Augen, in die Mimik und die Gestik derjenigen, die sich herausfordernd verhalten, so hören wir den Schrei schon quasi durch die Körpersprache. Die Krise springt uns regelrecht ins Auge. Zunehmend fällt es schwer, sich von auffälligem Verhalten zu distanzieren. Es reißt die Menschen mit, reißt sie in den Strudel, ein Entkommen erscheint nicht möglich. Bettinger schreibt: „Eine mögliche Reaktion wäre, zu denken, dass das aufhören müsse, oder anders gesagt: Der*die Klient*in solle sich anders verhalten, sich an das anpassen, was wir für normal und richtig halten. Meiner Ansicht nach ist das jedoch der falsche Umgang mit einer Situation, mit der wir Schwierigkeiten haben“ (Bettinger, 2021, S. 24).

„Schenke mir Aufmerksamkeit“

Die Betroffenen finden keine Worte, wenn sie die emotionale Ausnahmesituation erleben. Mit dem, was hinlänglich als Problemverhalten bezeichnet wird, senden sie ein Signal. „Sei nicht nur aufmerksam, schenke mir auch Aufmerksamkeit“ – so könnte eine Botschaft lauten, die im Zusammenhang mit herausforderndem Verhalten gesendet wird. Statt Verhalten passiv aggressiv als Komplott, als Angriff zu interpretieren, lohnt es sich, auffälliges Verhalten als Beziehungsangebot zu verstehen.

Der Perspektivwechsel verändert die Sicht auf das Phänomen des auffälligen Verhaltens. Dies ermöglicht den Menschen um einen Betroffenen herum, etwas Abstand zu bekommen. Aus dem Abstand heraus kann anders auf das Erlebnis, die Erfahrung geschaut werden. Dies macht auch den Raum frei, den es zu gestalten gibt, um auffälliges Verhalten angemessen zu beantworten. „Wir müssen innehalten, um weiterzukommen. Wir können den einzelnen Menschen besser kennenlernen, indem wir einfach mal innehalten und bei ihm sind. Wir lernen sein Verhalten besser zu interpretieren, er fühlt sich dadurch mehr von uns gehört und gesehen und muss weniger Signale aussenden“ (Bettinger, 2021, S. 34).

Was heißt es denn eigentlich, einfach bei den Menschen zu sein? Was bedeutet dies für den pflegerischen Alltag mit seelisch erschütterten Menschen? Menschen brauchen Begegnung, Menschen brauchen Austausch. Dies findet manchmal zwischen Tür und Angel, manchmal in einem intensiven Gesprächskontakt statt. Welcher Rahmen gegeben wird, hängt von ganz unterschiedlichen Voraussetzungen statt. Die emotionale Verfassung eines Menschen macht es gelegentlich nur möglich, kurz miteinander zu sprechen. Es reicht vielleicht schon mal ein freundliches Lächeln auf dem Flur und die wertschätzende Frage nach dem aktuellen Wohlbefinden. Es reicht vielleicht auch, manchmal nur auf einem Stuhl sitzend das Warten vor einem entscheidenden Termin mit auszuharren. Es braucht öfters auch Geduld, länger miteinander zu sprechen, um tiefgründig einer Frage nachzugehen oder einem Konflikt auf die Schliche zu kommen.

Kennen Sie die Situationen, in denen Sie sich hilflos und orientierungslos erleben? Sie haben auf die Fragen, die Ihnen gestellt werden, keine Antworten. Sie wissen nicht, wie Sie sich der Aufgabe stellen sollen, der Sie in einem bestimmten Moment begegnen. Verbunden ist diese Erfahrung auf jeden Fall mit dem Gefühl, einfach brüllen zu müssen. Cholerisch veranlagte Menschen neigen

dazu, beispielsweise Gegenstände durch die unmittelbare Umgebung zu werfen oder gegenüber fremden Menschen aggressiv zu werden. Andere Menschen gehen in sich und arbeiten an Lösungen. Wieder andere verzweifeln, gehen in sich, verstecken sich unter einem Panzer, einer Schildkröte gleich.

„Resonanz“

Ralph kennt dies. Er verkriecht sich gewöhnlich unter einer Decke. Von ihm hört man nichts. Dann kommt jedoch auch der Moment, dass die Emotionen aus ihm herausplatzen. Für seine Umgebung wirken die Situationen dann unbeherrschbar. Sein Schreien, seine Unnahbarkeit, seine Gebärden und sein expressiver Körper lassen die Umgebung zurückhaltend werden. Körperliche Distanz ist ein erstes Zeichen einer Entfernung von einem Menschen, der eigentlich der Nähe und Gemeinschaft bedarf.

