Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Sommer 2023

pflegenetz

präsentiert

pflege kongress 23

12. und 13. oktober 2023
austria center vienna

new care: international:gemeinsam Herausforderungen meistern!

JUSTIZBETREUUNGSAGENTUR
FACHPERSONAL FÜR DIE ÖSTERREICHISCHE JUSTIZ

BAG Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt

OÖG Oberösterreichische Gesundheitsholding

MEETING DESTINATION VIENNA NOW ◆ TOGETHER

Arbeiter-Samariter-Bund Österreich

pflegenetz

Österreichische Gesundheitskasse

AK Österreich

Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Bildung & Management

05 Digitale Innovationen in der Pflege „Wir stehen unter Zeitdruck“
Brigitte Teigeler

09 Warum ausländische Pflegende so lange Zeit brauchen, um hier anzukommen
Prof.in Dr.in Angelika Zegelin

13 Personenzentrierte Führung in der Pflege
Georg Vogel
Tobias Münzenhofer

19 Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen im Fokus – nur etwas für gute Zeiten?
Dr.in Doris Pfabigan

27 Lebensqualität in der Langzeitpflege - „Es braucht nicht mehr- es braucht anderes“
Dr.in Doris Pfabigan

33 Pflegebezogene Lebensqualität messen mit ASCOT: für jeden Einsatzzweck das richtige Erhebungsinstrument
Dr.in Birgit Trukeschitz
Assma Hajji, MSc.

39 Innerbetriebliche Bildung in der Pflege braucht klare Ziele
Mario Seckar

45 Das pflegerische Berufsbild zukunftsfähig entwickeln
Hilde Schädle-Deininger

61 Pflege in Social Media Die digitalen Influencer aus dem Pflegeberuf

Pflegegeschichte

67 Der lange Weg zur Etablierung der Pflegewissenschaft an österreichischen Universitäten
Univ.Prof.in Dr.in Elisabeth Seidl
MMag.a Dr.in Ilsemarie Walter

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) peopleimages.com

(C) 2023 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

Christoph Zulehner

MESH – Die Evolution der Zusammenarbeit

Warum vernetzte Kompetenz mehr ist als bloße Kooperation

SACHBUCH

Springer

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserinnen und Leser,

Dies ist die erste Ausgabe, die rund 2 Monate zu spät erscheint. Durch unterschiedliche Ereignisse, die wir zu Beginn ein wenig unterschätzt habe, ist es zu einer Aneinanderreihung an Vorfällen und ToDo‘s gekommen, die wir nicht abschätzen konnten. Doch die Ausgabe ist dadurch nicht weniger interessant geworden.

Unterschiedlichste Themen, die von verschiedenen Autor:innen behandelt werden bieten wieder eine Vielfalt an Lesestoff. Die Pflege ist und bleibt ein bunter Blumenstrauß an Optionen, egal wie „herausfordernd“ gerade die Arbeitssituation ist. Es ist nicht der Beruf, der zum Ausstieg bewegt, es sind die Rahmenbedingungen. Dies ist natürlich in der Aussenkommunikation nicht immer leicht zu trennen. Wie beschreibt man etwas, was absolut genial ist, aber die Bedingungen es unmöglich machen? Zeigt man nur die eine Seite auf, ist es einfach nur ein „Schönreden“, deutet man nur auf die andere Seite, ist es ein unattraktiver Beruf, in den nur wenige wollen. Wie also auf Missstände und genialen Zukunftsweg gleichzeit deuten? Eine Aufgabe, die es für uns alle zu meistern gilt.

Umso mehr freuen wir uns, 2024 wieder einen sehr großen Kongress in Österreich durchführen zu dürfen. Diesmal geht es um „Gemeinsam in die Zukunft“, eine Veranstaltung, die diesmal mit anderen Berufsgruppen aufzeigen soll, dass wir im Gesundheitswesen wirklich alle benötigen und das ein „Miteinander“ ein verpflichtender, aber auch interessanter Weg ist, die Zukunft zu meistern. Hier haben bereits viele berühmte Expert:innen aus der ganzen Welt zugesagt und das Line-Up der Vortragenden wird sich noch verdreifachen. Abends gibt es dann Veranstaltungen a la „Poetry Slam“, Hiphop Konzerte und Diskussionsrunden. Ist dies vielleicht ein guter Weg nach aussen zu kommunizieren?

Vielleicht haben Sie ja Lust bei diesem Event dabei zu sein, mit uns Vorort direkt zu diskutieren, gemeinsam mit Expert:innen aus der ganzen Welt zu fachsimpeln. Dann sind Sie herzlich willkommen. www.kongresskrems.at

Doch nun beginnen wir mit Phase 1: Interessantem Lesestoff, der sich vielleicht im Alltag ein wenig bereichert oder begeistert.

Viel Spaß beim Lesen
Markus Golla

Markus Golla
Herausgeber

Digitale Innovationen in der Pflege „Wir stehen unter Zeitdruck“

Was können Robotik und Künstliche Intelligenz künftig in der Pflege leisten? Wo sind Chancen und Grenzen? Und was ist die Rolle der Pflegenden? Ein Gespräch über die Zukunft digitaler Innovationen mit Patrick Jahn.

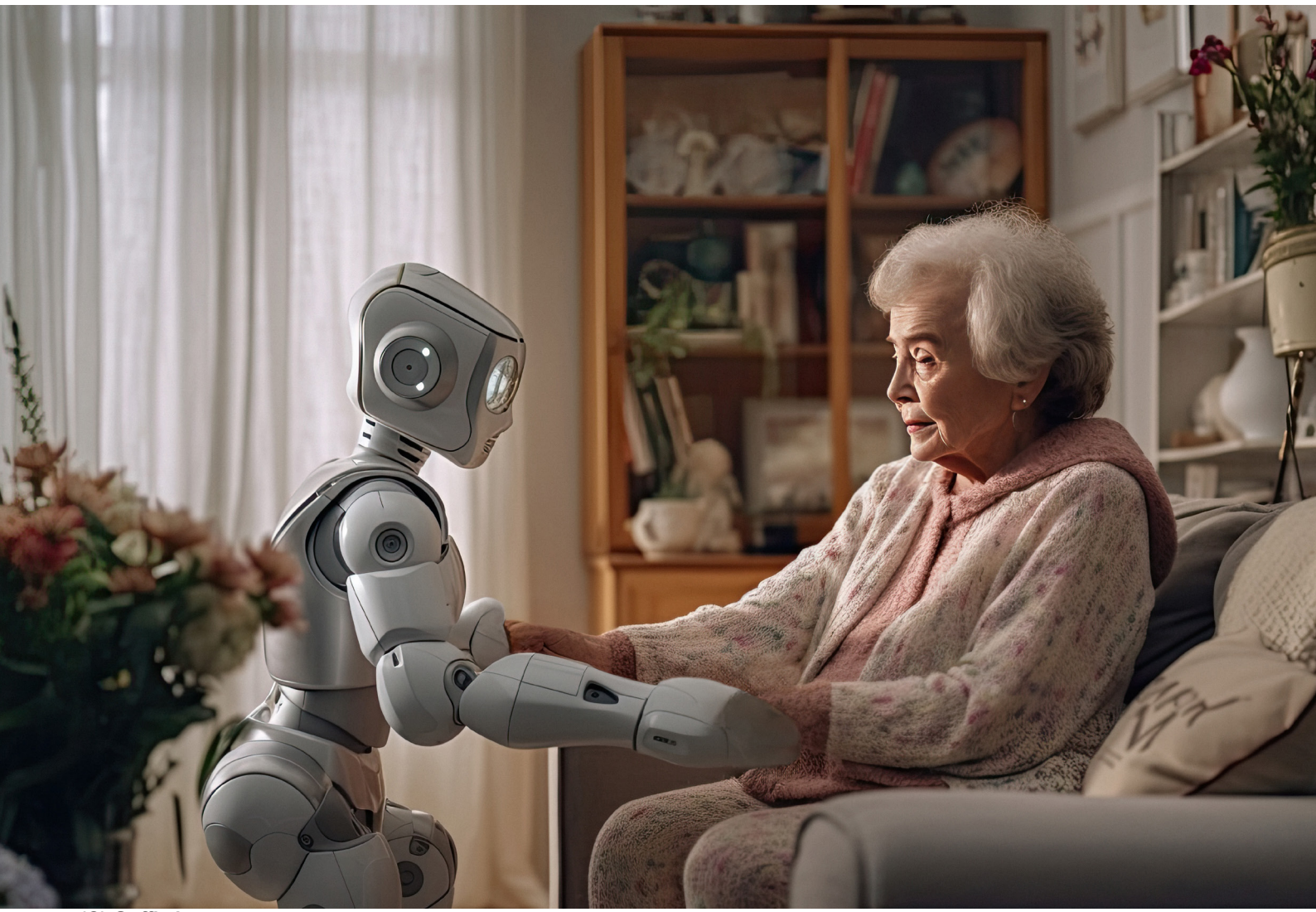
Prof. Dr. Patrick Jahn ist Pflege- und Gesundheitswissenschaftler und Inhaber der Professur „Versorgungsforschung – Pflege im Krankenhaus“ an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Er gehört dem Kuratorium der B. Braun-Stiftung an und begleitet die jährliche Pflege-Pitch-Session auf der Fortbildung für Pflegende.

Herr Professor Jahn, wo steht Deutschland im Bereich der digitalen Innovationen auf einer Skala von 1 – ganz schlecht – bis 10 – optimal?

Ich denke – so pauschal gesagt –, sind wir irgendwo im Mittelfeld. Die Ausgangssituation ist gut: Die Pflegenden bringen eine hohe Aufgeschlossenheit für digitale Innovationen mit und Einrichtungen beginnen, in diesen Bereich zu investieren – auch finanziell gefördert durch die Politik. Wo es in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern am meisten hängt: Die vorhandenen digitalen Systeme sind untereinander noch nicht ausreichend vernetzt.

Was bedeutet das?

Wir haben in den einzelnen Ein-



(C) Goffkein

(C) Frank Schinski

richtungen, vor allem in den Kliniken, zwar oftmals ein hohes Maß an digitaler Dokumentation erreicht, aber noch häufig können diese Daten nicht miteinander geteilt werden. Ein großer Vorteil der Digitalisierung wäre ja, diese Daten für alle Sektoren zugänglich zu machen und durch die gemeinsame Nutzung auch eine tatsächliche Entlastung zu haben. Im Moment sind wir in einer Zwischenphase, wo viele Dinge doppelt und dreifach erfolgen, weil diese digitale Vernetzung fehlt. Das schafft Frust. Daher braucht es klare Vorgaben, die eine Interoperabilität – also die Fähigkeit eines Systems, mit anderen Systemen zu kommunizieren – forcieren. Hier haben wir gegenüber anderen Ländern noch Nachholbedarf.

Können Sie ein Beispiel nennen, wie so eine digitale Vernetzung aussehen könnte?

An unserer Universität forschen wir zum Beispiel, wie die Zugänglichkeit von Medikamenten in ländlichen Regionen verbessert werden kann. Hier sind mittlerweile drohnen-basierte Medikamentenlieferungen möglich. Eine Drohne von A nach B zu schicken, ist ein einfacher Schritt. Viel herausfordernder ist es, dazu einen vernetzten Versorgungsprozess zu konstruieren – von der digitalen Konsultation mit dem betreuenden Arzt über die Einbindung des ambulanten Pflegedienstes und des Apothekers bis hin zur App, in der die Medikamentenlieferung mit dem Patienten geteilt wird. Erst wenn ein guter, aufeinander abgestimmter Prozess festgelegt ist, bietet eine Medikamentenlieferung mittels Drohne für alle Beteiligten einen wirklichen Mehrwert.

Wie könnten Pflegende davon profitieren?

Bei der Medikamentenversorgung von Palliativpatient:innen könnten Drohnen zum Beispiel als schneller Zustellungsweg eingesetzt werden. Dazu planen wir gerade ein Projekt in Dessau und Umgebung. Die beteiligten Pflegenden haben uns zurückgemeldet, dass ein solcher Einsatz eine große Entlastung für sie wäre. Oft merken sie vor Ort in der Häuslichkeit, dass der Patient auf die Schnelle ein Medikament benötigt. Dann müssen die Pflegenden entweder selbst ins Auto steigen, um das Medikament aus der Apotheke zu holen, oder einen Kollegen oder die Angehörigen bitten. Ein Drohneneinsatz könnte also eine Menge Zeit sparen und wäre somit eine wichtige Entlastung für die Pflegenden.

Welche zukunftsweisenden Innovationen gibt es schon jetzt, die Pflegekräfte konkret entlasten können?