Der Soziologe Hartmut Rosa hat den Begriff der Resonanz in den gesellschaftlichen Diskurs eingebracht. Dabei geht es darum, die Beziehung des Individuums zu seiner Umwelt zu beschreiben und zu bestimmen. Menschen brauchen Resonanzen, wenn sie mit anderen in den Austausch gehen, nach gemeinsamen Wegen suchen. Gemeinsam nach Pfaden zu suchen, muss sicher damit verbunden sein, mit den Mitmenschen mitzuschwingen. Mitschwingen – dies erinnert daran, dass Menschen beispielsweise beim gemeinsamen Schunkeln nach einem gemeinschaftlichen Rhythmus suchen. Dies ist etwas anderes als das Potential, dass zwei Autos, die immer mehr an Geschwindigkeit gewinnen, aufeinander zufahren und der Crash droht. An diese Situation erinnert so manche Situation in der psychiatrischen Versorgung, wenn das herausfordernde Verhalten seelisch erschütterter Menschen (lediglich) als Symptom und nicht als Ausdruck eines subjektiven Erlebens verstanden wird.

Resonanz verweist noch auf etwas Anderes. Resonanz zielt darauf ab, Gemeinsames zu erarbeiten. Resonanz fordert ein, sein Gegenüber als Mitmenschen zu verstehen. Zu dem Dabeisein kommt das Mitsein hinzu. An der Seite des Weges zu stehen kann damit

Bildungswerk Irsee
www.bildungswerk-irsee.de

Herausforderndes Verhalten gehört zum Alltag in einem psychiatrischen oder psychosozialen Handlungsfeld. Dabei kann herausforderndes Verhalten als unmittelbare Reaktion auf eine stressproduzierende Umwelt oder dysfunktionale Interaktionen verstanden werden, bei der sich Menschen, die von einer seelischen Erkrankung betroffen sind, nicht anders zu helfen wissen.

So stellt der Kurs Tools aus einem Werkzeugkoffer vor, mit dem herausforderndes Verhalten zu einem weniger auffälligen Phänomen werden kann.

Kurs	**2169/23**
Thema	**Herausforderndes Verhalten verstehen und damit umgehen**
Termin	**13. – 15. Februar 2023**
Ort	**Kloster Irsee**

Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.bildungswerk-irsee.de siehe Kurs 2169/22

Wenn Sie in Zukunft keine Hinweise auf künftige Veranstaltungen des Bildungswerks erhalten möchten, können Sie der Nutzung Ihrer E-Mailadresse für diese Zwecke jederzeit widersprechen.

Kursleitung:

Christoph Müller
Psychiatrisch Pflegender, Fachautor, Wesseling

Lisa-Marina Luciani
Stellvertretende Teamleitung in der Allgemeinpsychiatrie, Köln

Bildungswerk des Bayerischen Bezirketags

verbunden sein, bei so mancher Gelegenheit auch nur eine Krücke reichen zu können. Krücken verhindern es, dass jemand allzu sehr ins Stolpern gerät. Sie oder er kann sich in dem Moment jedoch sicher sein, nicht allein zu sein, Begleitung auf einem Weg zu haben.

Immer wieder hat Ralph seine Probleme damit, Medikamente zu nehmen. Aus seiner Sicht schaden Antipsychotika seinem Wohlbefinden mehr als sie nützen. So hadert er in seiner eigenen Häuslichkeit damit, sie regelmäßig zu nehmen. Verzichtet er darauf, so taucht sein herausforderndes Verhalten gehäuft auf. Dies führt dazu, dass die psychiatrischen Praktiker*innen, die ihn begleiten und versorgen, oft vor ihm stehen und die Tabletteneinnahme geradezu einfordern. „Wenn Sie die Tabletten nicht einnehmen, dann geht es Ihnen nicht gut“, lautet ein Satz, den Ralph kennt. „Wenn Sie die Tabletten nicht einnehmen, dann wird dies Konsequenzen haben“, klingt es auch oft in seinen Ohren.

Oft wird unterschätzt, welche Bedeutung Sprache bei dem Aufkommen auffälligen Verhaltens hat. Ralph hat nach Sätzen, die Sanktionen ankündigen, keine Möglichkeiten, von sich aus Kompromisse zu suchen. Dort wo die Grenzen zu scharf gesetzt werden, können Räume nicht gestaltet werden. Subjektive Erfahrungen mit Psychopharmaka, subjektive Schlussfolgerungen aus der Erfahrung mit bewusstseinsverändernden Pharmaka müssen ihren Raum haben.

Sprache nutzen wir, um uns miteinander zu verständigen. Auch Verständigung bedeutet die Suche nach Gemeinsamem. Dies heißt nicht, dass der Eine oder die Andere Recht hat. Die Wahrheit liegt meist sicher in der Mitte, im Kompromiss. Aufeinander zuzugehen kann auch heißen, eine gemeinsame Sprache zu finden. Wenn der Eine brüllt, kann der Andere nicht einfach schweigen. Taucht herausforderndes Verhalten auf, darf es sicher keine Verlierer geben.

„Leuchttürme“

Ein Modell, sich herausforderndem Verhalten zu nähern, kann das Gezeiten-Modell sein, das recovery-orientiert psychiatrische Pflege umsetzen will. Grundlegend heißt es von Phil Barker und Poppy Buchanan-Barker, die das Gezeiten Modell erstmals beschrieben haben: „Alle Menschen sind nicht mehr als ihre eigene Lebensgeschichte – die Geschichte, die sie sich selbst und anderen erzählen, und die Geschichte, die andere über sie erzählen. Im Gezeitenmodell helfen wir Menschen, die Geschichte ihres Zusammenbruchs, ihres Leidens und ihrer Schwierigkeiten zurückzufordern, um ihre Erfahrungen wieder besitzen zu können. Indem sie über sich sprechen, werden Menschen sich stärker bewusst, wie sie leben-und indem sie tun, was getan werden muss, können sie vielleicht über ihre Probleme hinausgelangen in eine neue, von ihnen selbst gestaltete Geschichte“ (Barker & Buchanan-Barker, 2020, S. 30).

Wenn es darum geht, die Geschichte des eigenen Zusammenbruchs zu erzählen, so helfen die vielen Metaphern, die mit den Gezeiten an den Meeren verbunden werden. Barker und Buchanan-Barker sehen die Menschen im Laufe ihres Lebens in einem Ozean der Erfahrungen. Wer sich auf einem Ozean bewegt, der braucht Orientierungspunkte. Leuchttürme sind solche Orientierungspunkte bei den Reisen über die Weltmeere. So wie in der Schifffahrt brauchen die Menschen in ihrem Alltag Orientierungslinien. Menschen, die auffälliges Verhalten zeigen, haben ihre individuellen Orientierungslinien verloren. Davon ist auszugehen. Sie sehen im Moment keine Leuchttürme, bewegen sich eher im Nebel und brauchen die Unterstützung von Radaren. Da ihre Seelen erschüttert sind, gelingt es ihnen nicht, sich auf ihre Gefühle und ihre Intuition zu verlassen.

So geraten die betroffenen Menschen in einen Sturm, können sich den Wellen und den Winden nicht mehr erwehren. Der Versuch, die eine oder andere Rettungsboje zu packen, misslingt, da beispielsweise psychiatrische Praktiker*innen dazu neigen, Menschen mit herausforderndem Verhalten zu Verhaltensanpassungen aufzufordern anstatt ihnen empathisch zu begegnen, das Verstehen der Erschütterungen in den Vordergrund zu rücken und die Signale, die durch das Verhalten gesendet werden, zu ignorieren.

Sinn des Gezeiten-Modells ist es, den Menschen zu helfen, eigenständig auf ihr Schiff zu gehen. Mehr noch, sie sollen in die Lage kommen, selbst wieder zum Kapitän zu werden, der oder die einen eigenen Kurs bestimmt und durch alle Stürme navigiert. Apropos Stürme: Herausforderndes Verhalten kann sicher als Endpunkt, als Höhepunkt einer fatalen Entwicklung verstanden werden. Es drückt aus, was die oder der Einzelne an Hilflosigkeit während der Schifffahrt erlebt. Beim auffälligen Verhalten erleben sich Menschen mitten im Sturm. Sie fürchten, den Boden unter den Füßen vollständig zu verlieren.

In der Begegnung mit den Betroffenen kann es sich lohnen, die Ge-

witter und die Fluten aufzuspüren. Es macht Sinn, gemeinsam mit den Betroffenen zu schauen, wo denn eigentlich die ruhigen Gewässer sein können, wo die Häfen sind, in denen die Menschen ihre Ruhe finden und sich wohl fühlen.

Auffälliges Verhalten als Symptom einer (psychiatrischen) Erkrankung zu verstehen, wird dem Phänomen und noch weniger den Menschen gerecht. Schließlich erleben alle Menschen Momente des Sturms und der Fluten sowie Zeiten der Ebbe, in denen sie Ruhe finden. Deshalb gilt es, sich bei auffälligem Verhalten zurückzunehmen, mit feinen Sensoren nachzuspüren, was die Menschen bewegt. Es ist sicher nicht angebracht, den Betroffenen das Gefühl zu geben, dass man selbst besser weiß, was ihr oder ihm gut geht oder lediglich in der Gabe von Bedarfsmedikamenten eine Lösung zu sehen.

Ralph hat mit einem Freund einen Begleiter, der sich immer wieder seinen Stürmen stellt. Der Freund macht ihm keine Vorwürfe, wenn es wieder zu arg im Miteinander wird. Vielmehr setzt er sich mit Ralph an einen Tisch, sucht das Gespräch und regt an, gemeinsam zu schauen, was schlecht gelaufen ist und angepasst werden kann.

Literatur

Barker, P. & Barker-Buchanan, P. (2020). Das Gezeiten-Modell. Bern: Hogrefe.