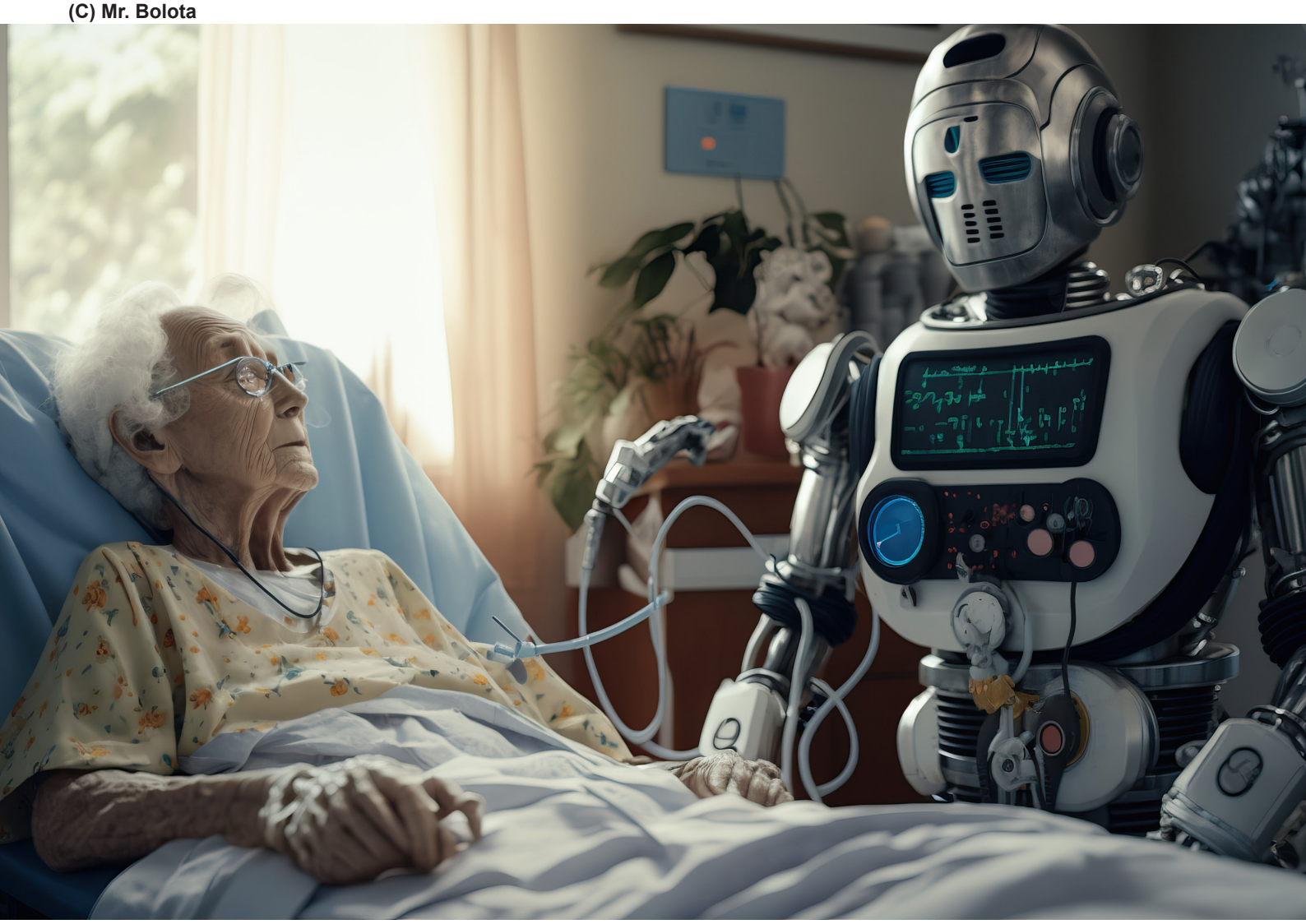
In der Pflege werden zum Beispiel Exoskelette eingesetzt. Das sind am Körper getragene Assistenzsysteme, die die Bewegungen des Körpers unterstützen und verstärken. Ein Oberkörper-Exoskelett kann Pflegekräften beispielsweise schweres Heben erleichtern und ihre Kräfte, aber auch den Rücken schonen. Dann gibt es Bettensysteme, die zur Mobilisation eingesetzt werden können. Sie haben eine Sitz- und Aufstehfunktion, die per Knopfdruck betätigt werden kann – das Bett bewegt sich dann selbstständig in die gewünschte Position. Damit kann vielfach eine zweite Pflegekraft bei der Mobilisierung eingespart werden. Auch im Bereich Sensorik gibt es einige sinnvolle Lösungen, die Pflegekräfte konkret entlasten können.

Was können sensorbasierte Systeme?

Es gibt zum Beispiel Sensoren für Bettmatratzen, die registrieren, wenn ein Patient das Bett verlässt. Somit können Pflegekräfte schnell eingreifen und ein Weglaufen oder Stürze verhindern. Diese Systeme sind mittlerweile weit verbreitet und auch keine Zukunftstechnologie mehr. Im Bereich der Inkontinenzversorgung gibt es ein technisches System, mit dem der Füllstand der Harnblase gemessen werden kann. So hat die Pflegekraft eine Übersicht und weiß, bei welchen Patient:innen ein Toilettengang angeboten werden sollte. Oder die Person bekommt die Info auf ihr Smartphone gespielt, sodass sie selbst rechtzeitig die Toilette aufsuchen kann. Das bewirkt eine enorme Verbesserung der Selbstständigkeit und Lebensqualität für die Betroffenen und motiviert natürlich auch die Pflegenden, Patient:innen auf die Toilette zu mobilisieren.

Wird es künftig möglich sein, dass ein Monitoring rein über Künstliche Intelligenz (KI) erfolgt, sodass

(C) Mr. Bolota



alle Messwerte, ob Temperatur, Blutdruck oder Atemfrequenz, zentral erhoben und ausgewertet werden?

Das sollte aus meiner Sicht nicht das Ziel sein. Die KI ist dann gut, wenn sie in der Hand der Profis bleibt. Die KI kann diesen Prozess erleichtern, indem sie zum Beispiel einen schnelleren Überblick über verschiedene Vitalparameter verschafft. Vielleicht kann sie auch auf Risikosituationen hinweisen. Es braucht aber eine professionelle Person, die die Informationen in den richtigen Kontext einordnet. Die KI hilft also, relevante Daten schneller zu sondieren, die Entscheidung sollte aber immer bei den Pflegefachpersonen bleiben. Wir sollten die KI als Werkzeug verstehen und nicht als Möglichkeit, unsere Arbeit abzugeben. Mir ist auch aktuell keine KI bekannt, die das leisten kann.

Was wird die Robotik in der Pflege innerhalb der nächsten 10 Jahre leisten können?

Ich denke, dass sich hier in den nächsten 10 Jahren einiges tun wird. Die neue Generation der komplexen Serviceroboter hat ein sehr differenziertes Potenzial. Roboter können in vielen Fällen quasi die helfende Hand ersetzen, zum Beispiel beim Anreichen eines Kleidungsstücks, Waschlappens oder Getränks. Damit ist es möglich, dass Patient:innen mehr Eigenständigkeit bewahren. Der Autonomiegewinn und die individuellen Wünsche der Betroffenen sind dabei zentrale Aspekte: In welchen Bereichen möchten Patient:innen unterstützt werden? Was erwarten sie von technischen Lösungen? Diese Entscheidungen können nicht aus der Pflege getroffen werden, sondern sind nur im Bündnis mit den Patient:innen möglich.

Warum ist die Einbindung der Patient:innen so wichtig?

Technische Systeme und Robotik sollten immer einen assistiven Charakter haben und auf eine konkrete Problemsituation bezogen sein. Dabei ist von pflegerischer Seite zu klären: Ist die geplante Lösung angemessen und wird sie vom Patienten auch gewünscht?

Ohne diese Übereinstimmung werden technische Systeme von den Patient:innen nicht akzeptiert werden. Der Patient ist deshalb immer in die Entscheidung für oder gegen bestimmte Technologien einzubeziehen. Und das betrifft nicht nur die Robotik, sondern alle assistiven Technologien wie Bettsysteme oder Sensoren.

Werden Roboter denn künftig auch Essen anreichen oder pflegebedürftige Menschen umpositionieren können?

In 5 bis 10 Jahren könnten wir beim patientenseitigen Einsatz schon einzelne Lösungen haben, zum Beispiel bei der Trinkunterstützung. Allerdings sind Tätigkeiten wie das Anreichen von Nahrung oder das Positionieren eines Menschen hochkomplex – bis ein Roboter das leisten kann, ist es noch ein weiter Weg und es bedarf auch hoher Sicherheitsstandards. Was sehr viel schneller wachsen wird, ist der Bereich der Logistik. Roboter können Essen transportieren, Schränke auffüllen, ganze Bereiche reinigen. Für patientenferne Tätigkeiten gibt es viele Lösungen, die schon da sind, aber noch nicht flächendeckend umgesetzt werden. Wenn man das Logistikpotenzial von Kliniken mit dem der Industrie vergleicht, sehen wir: Da gibt es noch viele ungenutzte Möglichkeiten.

Wo sehen Sie die größten Chancen neuer Technologien?

In Pflegetechnologien, die unmittelbar beim Pflegebedürftigen ansetzen. Sie haben die Chance, Patient:innen zu mehr Autonomie zu verhelfen, und damit geht auch eine Entlastung der Pflegenden einher. Das hat also im doppelten Sinne etwas Gutes. Die Einsicht des Autonomiegewinns muss sich durchsetzen – auch bei den Betroffenen selbst. Sonst können digitale Innovationen viel Abwehr erzeugen. Patient:innen könnten die Sorge haben, dass der Roboter die Pflegenden ersetzt und sie dann nur noch den Roboter und keinen Mensch mehr an der Seite haben.

Was sind die Grenzen neuer Technologien?

Die Grenzen bestehen im Moment noch darin, dass sie vielfach nur einen Teilaspekt realisieren und noch keine komplexen Versorgungsgeschehen aufgreifen. Somit sind wir auf unterschiedliche Technologien angewiesen, die noch nicht gut genug miteinander agieren. Wichtig ist zudem, dass digitale Technologien immer an einem relevanten Gesundheitsproblem ansetzen – und nicht, weil wir die Technik toll finden. Den Nutzen neuer Technologien müssen die Pflegenden gut moderieren können, damit diese Einsicht auch beim Patienten ankommt. Das ist eine neue, wichtige Qualifikation, die Pflegende mitbringen sollten.

Wie viel Zeit bleibt uns, um digitale Innovationen voranzutreiben?

Nicht viel. Wir stehen unter Zeitdruck. Wir sind jetzt schon bei fast 6 Millionen Pflegebedürftigen und müssen uns bis 2060 auf eine Verdopplung vorbereiten. Das bedeutet: Wir müssen dringend technische Anwendungen in der Häuslichkeit fördern, damit Menschen im Alter möglichst autonom und unabhängig bleiben. Noch können wir das gut gestalten. Meine Sorge ist: Wenn wir jetzt nicht handeln, wird es zu einem späteren Zeitpunkt sehr viel schwieriger werden, gute Lösungen zu finden. Denn der Anforderungsdruck wird steigen. Wir müssen die Zeit, die uns bleibt, also sehr gut nutzen. Die Pflege hat dabei eine entscheidende Rolle.

Wie sieht die Rolle der Pflege aus?

Die pflegerische Versorgung ist – neben dem Klimawandel – eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen der Zukunft. Wie können wir angesichts des demografischen Wandels pflegebedürftige Menschen autonomiefördernd und menschenwürdig versorgen? Für diese zentrale Frage – unter hohem Handlungsdruck – eine Lösung zu finden, wird uns niemand abnehmen können. Diese Form der gesellschaftlichen Verantwortung ist neu für uns. Wir sind gefordert, Rahmenbedingungen zu formulieren, um dieses Problem zu lösen. Das ist unsere Aufgabe in der Gesellschaft.

Die Veröffentlichung erfolgt mit freundlicher Genehmigung der B. Braun-Stiftung.

Diskutieren Sie mit auf der Fortbildung für Pflegende am 1. Dezember 2023

Auf der Fortbildung für Pflegende am 1. Dezember 2023 in Kassel stellen Starts-ups ihre digitalen Innovationen vor und diskutieren sie mit den Pflegenden. Prof. Dr. Patrick Jahn ist mit dabei – er hat die hat die Pflege-Pitch-Session von Anfang an mit begleitet. Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere spannende Themen auf der kostenfreien Veranstaltung. Infos finden Sie hier:

https://fortbildung-fuer-pflegende.de/

Interview: Brigitte Teigeler

(C) insta_photos

Warum ausländische Pflegende so lange Zeit brauchen, um hier anzukommen

Ein Denkanstoss

Seit vielen Jahren beschäftige ich mich mit dem Wert von Pflegearbeit und mit der Unterstützung von Berufsstolz. Für mich ist Pflege ein sehr anspruchs- und sinnvoller Beruf. Allerdings wird die Komplexität nach aussen nicht deutlich, Pflege erscheint als Reihung einfacher Routinetätigkeiten. Die Reaktionen auf die wiederkehrenden Pflegenotstände sind stets dieselben: Niveauabsenkung, Rufen nach Robotern und Anwerbung aus Drittstaaten. Für mich ist all dies ein Schlag ins Gesicht professioneller Pflege – damit wird der Beruf weiter demontiert.

Viele Anstrengungen bescheidene Erfolge

Es gibt in Deutschland viele Aktivitäten zur Anwerbung, einige von Regierungsstellen unterstützt, andere Vermittler sind mit fragwürdiger Qualität für hohes Honorar unterwegs, zum Teil suchen auch Pflegeunternehmen selbst neue MitarbeiterInnen. Wir wissen nicht, wie erfolgreich all dies in einer mittelfristigen Perspektive ist. Ich habe in den letzten Jahren vielfach mit ArbeitsmigrantInnen gesprochen, die meisten waren hier unglücklich, möchten wieder in ihre Heimat, sind aber froh, den Familien „zuhause“ monatlich Geld überweisen zu können. Bis heute gibt es keine überzeugende Evaluation der Deutschen Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa) oder der „Triple-Win“- Aktivitäten. Vereinzelt hört man auch von Abbruch der Eingliederung.

Die Pflegeausbildungen sind sehr unterschiedlich, in den ärmeren Ländern sind sie eher medizinisch und gesundheitsvorsorgend geprägt, zurecht, es gibt dort auch einen Arztmangel. Lächerlich ist für mich, wenn gesagt wird: die haben aber einen „Bachelor“. Das sagt nichts über die Inhalte, verkannt wird auch, dass es in den meisten Ländern gar keine klassische Berufsausbildung gibt, jegliche Qualifikation findet an der Universität statt. Trotzdem passen die Inhalte nicht, die mitteleuropäischen Pflegeansätze mit täglichen Aktivitäten sind unbekannt. Es ist, als wenn hier BäckerInnen in der Schreinerei arbeiten sollen. Wir habe leider erst vor wenigen Jahren die Pflegeausbildungen auch an die Hochschulen geholt – aber vielfach gab es auch gute dreijährige Ausbildungen, immerhin habe ich zwanzig Berufsjahre lang als Pflegelehrerin gearbeitet.

Lächerlich finde ich auch die Reportagen, wenn unsere Minister mal wieder in ferne Länder reisen, um Pflegende anzuwerben. Man sieht dann, wie vor Ort hektisch Herzmassagen durchgeführt werden – eine völlige Verkennung der Erfordernisse.

Pflege ist kulturell geprägt, vielmehr als die Medizin, die sich ja als Naturwissenschaft versteht. Auch im IT-Bereich ist eine Einarbeitung hier viel einfacher.

Direkte Pflege erscheint als „niedrige“ Arbeit

So werde ich traurig, wenn die Zugereisten von einer Abwertung sprechen, wenn sie sich um Ernährung, Mobilisation, Ausscheidungen, Körperpflege bei den Kranken kümmern sollen. Für mich ist das der höchste Wert, stellvertretend zu Handeln für Individuen, ihnen Alltagsqualität trotz Krankheit zu ermöglichen, Würde, Beziehung. Eben diese Schnittstelle auch zu seelischen, sozialen und pädagogischen Inhalten. „Das machen bei uns die Angehörigen“, sagen dann die KollegInnen aus Mexiko, aus Vietnam, dem Kosovo oder den Philippinen. Die Familien sind dort den ganzen Tag in der Klinik, ambulante (Fremd-)Pflege gibt es nicht, Altenheime kaum. Richtig ist, dass die Verwandten die zu pflegende Person kennen, ihre Bedürfnisse einschätzen können – ihnen fehlen aber die medizinischen Kenntnisse. Nur beides zusammen ergibt Sinn, ich muss die Person kennenlernen, biografische Bezüge haben – bei uns geht dies durch den Arbeitsdruck immer mehr verloren. Eine Lösung wäre vielleicht, dass auch wir die Familien bei uns auffordern, sich abzuwechseln und mehr beim Patienten zu sein. Es ist richtig, dass bei uns die Pflegeberufe keine grosse Wertschätzung erfahren – aber ich denke, dass dies durch mehr Medizinorientierung nicht besser wird. Mein Ansatz ist eher die „sprechende Pflege“, die auf Basis der Neurowissenschaften die Menschen ermutigt und zur Selbstständigkeit führt. Dazu kommen muss eine weitreichende Verantwortung für pflegerelevante Aspekte.

Andere ethische Prinzipien, andere Werte

In den genannten Drittstaaten kümmern sich die Familien auch nur um ihre eigenen Angehörigen und nicht um andere Pflegebedürftige. Es hat auch mit unseren ethischen Orientierungen zu tun, mit gesellschaftlichen Werten. In der Zeit der „Aufklärung“ ab etwa 1700 wurden in Mitteleuropa Grundrechte ausgerufen, die Vernunft betont, Freiheit und Bildung gefordert, die Pflicht entwickelt, sich um Bedürftige zu kümmern. Dies sind Grundlagen unseres Staatswesens, auch der sozialen Orientierung.

Ich bin durch die ganze Welt gereist, beruflich und privat. Oft ist all dies nicht selbstverständlich. Unter anderem war ich in vielen Ländern Afrikas, mit einem Afrikaner verheiratet. Dort zählt nur die Grossfamilie, der Stamm, der Clan – der Staat tut nichts, ihm wird mit Misstrauen begegnet. Viele Kinder bleiben Analphabeten, für die vierjährige Grundschule muss Geld bezahlt werden. Hier könnte eine vernünftige Entwicklungspolitik beginnen. Damals habe ich etwa in Kamerun versucht, vorbereitende Deutschunterrichte anzubahnen – es hat nicht geklappt. In Deutschland gibt es eine überbordende Bürokratie, in den armen Ländern Korruption. Das stille Mitverdienen ist auch Ausdruck für einen schwachen Staat.

Schlimm finde ich die Idee, fertig ausgebildete Pflegefachpersonen aus den armen Ländern zu holen, ein Brain-Drain ! Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat ein „Auge darauf“ und eine Liste möglicher Staaten vorgelegt. Es ist gut, dass der Pflegeberuf reglementiert ist, dass eine Anerkennung benötigt wird – sonst würde jede helfende Hand eingesetzt. Zwar kommt es auch zu unsinnigen Verzögerungen, aber es ist richtig, eine Anerkennungszeit vorzusehen. In der Praxis wird sich die Einsatzfähigkeit zeigen.

Ich habe selbst viel Entwicklungsarbeit geleistet und stütze den Ansatz, junge Leute in ihrer Heimat vorzubereiten, etwa mit Deutschkursen und ihnen dann hier eine Perspektive zu bieten. So könnte man vielleicht auch die Zahl der Bootsflüchtlinge verringern.

Vor etlichen Monaten schreckte die FAZ die Öffentlichkeit auf, es gab einen Bericht, dass 80% der Migranten in einer Pflegeausbildungsklasse am Robert-Krankenhaus Stuttgart durch die Abschlussprüfung gefallen waren. Es war von einem Millionendebakel die Rede, die Stiftung hatte das Projekt seit 2017 gefördert – eigentlich eine gute Idee, junge Flüchtlinge zusammen mit deutschen BewerberInnen auszubilden. Zusätzliche Massnahmen sollten die Eingliederung stützen, mehr Zeit, mehr Lehre, zusätzliche Sprachkurse, kulturelles Lernen usw. – fragwürdig ist, ob man das Versagen tatsächlich erst zum Schluss festgestellt hat. Auf jeden Fall merkte man , dass das anfängliche Sprachniveau A 2 (Grundkenntnisse), viel zu niedrig war – Pflege ist ein Sprachberuf und da wäre eigentlich das höchste Niveau von C 2 zu fordern. Aber auch Sprache allein reicht nicht für Beziehungsarbeit oder kulturelles Verständnis. Es ist ein hoher Aufwand für solche Einarbeitungen, zum Teil auch eine Zumutung für die überarbeiteten Fachpersonen – es braucht Beauftragte, Reflektionsgespräche, Paten, Lotsen, Kontakte in deutsche Familien u.a.m.

Willkommenskultur ist wichtig

Nochmal zum obigen Titel: es dauert einfach lange bis ein Pflegender aus dem Ausland hier heimisch wird und sogar zufrieden mit der Arbeit ist. Es kommt darauf an, ihm durch gute Begleitung den Wert der Pflege zu zeigen.

Anfang der 70er Jahre war ich selbst Krankenpflegeschülerin. Damals wurden die Koreanerinnen geholt, Pflegenotstand. Die meisten waren nach einer kurzen Verpflichtungszeit wieder zurück, einige haben hier geheiratet.

Ich frage mich, wann die Politik/Kostenträger endlich lernen und etwas tun, um den Pflegeberuf insgesamt attraktiver zu machen – wenn wir mehr KollegInnen hätten würden auch die Arbeitsbedingungen besser. Junge Leute suchen heute nach „Sinn-Berufen“, nach Abwechselungen, nach Aufstieg, da haben wir viel zu bieten. Allerdings müssen wir selbst „Aufstehen“ und den Beruf darstellen.

Autorin

Prof.in Dr.in Angelika Zegelin
Krankenschwester, Pflegewissenschaftlerin
Vorm. Universität Witten/Herdecke
kontakt@angelika-zegelin.de

WIR GEBEN KINDERN WIEDER EIN ZUHAUSE
SPENDEN UNTER WWW.PROJUVENTUTE.AT
SPENDENKONTO: IBAN: AT61 2040 4000 4040 4600
pro Juventute

Personenzentrierte Führung in der Pflege

Die personenzentrierte Führung ist ein „altes“ und zugleich „modernes“ Konzept. Zum einen sind die Wurzeln in der humanistischen Psychologie und non-direktiven Gesprächsführung nach Rogers schon ab Mitte des 20. Jahrhunderts zu finden und skizziert. Zum anderen regt es Antworten/Hinweise für hochaktuelle Themen der Pflege an.

Die darin angesprochene Dimension von Führung unterscheidet sich von den Dimensionen Leiten und Managen, welche möglicherweise bei Führungskräften (aufgrund von zu erfüllenden Regularien und ökonomischen Vorgaben) dominant geworden sind, und geht darüber hinaus:

a.) Der Abwanderung aus dem Pflegeberuf kann nicht begegnet werden ohne ein Konzept und eine überzeugende Kultur der Anerkennung, Förderung und Beteiligung der Mitarbeiterschaft. Mitarbeiterbindung ist stets top down zu denken. Die damit verbundenen Veränderungsprozesse brauchen Mitarbeitende, welche diese mittragen. Das setzt Transparenz, Beteiligung, Sinn und Akzeptanz voraus, was steht und fällt mit echter und ernst nehmender Kommunikation der Führungskräfte. Sie stellen eine Art Flaschenhals oder „gate keeper“ von Veränderungsprozessen dar (BDU-Fachverband Personalmanagement 2022). Eine Studie vom Dezember 2021 ergab, dass 40 % der befragten Pflegenden angeben, mindestens monatlich daran zu denken, den Pflegeberuf aufzugeben. Rund 30 % überlegen den Arbeitsplatz zu wechseln und ca. ein Drittel will die Arbeitszeit reduzieren (vgl. Das Gesundheitswesen 2021).

b.) Wenn im Pflege-Expertenstandard z.B. die Beziehungsgestaltung, die personen-zentrierte Kommunikation und Pflege etwa von Menschen mit Demenz als Ziel formuliert und beschrieben wird, so wird dies nicht zu trennen sein davon, dass die Mitarbeiterschaft selbst personenzentriert geführt wird.

„Grundsätzlich werden Pflegende eher befähigt sein, person-zentriert zu handeln, wenn sie selbst person-zentriert behandelt werden. Die Ermöglichung einer person-zentrierten Pflege ist somit primär Führungsaufgabe.“ (DNQP, 2018 Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz)

Führungskräfte zentrieren sich somit auf die vorhandene Pflegefachlichkeit und sorgen dafür, dass sie tatsächlich abgerufen wird, damit die Pflegefachkraft mehr mit Vertrauen und Wahrnehmung ihrer Kompetenzen gefördert und weniger mit einem Defizit-Blickwinkel des Mangels gesehen werden kann.

Denn ein selbst herabgesetzt zugeschriebenes Pflegeniveau funktioniert nicht, wenn die nächste Qualitätsprüfung ansteht, in der Pflegefachgespräche vorausgesetzt werden. Spätestens dann werden Assessments wie Nahrungsprotokolle und Schmerzerhebung evaluiert, die erneut unter hohem Zeitdruck, ohne Zukunftsstrategie und Berücksichtigung vorhandener Pflegekompetenzen, abgearbeitet werden müssen. Dazu kommt das Gefühl, man arbeite immer nur „hinterher“, nie aber „voraus“ und nachhaltig.

Das Pflege- und Betreuungsteam reagiert auf Dauer enttäuscht und unmotiviert, wenn es in ein rein funktionelles Pflegeverständnis geführt und in seiner Fachlichkeit nicht ernst genommen sowie gezielt gefordert und gefördert wird.

Die beziehungsgestaltende Pflege wird somit erschwert. Ein solches, unter dem eigentlich vorhandenen Pflegeniveau ausgerichtetes Pflegemanagement sorgt bei den Pflegenden für Unruhe und Unzufriedenheit und verhindert, dass sie ihr Handeln als sinnvoll und erfreulich erleben können. Ein Führungsdenken, dass Pflegekräfte einfach nur funktionieren müssen und ihre Stellenbeschreibung erfüllen sollten, ist zu kurz gedacht und bringt nicht den erhofften Erfolg in der Pflegequalität.

Im Sinne einer guten und gelingenden Pflegepraxis, in der Pflegekräfte ihre Fachlichkeit abrufen können, gilt es, das Augenmerk auf konzeptuelle Grundlagen zu legen und nicht der formalen Erfüllung einer Stellenbeschreibung und dem Abarbeiten von Arbeitsaufträgen und Listen nachzukommen. Letztendlich wird sich der Erfolg zunächst weniger an Letzterem messen lassen, sondern auf Teamentwicklungsprozessen, Kompetenz- und Haltungsentwicklung beruhen.

Zu diesen klar ersichtlichen Zukunftsaufträgen gehört zunächst die tiefe Überzeugung und Willensbildung, einen Kulturwandel in der Einrichtung gemeinsam gestalten zu wollen. Das gelingt, wenn es als strategische Ausrichtung in kleinen Schritten, systemisch ge-

dacht und partielle Begleitung hinzugenommen wird. Veränderung der Kultur braucht Zeit und meint u.a., dass die Führungskräfte wie z.B. die Pflegedienstleitungen den gemeinsamen Weg von einer aufgabenorientierten hin zu einer klientenorientierten Einstellung ermöglichen.

Das Einbetten von Beziehungshandeln in funktionale Aufgaben wie die der Grund- und Behandlungspflege wird mit dem Ziel einer bestmöglichen Übereinstimmung von Arbeits- und Lebenswelt fortlaufend reflektiert, optimiert und teamunterstützend begleitet.