Bettinger, G. (2021). Innehalten, um weiterzukommen – Ein anderer Blick auf Problemverhalten. Tübingen: dgvt.

Böhme, G. (2019). Leib – Die Natur, die wir selbst sind. Berlin: Suhrkamp.

Hejlskov Elven, B. & Abbild, S. (2020). Herausforderndes Verhalten psychisch erkrankter Menschen. Bern: Hogrefe.

Huber, S. & Calabrese, S. (2022). Herausforderndes Verhalten in stationären Einrichtungen – Konzeptionelle, methodische, organisationale und rechtliche Zugänge. Stuttgart: Kohlhammer.

Nancy, J.L. (2019). Körper. Wien: Passagen.

Autorin

Lisa-Marina Luciani
arbeitet als Pflegefachfrau in der Akutversorgung seelisch erkrankter Menschen, Köln

Autor

Christoph Müller
psychiatrisch Pflegender, Redakteur "Psychiatrische Pflege" (Hogrefe-Verlag), Fachautor

arscurae@web.de

Psychopharmaka-behandlung aus anderer Sicht

Hilde Schädle-Deininger / Christoph Müller (Hrsg.)

Praxisbuch Pflege und Psychopharmaka

2023. 248 S., 8 Abb., 11 Tab., Kt
€ 32,95 (DE) / € 33,90 (AT) / CHF 45.50
ISBN 978-3-456-86164-7
Auch als eBook erhältlich

Das Praxishandbuch beschreibt, diskutiert und reflektiert die Nutzung von und die Erfahrungen mit Psychopharmaka in der psychiatrischen Praxis aus Sicht der Professionellen, aus der Perspektive von Pflege und Medizin sowie der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen.

Das interdisziplinäre Autorenteam

- klärt Begrifflichkeiten wie Compliance, Adhärenz und Krankheitseinsicht sowie Empowerment, Recovery, Resilienz und Wohlbefindungen im Kontext der medikamentösen Behandlung
- führt in die Grundlagen, Indikation, Wirkungen, Nebenwirkungen der Psychopharmakatherapie ein
- beschreibt Aufgaben, Entscheidungsprozesse und Rollen im Behandlungsteam bei der Bedarfsmedikation, Verordnung und Verabreichung von Psychopharmaka
- geht von der Annahme aus, dass Psychopharmaka psychiatrische Erkrankungen nicht ursächlich, sondern primär symptomatisch behandeln
- stellt die praktischen Besonderheiten der Psychopharmakabehandlung bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsene und alte Menschen entlang der Lebensspanne dar
- beschreibt die Anwendungspraxis und -besonderheiten in teilstationären, stationären, ambulanten und komplementären Settings
- zeigt, wie Pflegende Patienten unterstützen, um Medikamente abzusetzen oder zu reduzieren, mit unerwünschten Nebenwirkungen umzugehen, Behandlungsvereinbarungen zu treffen und das Medikamentenmanagement vor der Entlassung vorzubereiten und zu planen.

hogrefe

(C) Vegefox.Com

„Gewalt macht den Menschen zur Sache.“

Simone Weil (1909.1943)

Vor einiger Zeit sind wir beide über das Thema Sicherheitsdienst und unsere unterschiedlichen Erfahrungen ins Gespräch gekommen und haben uns ausgetauscht. Gemeinsam wollen wir einige Aspekte festhalten und zur Diskussion anregen. Dazu dienen die Fragen, die Brigitte Richter sich und mir gestellt hat.

Hilde Schädle-Deininger Seit in der psychiatrischen Versorgung, vor allem in der Akutpsychiatrie mehr Sicherheitskräfte von Pflegekräften eingesetzt und auch eingefordert werden, stellt sich mir die Frage: Können Sicherheitsdienste Pflegekräfte ersetzen? Häufig ist die Antwort, wenn pflegerische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in psychiatrischen Kliniken gefragt werden, warum Sicherheitsdienste zum Einsatz kommen, dass ein wesentlicher Grund zu wenig anwesendes und psychiatrisch schlecht qualifiziertes Personal sei. Vor diesem Hintergrund muss die Frage erlaubt sein, ob unter diesen Umständen eine adäquate Versorgung überhaupt stattfinden kann, wenn nicht eine umfassende pflegerische Begleitung und Betreuung möglich ist? Diese Tatsache kann durchaus als gravierender Pflegefehler bezeichnet werden.

Geht es in akuten psychischen Krisen nicht darum, dass der oder die Betroffene besonders verletzlich ist, häufig emotional angespannt und in seiner bzw. ihrer Wahrnehmung eingeschränkt und Situationen anders deuten und gerade vor dem angedeuteten Hintergrund fachliche Orientierung benötigt? Muss es in solchen Situationen nicht um ein besonderes Maß an Fachlichkeit und Menschlichkeit sowie eine individuelle situative Einschätzung gehen, um einen besonderen Schutz der Person, aber auch um kreative am Einzelnen orientierte Möglichkeiten des Handelns und gemeinsame Lösungsschritte gehen? Deshalb nützen im Alltag deeskalierende theoretische Ansätze nur dann, wenn sie nicht nur technisch angewandt sind, sondern eingebettet in eine (Grund-)Haltung und entsprechend reflektiertes individuell orientiertes Verhalten.