Menschenbild und Grundlagen der personenzentrierten Führung

Als Menschenbild liegt die Auffassung zugrunde, dass jedem Menschen das Streben und die Fähigkeit nach Wachstum, Unabhängigkeit und Eigenverantwortung immanent ist. Menschen wollen sich verwirklichen, im Gleichgewicht sein, Sinn finden und für sich sorgen. Die Wahrnehmung und Verarbeitung von Erfahrung und Erlebnissen geschieht durch…

Die Selbstaktualisierungstendenz: Jede/r hat den Wunsch sich zu erhalten, auszudrücken und zu entfalten in Richtung Selbstentwicklung und Autonomie. Die Aufgabe der Führungskräfte ist es, den (anfänglichen) Berufsmotiven wieder Raum zu geben, die Bedürfnisse zu sehen und die Potenziale der Mitarbeitenden zum Tragen zu bringen und realisierbar zu machen.

Das Selbstkonzept: Jede/r hat zu jedem Zeitpunkt ein mehr oder weniger dem Bewusstsein zugängliches Konzept des eigenen Selbst. Dieses befindet sich in einem ständigen Veränderungsprozess und umfasst die Körper-, Sinnes- und sozialen Erfahrungen, alle Selbst- und Fremdzuschreibungen sowie die Wertvorstellungen. Das Selbstkonzept integriert kontinuierlich alle Arbeitserfahrungen.

Die Relevanz dieser beiden Aspekte besteht für Führungskräfte darin, dass Entscheidungen von Pflegenden (von der inneren Verlängerung engagierten Einsatzes, über die Ambivalenz, wie es weitergehen soll, bis hin zu Schritten, die Stelle zu wechseln oder den Beruf aufzugeben) früh, lange bevor sie geäußert und konkretisiert werden, im Prozess einer Ausbalancierung im Selbstkonzept verhandelt werden.

Wir wissen aus Studien, dass die Qualität der Arbeitsbeziehung zum/zur unmittelbaren Vorgesetz-

(C) cacaroot

ten für Mitarbeitende ein entscheidendes Kriterium für Motivation, Zufriedenheit und Verbleib im Beruf und an der Arbeitsstelle ist (vgl. BAuA 2005 und 2016).

Nur das ehrliche Interesse von Führungskräften für und das offene Gespräch mit den Mitarbeitenden ergeben die Chance, diese Prozesse zu erkennen und darauf Einfluss zu nehmen.

Insofern geht es darum, neben Führung den Faktor der Selbstführung der Mitarbeitenden zu erkennen und bewusst zu machen.

Es ist nachhaltiger, eher auf Selbstverantwortung der Mitarbeitenden zu setzen, als das meiste über Führungshandeln regeln und organisieren zu wollen. Gordon (2005) stellt die These auf: „So kommen wir zu der paradoxen Feststellung, dass effektive Führer ganz, wie Gruppenmitglieder handeln und effektive Gruppenmitglieder ganz wie Gruppenführer“.

Dies als Leitidee nehmend verändern sich Stations-/Teambesprechungen: Für die Tagesordnung sollte/kann dann das Team verantwortlich oder zumindest mit-verantwortlich sein; die Entscheidungsfindung ist in hohem Maß partizipativ und unterschiedliche Ebenen der Beteiligung wie der systematischen Problemlösung (Konsent-Methode u.a.) werden etabliert. Leitungsentscheidungen im Alleingang sind (ebenso wie Mehrheitsentscheidungen) i.d.R. für die meisten Probleme und Konflikte nicht tauglich.

Als Grundhaltung haben Führungskräfte beim personenzentrierten Führen im Blick, Empathie aufzubringen und die subjektive Realität der Mitarbeitenden anzuerkennen, deren Ressourcen, Vorschläge, individuellen Lösungsversuche zu fördern sowie Selbstverantwortung und Selbstbestimmungspotenzial zu respektieren.

Und es geht darum, die Rahmenbedingungen für ein Klima der Akzeptanz und Wertschätzung zu schaffen und selbst kongruent zu sein, echt und authentisch zu kommunizieren: Dazu gehört u.a. das aktive Zuhören, um die (Selbst-) Erkenntnis des Gegenübers zu unterstützen, aber auch um Probleme und Sachverhalte aus Sicht des Gegenübers zu verstehen und selbst nicht zu schnell mit Interpretationen und Priorisierungen zu reagieren.

Personenzentriertes Führen und Führungsstil - konkrete Anwendung

Die personenzentrierte Führung realisiert sich am Besten in einem Führungsstil, der kooperativ, mitarbeiter- und beziehungsorientiert ist; sie wird stimmig erlebt und wirksam, wenn sie in Führungsleitlinien verankert ist; in der Umsetzung erzielt sie Glaubwürdigkeit und Strahlkraft auf das Betriebsklima, wenn sie im Verhalten aller Führungsebenen gelebt wird: Die Mitarbeitenden werden in Meinungsbildung und Entscheidungsprozesse einbezogen, Konzepte zur Selbstorganisation gefördert; es wird eine offene wertschätzende Kommunikation praktiziert; Vertrauen und Kooperation prägen die Arbeitsbeziehungen zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden; Feedback ist gewünscht und gelebter Alltag, so dass auch Konflikte besser angegangen und gelöst werden können; die Offenheit für die Probleme der Mitarbeiterschaft und ihr Wohlergehen (systemisches Gesundheitsmanagement) sind zentral.

Die Basis und Klammer alles Genannten ist die Kommunikation der Führungskraft:

Vertrauensbildend wirken durch Ich-Botschaften, Transparenz und Erreichbarkeit; Teamarbeit partizipativ gestalten, Zusammenhalt fördern, Stationskonferenzen und Teambesprechungen zu einem positiv moderierten und lebendig erlebten Ort von Austausch machen. Die Problemlösungskompetenz der Mitarbeitenden wahrnehmen und Problemlösungsknowhow fördern. Konflikte früh und direkt ansprechen und vermitteln, Konsense bilden. Motivlagen der Einzelnen hören, erkennen, gemeinsam Gestaltungsformen finden. Mit Zielen führen, um die Ziele der Organisation mit den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Entwicklungsoptionen der Mitarbeitenden in Einklang zu bringen.

Anhand zweier Beispiele soll die Umsetzung erläutert werden: Man muss dafür nicht unbedingt Neues einführen, sondern kann zeitnah starten, den eigenen Führungsstil zu reflektieren, sich für die Kommunikation zu sensibilisieren, indem mit personenzentrierter Haltung vorhandene Formate genutzt werden:

Fallgespräche

Fallgespräche sind oft ein noch nicht genügend genutzter Raum, in dem neben professioneller Fallarbeit zugleich Zusammenhalt, positives Arbeitsklima und Achtsamkeit für die Bedürfnisse der Mitarbeitenden gepflegt werden können.

Zu empfehlen ist die zielorientierte, zugewandte und klare Moderation der Fallgespräche mittels vorliegender und individuell adaptierbarer Leitfäden kollegialer Beratung (vgl. Tietze 2003). Viele

Mitarbeitende sind etwa von aggressivem Verhalten (Schimpfen, Schreien, körperliche Angriffe beim Waschen, bei Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme) durch BewohnerInnen stark belastet.

Hier das Erleben, die Wahrnehmungen in der Situation, die persönliche Resonanz, Emotionen, Hypothesen usw. schrittweise, offen und vertrauensvoll auszusprechen und zu verdichten, führt nicht nur zu einem vertieften Verständnis der Klienten und verschiedenen Ideen zukünftiger Umgangsweisen; sondern es können dabei die immensen Anforderungen anerkannt, die Leistung gewürdigt und der Respekt vor der Ambiguitätstoleranz und Bewältigungskompetenz der Mitarbeitenden sichtbar werden; nicht zuletzt wird kollegiale Beratung, die Erörterung gemeinsamer Werthaltungen und Interventionen, bewirken, dass Lerneffekte über den Einzelfall hinaus gewonnen werden.

Führung wird dann zunehmend als wirklicher Dialog auf Augenhöhe mit dem Ziel besserer Ergebnisse wahrgenommen. Führungskräfte zielen somit darauf ab, den Austausch von Wissen, Informationen und Erfahrungen zu organisieren, zu vertiefen und lösungsorientiert zusammenführen, ohne die eigene Positionsautorität zur einzigen Richtschnur des Vorgehens im jeweiligen Fall zu machen.

„Pflegende werden in Abhängigkeit ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung angeleitet. Führung zielt darauf ab, dass Pflegende das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können.“ (DNQP, 2018 Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz)

Eigenreflexion und Selbstmanagement

Gemeint ist u.a. die Reflexion des eigenen Führungsstils, die Betrachtung der Führungshaltung und das Sich-Sensibilisieren, Wiederaneignen und Erproben von dialogisch-mitarbeiterorientierter Gesprächsführung (besonders in Mitarbeitergesprächen).

Oft fehlt aufgrund des Arbeitsdrucks die Priorisierung dafür, Orte zu schaffen oder zu besuchen, um sich mit neuem Führungswissen, mit der Beziehung zu Mitarbeitenden oder zu sich selbst auseinanderzusetzen.

Dies können professionelle Formate (Leitungscoaching und Einzelsupervision), kollegialer Austausch (kollegiale Beratung/Intervision mit anderen Führungskräften), strukturiertes Selbstcoaching (vgl. Vogel 2013) oder das Einholen von Feedback sein. Selbstreflexion bedeutet etwa für Führungskräfte, die „Falle“ zu erkennen, dass die Systeme und Untergruppen der Einrichtung von ihnen i.d.R. erwarten, besonders stark, überlegen und unangefochten zu sein.

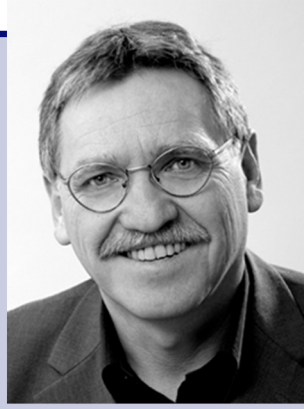
Dies kann aber zu einem „Teufelskreis“ führen, wo sich Mitarbeitende dann zunehmend passiv und unmündig verhalten; stattdessen wäre es für Führungskräfte wichtig, auch Begrenzungen z.B. von Wissen sichtbar zu machen und eher das Wissen aller zusammenzutragen und zu organisieren.

Fazit

Motivation, Wir-Gefühl und Identifikation bekommt man nicht zum Nulltarif. Führungskräfte brauchen Entschiedenheit, Zeit und Training, um Fragen der Partizipation, des Konfliktmanagements, der Dialogfähigkeit und Integrationsfähigkeit (für zunehmend diverse Teams) anzugehen. Woher die Zeit nehmen?

Wir denken, dass personenzentriertes Führen sich in vielen alltäglichen Führungssituationen und bestehenden Formaten praktizieren lässt und dass die konst-

Autor



Georg Vogel
Diplom-Sozialpädagoge, Familien- und Systemtherapeut, Supervisor, Team- und Lehrsupervisor, Mediator, Coach
Kontakt: https://vogel-supervision.de/

Autor

Tobias Münzenhofer
Inhaber LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE, Fachpfleger- und Fachdozent für Gerontopsychiatrie, QM-Auditor, Praxisanleiter, Teamcoach
Kontakt: https://lichtblicke-demenzstrategie.bayern/

ruktive, bewusste Herstellung und Pflege guter Arbeitsbeziehungen kein Luxusgut ist; vielmehr ist sie eine essentielle Voraussetzung, um das wesentlichste Gut zu schaffen: Beziehung und Vertrauen (in Person und Arbeitsverhalten).

Zielgerichtete Zusammenarbeit bei gleichzeitiger Achtung der Personen, der Fähigkeiten und des Ausdruckswillens führen zu Lernprozessen in Teams, welche die Qualität der Arbeit befördern, so dass z.B. auch das Zutrauen in die Kompetenz und das Gelingen von Pflegefachgesprächen wächst.

Neues aus der Pflege

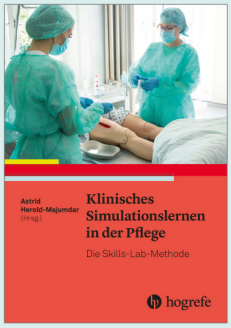
Samuel Vögeli / Nina Wolf

Angehörige von Menschen mit Demenz beraten

Familienzentrierte Beratung, Information und Begleitung

Die Autor_innen beschreiben die Aufgaben, Belastungen, Bedürfnisse und Konflikte von Angehörigen und benennen häufige Beratungsthemen, wie Alltagsgestaltung, Beziehungsprobleme, Entlastungs- und Unterstützungsangebote und schwierige Entscheidungssituationen.

2023. 272 S., 31 Abb., 21 Tab., Kt
€ 39,95 (DE) / € 41,10 (AT) / CHF 52.50
ISBN 978-3-456-86008-4
Auch als eBook erhältlich



Astrid Herold-Majumdar (Hrsg.)

Klinisches Simulationslernen in der Pflege

Die Skills-Lab-Methode

Die Autorinnen beschreiben die fachlichen und didaktischen Grundlagen des Simulationslernens evidenzbasiert. Mit Lernszenarien, Kurzanleitungen, Materialien, Handlungsbewertungslisten, Drehbücher und Ereigniskarten lassen sich Pflegefertigkeiten simuliert und situativ erlernen.

2023. 272 S., 33 Abb., 26 Tab., Kt
€ 44,95 (DE) / € 46,30 (AT) / CHF 58.50
ISBN 978-3-456-86226-2
Auch als eBook erhältlich

Daniela Händler-Schuster / Helmut Budroni (Hrsg.)

Gemeinde- und Familiengesundheitspflege

Lehrbuch für die ambulante Pflege

Die gemeindenahe Versorgung von Individuen und Familien gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die Aufgaben, Funktionen, Prozesse und Rollen einer gemeindenahen und familienorientierten ambulante Pflege beschreibt dieses Lehrbuch in wissenschaftlich fundierter und praxisorientierter Form.

2023. 416 S., 28 Abb., 36 Tab., Kt
€ 52,95 (DE) / € 54,50 (AT) / CHF 68.00
ISBN 978-3-456-86098-5
Auch als eBook erhältlich

Dorothea Sauter et al. (Hrsg.)

Lehrbuch Psychiatrische Pflege

Das erfolgreiche und erweiterte Standardwerk des deutsch-schweizerischen Herausgeberteams zur psychiatrischen Pflege. – Für die vierte Auflage wurden alle Kapitel aktualisiert, Pflegekonzepte und Werkzeuge überarbeitet und die Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse wurden erweitert.

4., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2023.
1440 S., 98 Abb., 181 Tab., Gb
Etwa € 119,00 (DE) / € 122.40 (AT) / CHF 148.00
ISBN 978-3-456-85673-5
Auch als eBook erhältlich

Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen im Fokus – nur etwas für gute Zeiten?

Der gegenwärtige fachliche und politische Diskurs um die pflegerische Versorgung chronisch kranker und alter Menschen ist geprägt von Fachkräftemangel, hoher Arbeitsdichte und Zeitmangel, Finanzierungsfragen und der Frage, wie mit beschränkten Ressourcen die Qualität der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sichergestellt werden kann. Für die Diskussion dieser Themen ist es wichtig im Blick zu haben, worauf es letztlich ankommt, was mit Langzeitpflege und -betreuung eigentlich erreicht werden soll. Genauso bedeutend ist die Frage, ob diese Ziele auch erreicht werden.

Es ist an der Zeit für einen Perspektivenwechsel in der Qualitätsdiskussion

Für die Frage, worauf es in der Betreuung und Pflege letztlich ankommt, ist es zentral, die Perspektive der pflegebedürftigen Menschen stärker in den Mittelpunkt zu stellen (vgl. Trukeschitz 2011). Das ist insofern von großer Bedeutung, als empirische Befunde deutliche Hinweise darauf geben, dass die Urteile über die Wichtigkeit von Qualitätsdimensionen und -kriterien von pflegebedürftigen Personen einerseits und von Fachkräften bzw. Stakeholdern andererseits erheblich voneinander abweichen können (vgl. Estermann 2008; Sonntag et al. 2018). So messen beispielsweise Bewohner*innen in Pflegeheimen den instrumentellen, technokratischen, also den „harten“ und tendenziell leichter messbaren Qualitätskriterien eine geringere Bedeutung zu als den „weichen“ – wie etwa der Beziehungsqualität –, die sie als zentral für ihre Wahrnehmung von Selbstbestimmung sehen (vgl. Estermann 2008; Sonntag et al. 2018; Hughes/Burch 2019).

Darüber hinaus kann die einseitige Bezugnahme auf die Perspektive von Fachpersonen in Qualitätsfragen dazu führen, dass vorrangig biomedizinische Ergebniskriterien bzw. defizitorientierte Indikatoren festgeschrieben werden anstatt erwünschter Ergebnisse. Damit wiederum besteht die Gefahr, dass genuine Zielgrößen von professionell erbrachter Pflege und Betreuung, die sich zentral auf das Aufrechterhalten und Fördern der Lebensqualität richten, aus dem Blickfeld geraten (vgl. Sonntag et al. 2018). Eine umfassende Perspektive auf jene Aspekte der Lebensqualität zu legen, die für pflegebedürftige Menschen besonders wichtig sind, ist aus fachlicher und ethischer Sicht auch deshalb gefordert, weil das eine Voraussetzung für eine menschenwürdige pflegerische Versorgung ist (vgl. Sonntag et al. 2018). Gerade im Setting der geriatrischen Langzeitpflege ist die ganzheitliche Sicht auf den Menschen eine wichtige Grundhaltung, denn es handelt sich hier nicht um pflegerische Versorgung auf Zeit. Vielmehr sind im geriatrischen Langzeitbereich pflegerische Versorgung und Leben bzw. Wohnen zumeist bis ans Lebensende eng miteinander verwoben. Damit soll betont werden, dass es in der geriatrischen Langzeitpflege immer um den „ganzen“ Menschen geht und darum, dass sein Leben und sein Alltag gelingen können, nicht nur darum, dass temporär medizinische und pflegerische Versorgungsbedarfe gedeckt sind. Die Achtung und der Schutz der Würde umfasst immer den „ganzen“ Menschen und verlangt, diesen in seiner Identität und Persönlichkeit wahrzunehmen und anzuerkennen und ihn nicht auf eine einzige Rolle, nämlich die des*der Alten und Pflegebedürftigen oder gar auf „das Objekt“ der Pflege zu reduzieren (vgl. Pfabigan 2011; Döbler 2020).

Wenn es um die Frage geht, worauf es letztlich ankommt und was mit Pflege und Betreuung erreicht werden soll, greift ein auf die Fachperspektive eingeschränkter Blick auf die Bewertung von Pflegequalität zu kurz, denn auch in diesem Zusammenhang ist bekannt, dass von Fachpersonal definierte Indikatoren und Bewertungen von Qualität nicht unbedingt mit den Qualitätsaspekten übereinstimmen, die für pflegebedürftige Menschen tatsächlich relevant sind (vgl. Estermann 2008; Sonntag et al. 2018). Gute Pflegequalität zu erreichen ist sehr wichtig, stellt aber im Verhältnis zur Lebensqualität nur ein relatives Ziel dar. Das heißt, dass medizinische oder pflegerische Ziele, die einen bestimmten Gesundheitsstatus anstreben, immer durch eine entsprechende Indikation gerechtfertigt müssen, was nicht der Fall ist, wenn Lebensqualität als letztes Ziel verstanden wird (vgl. Stewig et al. 2011).

Aber das ist nicht der einzige Grund, warum der Blick auf Pflegequalität allein zu kurz greift. Er reicht auch deshalb nicht aus, weil Verwirklichungschancen in Bezug auf Lebensqualität auch von strukturellen Merkmalen des häuslichen Umfeldes oder der Einrichtung bestimmt werden (vgl. Weidekamp-Maicher 2018). In diesem Zusammenhang geht es beispielsweise um Fragen, welche Pflege- und Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt werden, wie diese organisiert werden und wie die Pflegeorganisation beschaffen ist.

Nun ist Lebensqualität ein sehr komplexes Phänomen, das sowohl strukturell als auch hinsichtlich der Abgrenzung zur Gesundheit nicht immer klar fokussiert werden kann. Deshalb ist es gerade in Zeiten knapper Ressourcen hilfreich, den Fokus auf jene Bereiche der Lebensqualität zu legen, die durch Pflege- und Betreuungsdienste auch beeinflussbar sind (vgl. Trukeschitz 2018).

Worauf es letztlich ankommt – Lebensqualität pflege- und betreuungsbedürftiger erwachsener Menschen

Auf jene Bereiche der Lebensqualität zu fokussieren, die für pflegebedürftige Personen tatsächlich

hohe Bedeutung haben und die durch Pflege- und Betreuungsdienste tatsächlich beeinflussbar sind, kann insbesondere in Zeiten knapper Ressourcen eine gute Orientierung geben. Diese Aspekte können die Zielrichtung vorgeben, was durch Pflege und Betreuung erreicht werden soll – also Orientierung für das WAS der professionellen pflegerischen Versorgung.

Ein internationales Forschungsteam in England hat im Rahmen mehrerer groß angelegter Forschungsprojekte ein Instrument zur standardisierten Erfassung von Lebensqualität in professionellen Langzeitpflege-Settings erarbeitet und dabei folgende acht durch Pflege und Betreuung beeinflussbare Bereiche der Lebensqualität als zentral herausgearbeitet (vgl. Netten et al. 2011 und 2012):

- Würde und Selbstwertgefühl
- Selbstbestimmung
- Persönliche Sicherheit
- Körperpflege und körperliches
- Wohlbefinden
- Essen und Trinken
- Sauberes und wohnliches Zuhause
- Sozialleben
- Aktivität und Beschäftigung

Entstanden ist das Instrument vor dem Hintergrund, dass in den 2000er Jahren die als unzureichend bemängelte Pflege und die fehlende Transparenz der Qualität von Pflegeeinrichtungen in Großbritannien öffentlich stark kritisiert wurden (vgl. Weidekamp-Meicher 2018). In diesem Zusammenhang hat das englische Gesundheitsministerium im Rahmen der Initiative „Outcomes of Social Care for Adults“ ein Forschungsteam der Universität Kent beauftragt, Instrumente zu entwickeln, um die Lebensqualität von erwachsenen Menschen, die sozialpflegerische Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, zuverlässig beurteilen zu können (vgl. Netten et al. 2002).

Ein zentraler Ausgangspunkt des Entwicklungsprozesses war der Anschluss an die soziale Sicht auf Behinderung. Im Gegensatz zum individualistischen Modell, das Behinderung mit funktionaler Beeinträchtigung gleichsetzt, die individuell bewältigt werden muss, fokussiert die soziale Sicht auf Behinderung auf kontextuelle Barrieren, die verhindern, dass betroffene Personen kein Leben wie Menschen ohne Behinderung führen können (vgl. Netten et al. 2011). Diese Perspektive steht im Einklang mit Amartya Sen‘s „Capability Approach“, welcher der Darstellung und Messung individueller und gesellschaftlicher Wohlfahrt dient. In diesem Modell wird zwischen Funktionen (z.B. sicher oder mobil zu sein oder Aktivitäten wie beispielsweise Einkaufen nachgehen zu können) und Fähigkeiten (verstanden als Verwirklichungschancen, Dinge zu tun oder zu sein) unterschieden (vgl. Netten et al. 2011). Das zu entwickelnde Instrument sollte nicht auf die Bewertung von Funktionszuständen fokussieren, sondern auf konkrete Verwirklichungschancen, die einem erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen durch Pflege- und Betreuungsdienste geschaffen werden (vgl. Netten et al. 2011 und 2012).

Weiters sollte bei der Entwicklung der Instrumente berücksichtigt werden, dass die wichtigsten Aspekte des Lebens umfasst werden, die durch Beeinträchtigungen unterschiedlichster Art beeinflusst werden und bei denen Pflege und Betreuung eine wichtige Rolle spielen. Dabei sollte es nicht von Bedeutung sein, ob die Beeinträchtigung durch Demenz, andere psychische Probleme oder körperliche Umstände verursacht wird. Vielmehr sollten die unterschiedlichen Bereiche auf alle Arten von Versorgungseinrichtungen angewendet werden können. Dabei soll die Frage im Vordergrund stehen, OB der Bedarf abgedeckt ist und nicht WIE. Um die Präferenzen der pflegebedürftigen Personen widerspiegeln zu können, sollten die Lebensbereiche entsprechend gewichtet werden können (vgl. Netten et al. 2012).

Unter Berücksichtigung dieser Ideen und unter Verwendung bestehender Bewertungsinstrumente zur Bedarfsermittlung wurden in einem mehrstufigen Entwicklungsprozess die oben genannten acht Bereiche der Lebensqualität ermittelt, die für pflegebedürftige Personen wichtig sind und die durch Pflege und Betreuung beeinflusst werden können. In diesen Entwicklungsprozess wurden unterschiedliche Interessengruppen und pflegebedürftige Personen einbezogen (vgl. Netten et al. 2012).

Lebensqualität in der Langzeitpflege ist messbar

Das zentrale Instrument, das im Rahmen dieser Projekte entwickelt wurde, ist heute als „Adult Social Care Outcomes Toolkit“ (ASCOT) bekannt. ASCOT besteht aus einer Sammlung von Teilinstrumenten, die für unterschiedliche Arten sozialer Dienstleistungen, Versorgungssettings und Zielgruppen sowie unterschiedliche Anliegen eingesetzt werden können.

ASCOT wurde vom Team des Forschungsinstituts für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien ins Deutsche übersetzt und validiert (vgl. Trukeschitz et al. 2020 und 2021). Die deutsche

Version von ASCOT ist für Praxis und Forschung verfügbar. (Weiterführendes dazu finden Sie im Artikel von Assma Hajji und Birgit Trukeschitz in diesem Heft.)

Ausgewählte pflegerelevante Lebensbereiche im Detail

Mit der Orientierung an den oben genannten Dimensionen der Lebensqualität kann die Zielrichtung der Pflege und Betreuung bestimmt werden, d. h., WAS mit der professionellen Versorgung pflegebedürftiger Personen erreicht werden soll.

Im Folgenden wird exemplarisch auf die Domänen „Selbstbestimmung“ und „Sozialleben“ näher eingegangen. Dass für pflege- bzw. betreuungsbedürftigen Menschen Verwirklichungschancen in diesen Lebensqualitätsbereichen besonders wichtig sind, haben Hajji et al. (2020) in einer österreichweiten Studie nachwiesen. Darüber hinaus wird auch auf die Domäne „Würde und Selbstwertgefühl“ fokussiert, nicht nur, weil die Achtung der Würde in den für die Langzeitpflege relevanten Gesetzen sowie in den ethischen Normen der Pflegeberufe eingefordert wird, sondern weil diese Domäne aus meiner Sicht alle anderen Lebensbereiche durchzieht.