Brigitte Richter Seit mindestens drei Jahren ärgert es mich, dass in vielen Kliniken auf psychiatrischen Stationen Sicherheitsleute angestellt sind - offiziell zum Schutz des leider oft unterbesetzten Pflegepersonals vor gewalttätigen Patient*innen. Tatsächlich werden Sicherheitsleute auch für andere Aufgaben eingesetzt, z. B. beob-

achten sie fixierte Patient*innen am Monitor anstelle von nicht vorhandenen Sitzwachen.

Ich habe mich als Außenbeauftragte von Pandora e. V. Nürnberg beim Bezirk Mittelfranken darüber beschwert und über gute Kontakte angeregt, dass in allen bayerischen Bezirkskliniken eine Umfrage dazu veranlasst wurde. Ein Ergebnis war, dass in mittelfränkischen Bezirkskliniken die meisten Sicherheitsdienste beschäftigt sind, während Niederbayern ganz ohne Sicherheitsleute auskommt. Ich kann aber nicht glauben, dass mittelfränkische Patient*innen gefährlicher sein sollen als niederbayerische!?

Ganz abgesehen davon bin ich als Betroffene empört, wenn auf diese Weise wieder der Stigmatisierung von akut psychisch kranken Menschen als gewalttätig von Kliniken Vorschub geleistet wird, die sich gleichzeitig der Anti-Stigma-Arbeit verschrieben haben! Ich hatte bisher auch eine ganz andere Vorstellung von Pflegefachkräften als das Bild, das mir jetzt in Gesprächen mit den Verantwortlichen vermittelt wurde. Bei mir sind viele Fragen aufgetaucht.

Betrachtung

Brigitte Richter Sind Pflegefachkräfte wirklich so hilflos gewalttätigen Patient*innen ausgeliefert wie mir gesagt wurde? Wenn ja, liegt das an der schlechten Ausbildung der Pflegefachpersonen, an zu wenig qualifiziertem Personal, an Unterbesetzung der Stationen, an zu wenig Zeit für Patient*innen wegen zu vieler Dokumentation, an zu wenigen finanziellen Mitteln oder an allem zusammen?

Hilde Schädle-Deininger Seit Jahrzehnten wird diskutiert, dass die Pflegeausbildung in Deutschland international angepasst werden sollte. Ein weiterer Punkt ist die Personalzusammensetzung im pflegerischen Bereich. Nicht alle Tätigkeiten benötigen hochqualifiziertes Wissen. Das Ineinandergreifen unterschiedlicher Schwerpunkte im Bereich der pflegerischen Tätigkeiten machen eine umfassendes Hilfs-, Betreuungs- und Begleitungsangebot erst möglich. Die Dokumentationsanforderungen haben sich verändert und sind einerseits umfangreicher geworden, andererseits stehen auch zeiteinsparende Hilfsmittel zur Verfügung. Die einzelnen Aspekte in der Frage greifen alle ineinander und müssten im Zusammenhang grundlegend aufgearbeitet werden.

Brigitte Richter Sind junge Pflegefachkräfte wirklich so ängstlich, dass sie sich nicht ohne „Beschützer“ in die Nachtschicht trauen und lieber kündigen als auf einer Akutstation zu arbeiten? Gibt es nicht genügend Ausbildung in oder regelmäßige Übung von Deeskalationsmaßnahmen? Und welches Bild von akut psychisch erkrankten Menschen wird denn in der Ausbildung gelehrt?

Hilde Schädle-Deininger Ethische Grundsätze und Menschenbilder sind internationale Grundlagen in der Pflege und sind im Ethik-Kodex des Weltbundes der Krankenpflege (ICN = International Council of Nurses) festgelegt und zeigt sich in einer dem Menschen zugewandten Grundhaltung als Grundlage des beruflichen Handelns. Die pflegerisch-ethische Grundhaltung zeigt sich in der psychiatrischen Pflege vor allem beispielsweise am Interesse des subjektiven Erlebens des Einzelnen, an einer wertschätzenden Haltung und individuellen Begleitung.

Die pflegerische Ausbildung ist ganz allgemein darauf ausgerichtet, dass in unterschiedlichen Fachdisziplinen gearbeitet werden kann. Es geht darum in der Ausbildung verschiedene Arbeitsbereiche kennenzulernen, um sich dann zu entscheiden, welche Fachrichtung eingeschlagen wird. Von daher wird in der Ausbildung auch ein Grundstock für die Psychiatrie gelegt, die Vertiefung muss jedoch danach erfolgen. Eine Weiterbildung analog zum Facharzt wird vielen Kliniken in der Pflege jedoch nicht obligatorisch eingefordert.