Zu diesen drei Domänen – „Selbstbestimmung“, „Sozialleben“ und „Würde und Selbstwertgefühl“ – werden nun konzeptionelle Überlegungen skizziert und wird auf Basis ausgewählter empirischer Befunde gezeigt, WIE in diesen Bereichen gute Lebensqualität erreicht werden kann bzw. was dieser Zielsetzung entgegensteht. Dabei wird sichtbar, dass es bei der Frage, WIE Lebensqualität durch Pflege und Betreuung positiv beeinflusst werden kann, nicht nur um die korrekte Umsetzung und Ausführung von Pflegemethoden und -techniken geht, sondern entscheidend auch darum, wie eine Pflegeorganisation ausgerichtet ist, und dass gerade bisher „unsichtbare Pflegetätigkeiten“ (Sasso et al. 2017), wie Vertrauensaufbau, Beziehungsarbeit und verstehende Zuwendung, eine entscheidende Rolle spielen.

Selbst bestimmen können

Bei der Domäne Selbstbestimmung geht es darum, dass eine Person Entscheidungen treffen kann und die Möglichkeit hat, Dinge zu tun oder für sich erledigen zu lassen, wie und wann sie das will (vgl. Trukeschitz et al. 2018). Selbstbestimmung – das bedeutet entsprechend den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Vorstellungen zu entscheiden und zu handeln und hat auch einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und das Gefühl der eigenen Würde (vgl. Hughes/Burch 2019; Pfabigan 2021). Insbesondere Entscheidungsautonomie hat viel mit dem Erleben von Selbstwirksamkeit zu tun und steht eng mit dem Erleben in Zusammenhang, Gelegenheit und Möglichkeiten zu haben, auf das WO, WER, WAS und WIE der Pflege einwirken zu können (vgl. Döbler 2020). Um das Gefühl zu haben, selbstbestimmt agieren zu können, ist nicht immer erforderlich, dass der gesamte Handlungsvollzug auch selbst durchgeführt wird. Es kommt für die pflegebedürftige Person vielmehr darauf an, die Kontrolle darüber zu haben, dass das geschieht, was ihren Bedürfnissen entspricht. In der Langzeitpflege geht es bei der Frage der Selbstbestimmung oftmals nicht um existenzielle Entscheidungen, sondern um viele kleine, aber bedeutungsvolle Dinge des Alltags. So kann z.B. die Biografie-Arbeit in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen, um die Bedürfnisse und Wünsche der pflegebedürftigen Person besser zu verstehen. Darüber hinaus spielen vor allem gute Beziehungen zum Pflege- und Betreuungspersonal eine wichtige Rolle für die wahrgenommene Selbstbestimmung (vgl. Hughes/Burch 2019; Ottenvall-Hammar et al. 2016). Solche Beziehungen zeichnen sich durch Vertrautheit, Kontinuität und Verständnis für die Anliegen der pflegebedürftigen Person aus, wie in unterschiedlichen empirischen Studien nachgewiesen werden konnte (vgl. Hughes/Burch 2019; Ottenvall-Hammar et al. 2016; Döbler 2020).

Hughes und Burch (2019) zeigen auf, dass professionelle Pflege und Betreuung in der häuslichen Pflege nicht per se die wahrgenommene Selbstbestimmung fördert. Eine aufgabenorientierte, unflexible Pflege und Unverlässlichkeit bezüglich der Einsatzzeiten beeinträchtigen die Selbstbestimmung. Dagegen gilt auch hier, dass gute Beziehungen und das Verständnis der Pflege- und Betreuungspersonen dafür, wie der jeweilige pflegebedürftige Mensch das Älterwerden und das Leben in einer Pflegebeziehung wahrnimmt, zentral für die erlebte Selbstbestimmung sind (vgl. Hughes/Burch 2019).

Es ist wichtig zu verstehen, dass nur jene Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten relevant für die wahrgenommene Selbstbestimmung sind, die Bedeutung für die Person haben, ihre Individualität hervorkehren und Entwicklungsmöglichkeiten bieten (vgl. Brandenburg 2005). Wenn jedoch eine Person über Dinge, die ihr wichtig sind, nicht selbst entscheiden kann, kann dies dazu führen, dass sie sich ausgeliefert,

ohnmächtig und wertlos fühlt, was wiederum zu einem Verlust der Lebensmotivation führen kann (vgl. Pfabigan 2011).

Bedeutungsvolle Beziehungen haben und sich als Teil einer Gemeinschaft fühlen können

Das Sozialleben ist eine weitere Domäne, die für Personen in der Langzeitpflege eine hohe Bedeutung hat. Es geht dabei darum, dass die pflegebedürftige Person für sie bedeutungsvolle Beziehungen zu Freunden und Familienangehörigen hat und sich als Teil einer Gemeinschaft fühlt, sofern ihr das wichtig ist (vgl. Trukeschitz et al. 2018).

In Beziehungen zu sein bedeutet vor allem Interaktion. Ist diese von Respekt, Freundlichkeit oder Liebe geprägt, dann wirkt sie sich positiv auf die Lebensqualität aus. Vertrauensvolle Beziehungen, ein gelungener Austausch mit Angehörigen, Freunden, Mitbewohner*innen, vorsorgebevollmächtigten Personen, gesetzlichen Betreuer*innen und nicht zuletzt mit den Pflege- und Betreuungspersonen sind ein zentrales Element der Lebensqualität in der geriatrischen Langzeitpflege (vgl. DGP 2020). Insbesondere Bewohner*innen von Pflegeheimen sind aufgrund mangelnder oder nur oberflächlicher Kontakte und aufgrund oft brüchiger oder fehlender sozialer Netzwerke außerhalb der Einrichtungen besonders vulnerabel (vgl. Pfabigan/Pleschberger 2020). Deshalb ist es in diesem Setting besonders wichtig, dass sich Pflege- und Betreuungspersonen darum bemühen, ein positives psychosoziales Klima innerhalb der Gemeinschaft zu schaffen. Studien weisen darauf hin, dass insbesondere Bewohner*innen mit demenziellen Veränderungen bisweilen mit Wut, Ärger und aggressiven Äußerungen reagieren, wenn Pflege- und Betreuungspersonen vorrangig aufgabenorientiert handeln und die psychosoziale Interaktion vernachlässigen oder die Bewohner*innen gar explizit ignorieren. Erscheinen Pflege- und Betreuungspersonen für die Bewohner*innen unerreichbar, kann dies bei pflegebedürftigen

Davide Angelini

Personen mit demenziellen Veränderungen auch Angstgefühle auslösen und zu herausforderndem Verhalten führen (vgl. Müller-Hergl 2018). Wenn die Pflegeorganisation aufgrund hohen Arbeitsdrucks vorrangig auf Funktionalität ausgerichtet ist und/oder der Fokus vorrangig auf Risikomanagement und Haftungsvermeidung liegt, so hat dies nachgewiesenermaßen negative Auswirkungen auf die Lebensqualität, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner (vgl. Müller-Hergl 2018).

Sich im Würde- und Selbstwertgefühl gestärkt fühlen

Die Begriffe Würde und Selbstwertgefühl habe zwei Achsen: Einerseits beziehen sie sich auf das, WAS durch professionelle Pflege und Betreuung erreicht werden soll, nämlich dass sich die pflegebedürftige Person in ihrem Gefühl der Würde und des Selbstwerts gestärkt sieht. Andererseits geben sie das WIE vor – nämlich als normative Vorgabe, die Würde jedes Menschen zu achten. In diesem Sinne betrifft diese Domäne alle positiven und negativen Auswirkungen der Betreuung und Pflege auf das Würde- und Selbstwertgefühl der betreuten Person (vgl. Trukeschitz et al. 2018). Würde ist als Gestaltungsauftrag zu verstehen, der beinhaltet, dem pflegebedürftigen Menschen mit Respekt und auf gleicher Augenhöhe zu begegnen und ihn ernst zu nehmen (vgl. Pfabigan 2011). Die relationale Dimension der Menschenwürde zielt auf die Integrität zwischenmenschlicher Beziehungen ab und verweist auf die Unverzichtbarkeit einer verstehenden Zuwendung (vgl. Maio 2017). Durch eine verstehende Zuwendung wird der hilfesuchenden Person verdeutlicht, dass sie uns wichtig ist und dass das, was sie fühlt und denkt, nicht abgetan, sondern als bedeutsam anerkannt wird (vgl. Maio 2017). Diese Haltung des Beistands vermittelt dem Menschen auch in seiner Abhängigkeit und Hilfebedürftigkeit Anerkennung und lässt in ihm das heilsame Gefühl der Würde und der Selbstachtung wachsen (vgl. Pfabigan 2011, Maio 2017). Dass verstehende Zuwendung ein zentraler Wirkfaktor von Pflege und Betreuung ist, verdeutlicht beispielsweise die Aussage eines pflegebedürftigen Mannes auf die Frage, worauf es letztlich ankommt: „Wenn ma mit wem redn kann, egal um wos es geht, und es Gfühl hot, verstanden zu werden, fühl i mi wia a Mensch, […] dann bin i a wea.“ [1]

Dagegen nehmen Selbstachtung und Würdegefühl massiven Schaden, wenn die pflegebedürftigen Menschen permanent die Erfahrung machen, dass alles, was ihnen wichtig und wertvoll ist, übergangen wird und als vernachlässigbar abgewertet wird. Das Schädigende an derartigen Missachtungserfahrungen ist, dass die für die Lebensführung so wichtige motivationale Kraft, die Selbstachtung spendet, verloren geht. Das hat nachhaltig negative Gefühle zur Folge, wie Empörung, Wut, Trauer, Rückzug, Verlassenheitsgefühle, das Gefühl extremer Hilflosigkeit bis hin zum Wunsch, zu sterben (vgl. Pfabigan 2011).

In Krisenzeiten Fokussierung auf das Wesentliche: Ballast abwerfen für einen Zugewinn an Lebensqualität in der Langzeitpflege

Die Domänen der Lebensqualität, wie sie hier aufgezählt und exemplarisch skizziert wurden, bieten eine gute Orientierung dafür, was in der professionell geleisteten Langzeitpflege erreicht werden soll, also für das WAS der Pflege. Um diese Ziele auch messen zu können, liegen bereits validierte Instrumente vor (Weiterführendes dazu im Artikel von Assma Hajji und Birgit Trukeschitz in diesem Heft). Auch zur Frage, WIE die Zielsetzungen in den einzelnen Domänen erreicht werden können, kann auf umfangreiche Wissensbestände zurückgegriffen werden, die theoriegeleitetes und evidenzbasiertes Arbeiten erlauben.

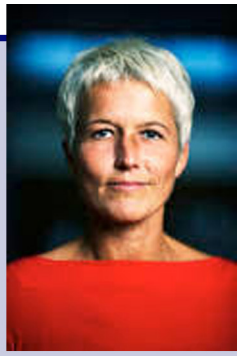
Allerdings ist die Realisierung von Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen nicht voraussetzungslos und provoziert die Frage, ob Lebensqualität als Zielsetzung der Langzeitpflege und -betreuung in Zeiten fehlender finanzieller und personeller Ressourcen nicht völlig überzogen ist.

Dagegen möchte ich einwenden, dass es gerade in krisenhaften Zeiten mit Blick auf das individuelle und gesellschaftliche Wohl zentral ist, auf das Wesentliche zu fokussieren. Im Sinne einer Sicherstellung von sozialer Teilhabe und einer würdevollen Versorgung bedeutet das, Verwirklichungschancen für pflegebedürftige Personen in jenen Aspekten des Lebens zu sichern, die ihnen wichtig und die durch Pflege- und Betreuungsdienstleistungen auch beeinflussbar sind. Ressourcen für diesen „kulturellen Umbruch“ könnten teilweise dadurch freigemacht werden, dass jener „Ballast“ abgeworfen wird, der Pflege- und Betreuungspersonen unnötig von der direkten Arbeit an und mit den pflegebedürftigen Personen abhält. Um zu entscheiden, was als „Ballast“ entsorgt werden kann, ist ein Austausch zwischen politischen Entscheidungsträgern, Kostenträgern, der Fachcommunity der Pflege und Betroffenen zu führen, wie es auch im Bericht zur

TaskForce Pflege (vgl. Rappold et al. 2020) gefordert wird.

Wie in obigen Ausführungen gezeigt wurde, setzt das Erreichen einer guten Lebensqualität trotz Abhängigkeit – neben fachlichen Kompetenzen der Pflege- und Betreuungspersonen – auch eine vertrauensvolle Beziehung und Verständnis für die Anliegen der pflegebedürftigen Person sowie eine Kontinuität der Versorgungssituation voraus. Pflege- und Betreuungspersonen in fachlicher und organisatorischer Hinsicht dahingehend zu unterstützen, damit diese interpersonelle Interaktion gelingen kann, ist ein zentraler Schritt, um die Lebensqualität der Betreuten in diesem Bereich sicherzustellen. Eine Konzentration auf die pflegebezogene Lebensqualität sowie die Betonung des Charakters von Pflege und Betreuung als Interaktionsarbeit im Zentrum der Qualitätsbemühungen würde nicht nur den pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen zugutekommen. Vielmehr könnte ein derart umfassender und mutiger Kulturwechsel dazu beitragen, dass Pflege- und Betreuungsberufe wieder attraktiver werden und die Arbeit als sinnvoll und weniger belastend wahrgenommen wird. Es ist hoch an der Zeit!