Deeskalierende Methoden und die dazu gehörende regelmäßige Auffrischung sowie eine selbstverständliche Reflexion und Dokumentation „besonderer Vorkommnisse“ gehören von daher in jedes Stationskonzept und müssen von den Pflegefachpersonen erarbeitet und eingefordert werden.

Brigitte Richter Wollen Pflegefachkräfte nur noch für Therapie da sein und sind deshalb unfähig, mit Aggression umzugehen, so dass dafür Sicherheitsleute abgestellt werden müssen? Ich kann mir nicht vorstellen wie ganzheitliche Beziehungspflege aussehen soll, wenn sie nicht auch die Schattenseiten einer Beziehung aushält. „bad cop, good therapist?“

Hilde Schädle-Deininger Zunächst muss festgehalten werden, dass Sicherheitskräfte und Pflegekräfte unterschiedliche Tätigkeitsfelder haben. Es geht im Kontext des Einsatzes in der Psychiatrie um die Frage, ob da ein Bestandteil der psychiatrischen Problemstellung „wegrationalisiert“ werden soll.

Im psychiatrischen Alltag gehört es zu den pflegerischen Aufgaben

sich auch mit den „Schattenseiten“ der Psychiatrie auseinanderzusetzen und fachlich zu begegnen sowie schwierige Situationen zu meistern. Das schließt nicht aus, dass es sehr selten Konstellationen gibt, wo Hilfe von außen, z. B. durch Sicherheitsdienste und Polizei beansprucht wird oder werden muss und als hilfreich erlebt wird.

Zu einer umfassenden psychiatrischen Pflege gehört, dass sie Aggressionen und sich anbahnender Gewalt rechtzeitig wahrnimmt, fachkompetent begegnet und entsprechend handelt.

Die Frage erinnert daran, dass Therapie höher bewertet wird als Pflege. Das liegt teils auch daran, dass häufig in Grund- und Behandlungspflege unterschieden wird. Pflege ist nicht teilbar! Die sozialrechtliche Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege widerspricht der psychiatrisch-pflegerischen Berufsauffassung und dem Versorgungsbedarf von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Psychiatrische Pflege geschieht umfassend und mit ganzheitlichem Blick auf den Betroffenen. Zentrale Ansatzpunkte sind Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung, Alltagsbewältigung und Milieugestaltung, Begleitung bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, Da-Sein, Dabei-Sein usw.

Pflege wirkt therapeutisch, ist jedoch keine eigene Therapie, sondern ist z. B. für das umfassende Wahrnehmen der Grundbedürfnisse des einzelnen Menschen zuständig. (Psychiatrische) Pflege hat ihr eigenes theoretisches Wissensspektrum, Grundlagen des fachlichen Handelns und Konzepte. Spezifische therapeutische Ansätze erfordern eine Zusatzqualifikation.

Brigitte Richter Stimmt es wirklich, dass Patient*innen immer aggressiver werden und wenn ja, woran liegt das dann? Sind fehlende Wohnmöglichkeiten außerhalb der Klinik ein Grund, weswegen besonders aggressive Patient*innen nicht aus der Klink entlassen werden können (sog. „Langlieger“)? Kann es nicht auch am Stationsmilieu oder an Leerlauf innerhalb der Behandlung liegen oder an entgegengebrachtem Misstrauen (selffulfilling prophecy)?

Hilde Schädle-Deininger Was sicher in der Auseinandersetzung mit Aggressionen und Gewalt im Blick behalten werden muss ist die Tatsache, dass – wenn ein Ergebnis der Psychiatrie-Enquête von 1975 „Ambulant vor stationär“ ernst genommen wird, natürlich im stationären Bereich mehr Leid und akute Nöte zum Tragen kommen, da wo immer es geht, Hilfe im außerstationären Bereich angeboten wird. Dadurch wird im stationären Bereich häufig nicht mehr wahrgenommen, dass es eine kleine Gruppe von psychisch Erkrankten ist, die aus unterschiedlichen Gründen in Ausnahmezustände geraten. Rechtzeitiges Wahrnehmen, wo es erkennbar ist, sowie entsprechendes Handeln kann Eskalationen präventiv begegnen.

Ein weiterer Aspekt ist sicher, dass im Bereich des Wohnens den unterschiedlichen Bedarfen des einzelnen psychisch erkrankten Menschen häufig zu wenig flexible, individuelle und kreative Lösungen zur Verfügung stehen und bei Bedarf vorgeschlagen werden können. Die Gestaltung eines förderlichen Milieus mit den entsprechenden Zielen wird häufig unterschätzt, ebenso wie tagesstrukturierende Angebote jeglicher Art.

Eine wenig Recovery-orientierte Haltung, die davon ausgeht, dass Gesundung möglich ist, vor allem bei immer wieder behandlungsbedürftigen Personen, ist schädlich und behindert Wiedererlangen von Wohlbefinden, Selbstheilung und persönliche Entwicklung.

Brigitte Richter Weiß man überhaupt, wie die Patient*innen auf Sicherheitsleute reagieren? Sind sie gefragt worden? Was macht es mit Patient*innen, wenn sie von dunkel uniformierten Sicherheitsleuten niedergerungen werden, die keine Ahnung von psychischen Erkrankungen haben? Ich könnte mir auch vorstellen, dass Sicherheitsleute von vielen Patient*innen im Beziehungswahn auf sich selbst bezogen werden und Angst erzeugen.

Hilde Schädle-Deininger Mir ist bisher keine Untersuchung dazu bekannt. Eine solche wäre dringend geboten und sollte trialogisch erforscht werden, vor allem im Hinblick darauf, was hilfreich ist und was absolut nicht.

Einzelne Aussagen von Patient*innen sind mir wohlbekannt, die das als zusätzlich beängstigend erlebt haben. Diesbezüglich sollte jedoch ehrlichkeitshalber auch festgehalten werden, dass diese Aussage auch auf Gewaltsituationen ohne Sicherheitsdienste zutrifft, dass es um „Überwältigung“ geht und häufig, vor allem von Patientinnen mit einer Vergewaltigung verglichen werden.

Dass solche außergewöhnlichen gewaltsamen Erlebnisse ins Krankheitsgeschehen – ganz gleich wer beteiligt ist – einbezogen werden können, liegt in der Natur der Sache.

Wenn sich Zwang manchmal aus

der Situation heraus nicht vermeiden lässt, ist es geboten, dass psychiatrisch gut qualifizierte Mitarbeitende handeln, vor allem muss es ganz selbstverständlich sein, dass eine solche Maßnahme mit allen Beteiligten nachbesprochen und analysiert wird, um künftig vorzubeugen und ggf. auch Alternativen zur Hand zu haben, die mit der/dem einzelnen Betroffene(n) ausgehandelt und festgelegt sind.

Brigitte Richter Gibt es nicht Möglichkeiten, entstehende Gewalt vermeiden zu helfen? Ich denke da an wohnlichere Stationen, Möglichkeiten für Patient*innen ins Freie zu gehen, an ein gesundungsförderndes Stationsklima, ein abwechslungsreiches Therapieangebot, vor allem aber an bezahlte Zeit für freundliche Zuwendung durch das Personal, weil das bei psychischen Erkrankungen wie Angsterkrankungen oder Depressionen mindestens ebenso gut hilft wie Medikation. Vor allem sehe ich hier eine gute Gelegenheit, passende Peers auf den Stationen mitarbeiten zu lassen. Expert*innen aus Erfahrung könnten doch durchaus dabei helfen, Aggressionen zu mindern.

Hilde Schädle-Deininger Eine bedarfsgerechte Psychiatrie orientiert sich an den einzelnen Aspekten dieser Frage. Dass zur Umsetzung genügend Zeit gehört, um der einzelnen Person mit psychischen Problemen gerecht zu werden, ist Voraussetzung. Allerdings bin ich nicht davon überzeugt, dass freundliche Zuwendung von bezahlter Zeit allein abhängig ist, sondern wesentlich von der (Grund-)Haltung als Basis des beruflichen Selbstverständnisses und Handelns.

Die Frage ist, ob eine umfassende bedarfsgerechte Versorgung psychisch erkrankter Menschen nur flächendeckend gelingen kann, wenn wir wieder mehr darüber nachdenken, dass sich ein Gesundheits- und Sozialwesen nicht privatwirtschaftlich rechnen lässt und trotzdem ökonomisch arbeitet muss als Bestandteil der staatlichen Daseinsvorsorge.

Der zweite Punkt, der angesprochen ist, bedeutet, dass die Expertise der unterschiedlichen Berufsgruppen gefragt ist und dass es ein umfassendes Angebot an Hilfen geben muss und auch Alternativen aufgezeigt werden müssen. Das geht nur wenn Experten aus Erfahrung und Miterleben maßgeblich mit einbezogen werden. Die Beteiligung von Peer als fester Bestandteil eines Teams muss ein Qualitätskriterium psychosozialer Arbeit sein.

Alltagserfahrungen und verschiedene Untersuchungen zeigen auf, dass das Klima, die Atmosphäre, das Milieu einer Station u. a. zentral bestimmt wird von den Räumlichkeiten, der Qualifikation, Grundhaltung und Anzahl der Mitarbeiter*innen und der Anzahl der zu betreuenden Patienten.

Als Ergebnis gibt es weitere Fragen

„Die sicherste Tür ist die, die man offen lassen kann.“ (aus China)

Diese wenigen Fragen sollen die weitere Diskussion durchdringen und den Diskurs anregen°:

Ist unter den derzeitigen Bedingungen, auch den personellen, der selbstverständliche Einsatz von Sicherheitsdiensten in psychiatrischen Kliniken wirklich erforderlich, welche andere Lösungsmöglichkeiten gibt es?