Autorin



Dr.in Doris Pfabigan
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Mitglied des ASCOT-Teams für den deutschsprachigen Raum am Forschungsinstitut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien
doris.pfabigan@wu.ac.at

Literatur

Brandenburg, H. (2005): Autonomieförderung durch Pflegende in der Langzeitpflege? In: Huber, Martin/Siegel, Siglinde Anne/Wächter, Claudia/Brandenburg, Andrea (Hrg.): Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

DGP, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hrg.) (2020). S1 Leitlinie - Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie -Langfassung - AWMF Registernummer 184 – 001. https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelleleitlinien.html

Döbler, M.; (2020): Menschenrechte und Lebensqualität in Alten(pflege)heimen. Alles eine Frage der Perspektive? In: Frewer, a. Klotz, S.; Herrler, Ch.; Bielefeldt, H. (Hrg.): Gute Behandlung im Alter? Menschenrechte und Ethik zwischen Ideal und Realität. Bielefeld: transcript:175-222

Estermann, J. (2008): Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann. Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue Suisse de Sociologie = Swiss Journal of Sociology, 34(1):187-210

Müller-Hergl, Ch. (2018): Expertenstandard Demenz. Beziehung als Brücke. In: „Die Schwester Der Pfleger“ 7/2018:12-18

Hajji, A.; Trukeschitz, B.; Malley, J; Batchelder, L.; Saloniki, E.; Linnosmaa, I.; Lu, H. (2020): Population-based preference weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) for service users for Austria: Findings from a best-worst experiment. In: Social Science & Medicine 250/112792

Hughes, S.; Burch, S. (2020): ‘I‘m not just a number on a sheet, I’m a person’: Domiciliary care, self and getting older. Health Soc Care Community. 2020 Mai;28(3):903-912. doi: 10.1111/hsc.12921 Epub 2019 Dezember 12. PMID: 31833154; PMCID: PMC7187425

Maio, G. (2017): Mittelpunkt Mensch – Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Schattauer GmbH, Stuttgart

Netten, A.; Ryan, M.; Smith, P.; Skatun, D.; Healey, A.; Knapp, M.; Wykes, T. (2002): The Development of a Measure of Social Care Outcome for Older People. Personal Social Services Research Unit, University of Kent at Canterbury. https://www.researchgate.net/publication/254635895

Netten, A.; Beadle-Brown, J.; Caiels, J.; Forder, J.; Malley, J.; Smith, N.; Towers, A-M.; Trukeschitz, B.; Welch, E.; Windle, K. (2011): ASCOT adult care outcome toolkit. Main guidance v2.1. PSSRU Discussion Paper 2716/3. https://www.pssru.ac.uk/pub/dp2696_2.pdf

Netten A., Burge P., Malley J., Potoglou D., Towers A., Brazier J., Flynn T., Forder J., Wall B (2012) Outcomes of Social Care for Adults: Developing a Preference-Weighted Measure, Health Technology Assessment, 16, 16, 1-165 . https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta16160/#/abstract

Ottenvall Hammar, I.; Dahlin-Ivanoff, S.; Wilhelmson, K.; Eklund K. (2016): Self-determination among community-dwelling older persons: explanatory factors, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, DOI: 10.3109/11038128.2015.1126348

http://dx.doi.org/10.3109/11038128.2015.1126348

Pfabigan, D. (2011): Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege: Eine philosophische, disziplinen- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns, hpsmedia, Hungern

Pfabigan, D.; Pleschberger, S. (2020): Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen – Ein Wegweiser für die Praxis. Gesundheit Österreich, Wien

Pfabigan, D. (2021): „Was ist Ihnen eigentlich wichtig?“ Dimensionen der Lebensqualität in der Langzeitpflege. Imago Hominis (2021); 28(2): 113-120

Rappold, E.; Juraszovich, B.; Weißenhofer, S.; Edtmayer, A. (2021): Taskforce Pflege, Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen. Gesundheit Österreich, Wien

Sasso, L.; Bagnasco, A.; Aleo, G.; Catania, G.; Dasso, N.; Zanini, MP.; Watson, R. (2017) Incorporating nursing complexity in reimbursement coding systems. The potential impact onmissed care. BMJ Qual Saf 26(11):929–932

Sonntag, P.; Baer, N.; Kuhlmey, A. Suhr, R.; Schenk, L. (2018): Qualität und Qualitätsmessung in der Langzeitpflege aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer. In: Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrg.): Pflege-Report 2018. Springer, Heidelberg: 85-96 file:///C:/Users/User/Downloads/978-3-662-56822-4%20(3).pdf

Staflinger, H. (2019): Personalbedarf und -einsatz in den OÖ. Krankenhäusern. Grundlagen - Herausforderungen - Entwicklungsbedarf. Hrg. v. Arbeiterkammer, Oberösterreich, Linz

Stewig, F.; Schuchter, P.; Domittner, B.; Breyer E. (2011): Pflege-Ergebnisqualität. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. https://jasmin.goeg.at/214/1/Pflege-Ergebnisqualit%C3%A4t.pdf

Trukeschitz, B. (2011): Worauf es letztlich ankommt. Ergebnisqualität in der Langzeitpflege und -betreuung. In: Kurswechsel 4 / 2011: 22–35 https://research.wu.ac.at/de/publications/worauf-es-letztlich-ankommt-ergebnisqualit%C3%A4t-in-der-langzeitpfleg-6

Trukeschitz, B.; Hajji, A.; Litschauer, J.; Kieninger, J.; Linnosmaa, I. (2018): Wie wirken sich Pflegedienste auf die Lebensqualität aus? Trendreport (2018) 1: 15-17 https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/ri/altersoekonomie/Trendreport_1_2018_ASCOT.pdf

Trukeschitz, Birgit; Litschauer, Judith; Hajji, Assma; Kieninger, Judith; Schoch, Adiam; Malley, Juliette; Rand, Stacey; Linnosmaa, Ismo and Forder, Julien (2020) Cross-Cultural Adaptation and Construct Validity of the German Version of the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Service Users (German ASCOT). Health and Quality of Life Outcomes, 18:326,1-19

Trukeschitz, Birgit; Hajji, Assma; Litschauer, Judith; Malley, Juliette; Schoch, Adiam; Rand, Stacey; Linnosmaa, Ismo; Forder, Julien (2021) Translation, Cultural Adaptation and Construct Validity of the German Version of the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Informal Carers (German ASCOT-Carer) Quality of Life Research, 30: 905-920: https://doi.org/10.1007/s11136-020-02682-4

Weidkamp-Maicher, M. (2018): Messung von Lebensqualität im Kontext stationärer Pflege. In: Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrg.): Pflege-Report 2018. Springer, Heidelberg:71-84. file:///C:/Users/User/Downloads/978-3-662-56822-4%20(3).pdf

Fußnote

[1] Interview-Aussage eines pflegebedürftigen Mannes auf die Frage, was Würde für ihn bedeutet. Dieses Interview wurde im Rahmen der Entwicklung eines Konzepts zur Lebensqualität für eine Trägerorganisation geführt.

Lebensqualität in der Langzeitpflege - „Es braucht nicht mehr - es braucht anderes“

Interview mit der Leiterin der Pflege-NÖ-Ost der Caritas der Erzdiözese Wien

Was bedeutet es für eine Trägerorganisation, die Pflegewohnhäuser betreibt und mobile Dienste anbietet, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Lebensqualität der gepflegten Menschen in den Mittelpunkt zu stellen? Wie kann dieser Perspektivenwechsel gelingen? Was verändert dieser Perspektivenwechsel für gepflegte Menschen, deren An- und Zugehörige und für Mitarbeitende?

In diesem Interview schildert Gabriela Hackl, die wirtschaftliche und fachliche Leiterin der Pflege NÖ-Ost der Caritas der Erzdiözese Wien, wie das Caritas-Lebensqualitätskonzept entstanden ist und wie es eingeführt wurde. In einem Gespräch mit Doris Pfabigan spricht sie über Stolpersteine, die auf diesem Weg überwunden werden mussten, Erkenntnisse, die gewonnen und Erfolge, die erreicht werden konnten, aber auch darüber, dass es kontinuierliche Bemühungen braucht, um den Fokus auf Lebensqualität nicht aus den Augen zu verlieren. Gabriela Hackl resümiert, dass der mit der Perspektive auf Lebensqualität verbundene Zugang zu den pflegebedürftigen Menschen hilft, mit sehr schwierigen Themen wie „assistierter Suizid“ besser umzugehen und dass gepflegte Menschen, aber auch die Pflege- und Betreuungspersonen Krisenzeiten wie die COVID-19 Pandemie gut überstehen können.

Fokus Lebensqualität – Weil es nicht um standardisierte Versorgungsprozesse geht

Was war die Motivation, die Lebensqualität in der Langzeitpflege in den Vordergrund zu stellen?

Warum haben wir das Lebensqualitätskonzept eingeführt? Wir sind im Bereich Pflege der Caritas alle dafür da, dass es unseren Bewohner*innen und unseren Kund*innen gut geht. Und Lebensqualität für jeden einzelnen i s t einfach das Um und Auf. Es geht nicht um standardisierte Vorgehensweisen. Ja, die braucht es in der Pflege in manchen Dingen, aber es geht um individuelle Lebenszufrieden-

heit einzelner Menschen, es geht um individualisierte zielgerichtete Interventionen in der Pflege und Betreuung und nicht um standardisierte Versorgungsprozesse, die, so sage ich mal, über alle darübergestülpt werden. Und das war eigentlich der Grund, warum wir gesagt haben, wir fokussieren uns auf die Lebensqualität einzelner.

Wie aus dem ASCOT-Erhebungsinstrument ein Lebensqualitätskonzept entstand

Das Lebensqualitätskonzept der Caritas Pflege Wien und NÖ-Ost orientiert sich am Erhebungsinstrument ASCOT. Dabei geht es um jene Bereiche der Lebensqualität, die durch Pflege und Betreuung beeinflussbar sind. Wie wurde das Lebensqualitätskonzept erstellt?

Wir bei der Caritas Pflege Wien und NÖ-Ost haben erste Erfahrungen mit dem Instrument ASCOT gemacht, mit dem pflegerelevante Lebensqualität erfasst werden kann. Da geht es um acht Domänen: Würde und Selbstwertgefühl, Selbstbestimmung, persönliche Sicherheit, Körperpflege und körperliches Wohlbefinden, Essen und Trinken, sauberes und wohnliches Zuhause, Sozialleben sowie Aktivität und Beschäftigung. Das ist ein sehr spannendes Instrument. Wir Pflegedienstleitungen haben uns dann in einer Klausur zusammengesetzt und überlegt, wie sich dieses Instrument in ein Konzept gießen lässt. Die konkrete Erarbeitung des Lebensqualitätskonzepts erfolgte im Jahr 2016 und wurde als breit angelegter partizipativer Prozess organisiert. Da waren Bewohner*innen, Kund*innen und Mitarbeitende aus den unterschiedlichen Berufsgruppen eingebunden, die alle ihre Perspektive eingebracht haben. Gemeinsam wurde daran gearbeitet, theoretisch fundierte Grundlagen zu den jeweiligen Domänen der Lebensqualität verständlich und komprimiert darzustellen und mit der Wertorientierung der Caritas Pflege in Beziehung zu setzen. Der Prozess wurde von zwei Mitarbeiter*innen der Gesundheit Österreich GmbH begleitet. Das war schon eine sehr aufwendige Sache, weil es auch ein Anliegen war, das Konzept so zu formulieren, dass es für alle Mitarbeitenden verständlich ist. Wir haben ja viele Mitarbeitende, deren Muttersprache nicht Deutsch ist. Ja, das war schon sehr aufwendig, aber dann ist es gestanden.

Lebensqualität in der Organisation umsetzten - was da wirklich dahintersteckt, galt es zu lernen

Wie wurde der Implementierungsprozess konzipiert und organisiert?

Den Umsetzungsprozess haben wir mit einer sehr großen Veranstaltung gestartet. Die Hauptverantwortung für die Implementierung hatten die Führungskräfte des mittleren Mangagements, die bei den Bewohner*innen, bei den Kund*innen arbeiten. Sie fungierten sozusagen als Multiplikator*innen. Der Implementierungsprozess wurde in Wien und Niederösterreich durch Trainer*innen begleitet. Diese Trainer*innen wurden bezüglich des Lebensqualitätskonzepts geschult, zusätzlich haben sie noch ein paar Skills mitbekommen, damit sie gut mit den Führungskräften arbeiten können. Ihre Aufgabe war, die Führungskräfte bei der Umsetzung zu stützen und zu unterstützen. Das heißt, die TrainerInnen haben sich in regelmäßigen Abständen mit den Führungskräften getroffen, um sich zu folgenden Punkte auszutauschen: Was sind deine Ziele in der Umsetzung des Lebensqualitätskonzepts? Was hast du erreicht? Was ist dein nächster Schritt und was ist dein nächstes Ziel? Also Ziel formulieren, evaluieren und weitergehen. Das waren so die ersten drei Jahre, in denen dieser Prozess in Wien und in Niederösterreich gleich abgelaufen ist. Wir haben dann auch unser Leitbild und die Dokumentation angepasst. Das bedeutet, dass in der Anamnese die Domänen abgebildet sind. Auch in der Regelkommunikation haben wir das Thema Lebensqualität fest verankert und die Fallbesprechungen richten sich an den Domänen der Lebensqualität aus.

Welche Hürden gab es bei der Umsetzung?

Hürden bei der Umsetzung gab es aus zwei verschiedenen Richtungen: Da waren die einen, die gesagt haben, „das machen wir eh schon immer so“. Das Lebensqualitätskonzept liest sich flüssig, es sind einfach formulierte Sätze, aber in der Tiefe, in der Fachlichkeit, ist es wirklich hochkomplex. Und das haben die Mitarbeitenden und Führungskräfte erst lernen müssen, was da wirklich dahintersteht. Das hat ein bisschen gedauert und war manchmal wirklich schwierig in den Kopf hineinzubekommen: „NEIN, das haben wir nicht immer so gemacht“.