Konzepte und theoretische Grundlagen für eine qualitativ gute und umfassende psychiatrisch-psychosoziale Versorgung gibt es zuhauf - auch im Umgang mit Ag-

Autorin

Brigitte Richter
Psychose-erfahren, Außenbeauftragte von Pandora Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener e.V., Nürnberg, Ergotherapeutin

Autorin

Pflegewirtin Doz.in Hilde Schädle-Deininger
Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Diplom-Pflegewirtin, Fachkrankenschwester für Psychiatrische Pflege und Fachbuchautorin
schaedle-deininger@t-online.de

gressionen und zur Vermeidung von Zwang mit den dazugehörenden präventiven Konzepten und Maßnahmen. Wir können sie zum selbstverständlichen Bestandteil psychiatrischen Handelns werden?

Wie kann der trialogische Diskurs in der stationären psychiatrischen Versorgung so weiterentwickelt werden, dass er als hilfreich erlebt wird, welche Schritte sind dazu notwendig?

Wie kann die Gesellschaft, die Öffentlichkeit mehr für psychische Erkrankungen sensibilisiert werden, um gemeinsam Stigmatisierung entgegenzuwirken und Inklusion zu befördern?

„Wir sind nicht nur für das verantwortlich, was wir tun, sondern auch für das, was wir widerspruchslos hinnehmen.“ (Arthur Schopenhauer 1788-1860)

imc | FH KREMS

NEU
NÖ PFLEGE-AUSBILDUNGS-PRÄMIE

Pflege studieren in Mistelbach

JETZT BEWERBEN

Vom Kinderwunsch bis zum Lebensende - begleiten Sie Menschen auf deren Lebensweg. Die Werkzeuge dazu erhalten Sie in unserem Bachelor-Studium Gesundheits- und Krankenpflege.

@fhkrems @imcnurse

Alle Studiengänge im Überblick:
www.fh-krems.ac.at

Christoph Zulehner

MESH – Die Evolution der Zusammenarbeit

Warum vernetzte Kompetenz mehr ist als bloße Kooperation

SACHBUCH

Springer

xtention
IT with care.

VIVENDI® ASSIST

Die Plattform für das digitale Zeitalter

Die neue VIVENDI® Assist Plattform ist Ihr einfacher Zugang zur digitalen, vernetzten und kooperativen Welt der Sozialbranche. Sie verbindet Einrichtungen, Institutionen, Dienstleister sowie das Internet der Dinge mit VIVENDI®, indem sie digitale Services gebündelt zur Verfügung stellt. Das ermöglicht Kooperation und Vernetzung mit Partnern und bindet einfach und vor allem sicher Apps, Portale, Services und Geräte ein. Mit der VIVENDI® Assist Plattform stellen Sie online Ihr persönliches Service-Portfolio zusammen und kombinieren Funktionsbausteine genau so wie Sie es brauchen.

Die VIVENDI® Assist Plattform ist cloudbasiert. Das spart Rechenkapazität und sorgt für eine hohe Ausfallsicherheit. Weil technische Neuerungen zentral bei Connext eingespielt werden, stehen Nutzern von allen Devices immer die aktuellen Versionen zur Verfügung. Die Plattform ist flexibel skalierbar und dank Standardschnittstellen mit anderen Cloudlösungen kombinierbar.

So verschmelzen unsere Software VIVENDI® und die neue Plattform VIVENDI® Assist zu einer innovativen Lösung, mit der Sie die Chancen der Digitaliserung für sich nutzen können. Mehr noch: Werden Sie ein aktiver Teil der vernetzten Welt von morgen!

DIE SERVICES IM ÜBERBLICK

Einfach, digital, vernetzt!

- Die VIVENDI® Assist App für Angehörige, Ärzte und Klienten
- Für die reibungslose Kommunikation mit Dritten (Ärzten, Pflege- und Betreuungskräften, Angehörigen und dem Klienten); frei erhältlich im Google-Play-Store
- Menüservice App für Klienten zur eigenständigen Essensbestellung per Smartphone – mobil, an jedem Ort und zu jeder Zeit
- Vernetzung mit Institutionen
- Anbindung an Portale
- IoT-Connector – Schnittstelle zum Internet der Dinge
- Digitale Assistenten – Unterstützung dank Sprachsteuerung
- Katalogservices – Tarif- und Leistungskataloge immer aktuell
- Cloud-Backup-Service – sicher und flexibel
- Nextcloud – die kollaborative Cloud zum Selberhosten

Ihr Ansprechpartner:

Georg Samhaber | Sales Clinical & Care Solutions
+43 7242 2155 6313 | georg.samhaber@x-tention.at
x-tention.com

hpsmedia

CareLit®

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de