Ja und dann gab es die anderen, die gesagt haben, die Selbstbestimmung der Kundinnen geht über alles, nämlich auch über die eigene Fachlichkeit. Hier ging es zentral um die Frage, wo muss ich aufhören zu sagen, du hast recht lieber Kunde, es passiert 100 Prozent so, wie du möchtest, ich bin nur in beratender Funktion da. Da hatten wir beispielsweise eine Kundin, die sich ein Ulcus nicht verbinden lassen wollte. Die Wunde hat sich immer mehr ver-

schlechtert, aber die Betroffene wollte nicht ins Spital und hat alles abgelehnt. Da galt es zu lernen, wie gut mit dem Spannungsverhältnis zwischen objektivem Versorgungsbedarf und subjektiven Bedürfnissen und Wünschen der gepflegten Menschen umgegangen werden kann: Wie ist in solchen Fällen, wo Selbstgefährdung gegeben ist, vorzugehen, wer muss worüber informiert werden, was muss wie dokumentiert und wie kann interveniert werden?

Ein weiterer Aspekt, den die Mitarbeitenden erst lernen mussten, ist, dass die Umsetzung des Lebensqualitätskonzeptes eine Politik der kleinen Schritte ist: Was für einen pflegebedürftigen Menschen ein unglaublicher Gewinn in seiner Lebensqualität ist, ist für Mitarbeitende vielleicht ein Handgriff und nicht mehr. Und das haben sie lernen müssen. Es sind viele, viele kleine Schritte und diese kleinen Schritte sind bei jedem anders. Ein Beispiel: Die Lieblingshose eines Klienten war eine Schlosserhose. Und die Mitarbeiterin fragt ihn, ob er diese Hose wieder anziehen will. Dann sagt er: „Nein, die ziehe ich nicht mehr an, die ist mit Waschmittel gewaschen und das stinkt.“ Die Pflegekraft fragt, wie er sie denn gerne gewaschen hätte. „Mit Kernseife, so wie es meine Oma immer gemacht hat“, sagt der Klient. Dann ist die Hose mit Kernseife gewaschen worden und der Kunde ist aus der Hose fast nicht mehr rausgekommen. Und das sind so diese ganz, ganz kleinen Dinge, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aber hohe Sensibilität erfordern und ein wirklich aktives Hinhören und Zuhören. Und d a s haben sie lernen müssen, dass das nicht die g r o ß e n Projekterfolge sind, sondern kleine Schritte, nämlich für jeden einzelnen gepflegten Menschen.

Wie konnten diese Hürden gemeistert werden?
Wir haben viele Gespräche geführt. Was diese Kundin betrifft, die sich das Ulcus nicht verbinden lassen wollte, haben wir mit der Mitarbeiterin, der Teamleitung, der Pflegedienstleitung und der Kundin Gespräche geführt, um dieses Missverständnis auszuräumen. Und es ist nie wieder vorgekommen.

Ja, und da sind wir draufgekommen, dass ein großer Baustein bei der Umsetzung des Lebensqualitätskonzeptes in einem Aushandlungsprozess zwischen dem gepflegten Menschen und der Pflegeperson beruht. Dazu brauche ich nicht nur fachliches Wissen, sondern auch Beratungskompetenz. Wenn ich keine sinnvollen Alternativen anbieten kann, dann gibt es auch keinen Aushandlungsprozess, dann mache ich das, und fertig! Und deshalb haben wir alle diplomierten Pflegepersonen in Beratung geschult. Es hat ein bisschen gedauert, bis wir diesen Schulungsbedarf gesehen und Maßnahmen ergriffen haben, aber dann ist es deutlich besser geworden.

Was sich durch die Ausrichtung auf Lebensqualität verändert hat – einige Highlights

Was hat sich mit der Einführung des Lebensqualitätskonzepts verändert, hinsichtlich Bewohner*innen, Kund*innen, Mitarbeitenden und Führungskräften?
Wir haben aufgrund des Lebensqualitätskonzeptes mit unterschiedlichen Instrumenten, die auf der ASCOT-Website des Forschungsinstituts für Altersökonomie der WU Wien erhältlich sind, Befragungen zur Lebensqualität im mobilen Bereich und in den Pflegewohnhäusern durchgeführt. Es hat uns interessiert, wo wir den höchsten Einfluss auf die Lebensqualität haben. Und das ist im mobilen Bereich natürlich Körperpflege und körperliches Wohlbefinden, Essen und Trinken und sauberes und wohnliches Zuhause. A b e r eben auch das Thema Selbstbestimmung. Also das Thema Selbstbestimmung hat sich im mobilen Bereich wesentlich verbessert. Durch unsere Beratungsleistung konnten wir den Kund*innen viele Möglichkeiten anbieten und dadurch haben sie gefühlt mehr Selbstbestimmung bekommen. Das war wirklich d a s Highlight für mich!

Die Mitarbeitenden, das fällt deutlich auf, sind mündiger geworden und die Eigenverantwortung ist durch die Umsetzung des Konzepts höher geworden. Und wir haben im Weinviertel kein Problem, Personal zu finden. Eine sehr taffe Pflegedienstleitung ganz der alten Schule, die jetzt in Pension gegangen ist, hat sich deswegen bei mir noch für das Lebensqualitätskonzept bedankt. Denn wenn Bewerber*innen unser Leitbild sehen, dann sagen sie: „Deswegen bin ich da, und da kann ich arbeiten.“ Da denke ich mir schon: „Wow“!

Was die Führungskräfte betrifft, so stehen mittlerweile alle dahinter und das schon seit längerem. Das Lebensqualitätskonzept hat Eingang in die Qualitätsinstrumente bekommen, so, dass es immer drinnen ist, dass es immer verortet ist. Ja, also ich kenne jetzt keine Haus- und Pflegedienstleitung, weder in Wien noch in Niederösterreich, die sagt: „Das ist Sache der Wohnbereichsleitung“ oder: „Interessiert mich nicht.“ Wenn wir früher über Pflegekonzepte von Ohrem oder Krohwinkel gespro-

chen haben, dann hat niemand so genau gewusst, worum es da geht. Aber das Lebensqualitätskonzept haben sie alle am Kopf und auf der Zunge und sie tragen es nach außen.

Verändert hat sich außerdem die Gestaltung unserer Häuser. Sie sind viel offener, viel bunter geworden. Es gibt beispielsweise Fotowände und es ist immer ersichtlich, wer im Dienst ist. Bewohnerbesprechungen, aber auch Kundenbesprechungen werden anhand der Domänen gemacht. Das Instrument für Fallbesprechungen ist mein Lieblingsinstrument, weil man da am nähesten bei den Bewohner*innen, bei den Kund*innen dran ist: Wo braucht es etwas anderes und wer hat eine gute Idee dazu? Mittlerweile haben wir auch Kund*innen und Angehörige über Telepflege dabei. Auch hier wenden wir das Instrument an und das funktioniert sehr gut, das leistet einen wichtigen Beitrag, um die Lebensqualität unserer Bewohner*innen und Kund*innen zu verbessern.

Aktives Hinhören und Zuhören – gerade in existenziellen Fragen des Lebens

Gibt es noch andere Aspekte, wo du sagen würdest, da hat die Ausrichtung auf Lebensqualität etwas in der Organisation verändert?
Unser Zugang und unsere Haltung aufgrund des Lebensqualitätskonzepts spiegeln sich auch bei ganz schwierigen Themen, wie zum Beispiel dem Thema Assistierter Suizid. Als wir gehört haben, dass es ein Gesetz dazu geben wird, war die Frage, wie wir in der Pflege damit umgehen wollen. Und wir haben einen wirklich guten Prozess gestalten können, sodass sich die Mitarbeitenden sicher fühlen können. Wo kann ich hingehen, wo kann ich mich hinwenden? Und auch, wie gehen wir dann vor? Und da steht immer das Individuum, die einzelne Person im Vordergrund: der Mensch, der jetzt dieses Bedürfnis hat und der jetzt diesen Wunsch ausgesprochen hat. Und welche Rädchen setzt man dann in Bewegung? Was kann dann, was muss dann passieren, ohne dass wir etwas verabsäumt, nicht gut hingeschaut oder nicht gut hingehört haben. Und da ist diese Grundhaltung, das genaue, aktive Zuhören und Hinspüren auch ganz essenziell und unabhängig von dem, wie ich persönlich empfinde.

Was immer schwierig bleiben wird – da muss man nichts schönreden

Das hört sich nach einer schönen Erfolgsgeschichte an. Gibt es auch Aspekte, die trotz aller Bemühungen nicht so gut laufen, wie ihr das gerne hättet?
Ja, das gibt es auch. Wir haben uns auch angesehen, in welchen Bereichen wir in unseren Häusern den größten Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohner*innen haben. Hier ist es auch die Körperpflege und das körperliche Wohlbefinden, das saubere und wohnliche Zuhause und das Thema Sicherheit. Hier sind wir mit den Ergebnissen noch nicht so gut wie im mobilen Bereich. Gerade bei den Themen „Selbstbestimmung“ und „Würde“, da haben wir noch zu tun. Dass sich hier die Ergebnisse vom mobilen Bereich unterscheiden, hat wohl damit zu tun, dass ihr Allgemeinzustand schlechter ist und sie aus ihrem Zuhause rauskommen und in einer Institution leben. Das braucht man nicht schönreden.

Wir haben auch An- und Zugehörige gefragt. Zwar nicht mit dem entsprechenden ASCOT-Fragebogen, aber angelehnt an unsere Domänen der Lebensqualität. Es hat sich gezeigt, dass die An- und Zugehörigen im Großen und Ganzen sehr zufrieden damit sind, was wir in den Häusern tun. Wir haben viele Anregungen bekommen. Manche der Befragten haben sich einen noch adäquateren Umgang mit Beschwerden gewünscht. Also, quasi, ich beschwere mich jetzt und ich will, dass das so gehändelt wird, wie ich das will. Ja, und das ist halt manchmal nicht passiert. Nicht ganz zufrieden sind sie mit der medizinischen Versorgung und unserem Ansatz, dass die Selbstbestimmung der Bewohner*innen für uns handlungsleitend ist. Da konnten viele An- und Zugehörige nicht mit. Und das merken wir auch in der Praxis. Das ist oft schwierig, da stehen die Mitarbeitenden oft zwischen den Wünschen und Vorstellungen der An- und Zugehörigen und dem, was sich die Bewohner*innen wünschen und was ihnen wichtig ist. Da braucht es ganz viel Information und Kommunikation.

Damit die Haltung und der Geist nicht schwinden – man muss immer dranbleiben

Würdest du sagen, der Implementierungsprozess ist abgeschlossen und wo steht ihr mit dem Lebensqualitätskonzept jetzt?
Die ersten zwei Jahre haben wir unser Implementierungskonzept verfolgt. Mittlerweile hat sich das Format ein bisschen geändert. Die Trainerin in Niederösterreich hat sich aber zusätzliche Coaching-Kompetenzen angeeignet und kann dadurch die Leitungen noch besser begleiten. Um die Nachhaltigkeit zu sichern, werden alle neuen Mitarbeiter*innen ge-

schult, und seit vorigem Jahr werden auch Refresher Workshops für bestehende Mitarbeiter*innen angeboten. Die Trainerin in Niederösterreich hat im letzten Jahr 260 bestehende und ungefähr 200 neue Mitarbeiter*innen geschult. Und das ist ein unbedingtes Muss. Denn wenn man nicht dran bleibt, ja, dann hat man als neue Mitarbeiterin vielleicht was zur Lebensqualität gehört. Vielleicht steht zur Lebensqualität noch etwas in der Dokumentation. Aber wenn man das Thema in der Organisation nicht permanent am Köcheln hält sozusagen, dann verschwindet die Haltung, der Geist der hinter dem Lebensqualitätskonzept steht.

Wir haben im letzten Jahr in Niederösterreich damit begonnen, dass die Trainerin die Mitarbeitenden in den Häusern und im mobilen Bereich begleitet und einen Blick von außen darauf richtet, wie Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen miteinander interagieren. Wie schaut die Kundin/der Kunde drein? Welche Äußerungen macht sie/er? Wie tun Mitarbeitende miteinander? Wie ist die Stimmung? Wie ist das Ambiente? Dazu gibt es dann Fallbesprechungen. Das Team bekommt dazu ein Protokoll, in dem festgehalten wird, was der Trainerin positiv aufgefallen ist und wo das Team noch einmal genauer hinsehen sollte. Sie formuliert das so positiv und motivierend, dass einem das Herz aufgeht. Das tut den Mitarbeitenden extrem gut. So werden auch ganz wichtige Einsichten gewonnen und das ist ganz wichtig, um die Lebensqualität nachhaltig zu sichern.

Beziehung und Vertrauen – so können Krisenzeiten gemeistert werden

Ist die Ausrichtung auf Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen ein Konzept, das auch in Krisenzeiten hilfreich ist?

Gerade dann! Gerade die Ausrichtung an der Lebensqualität hat uns geholfen, gut durch die Corona-Zeiten zu kommen. Gerade deshalb, weil unsere Mitarbeiter*innen aufgrund dieser kleinen Dinge die Lebensqualität verbessern konnten, sind sie enorm kreativ geworden. Sie haben sich Tablets organisiert und so die Tochter der Bewohnerin angerufen, und so hat die Bewohnerin über das Tablet mit ihrer Tochter reden können oder über Funktelefon oder was immer.

Unsere Bewohner*innen haben die Krisenzeiten relativ gut überstanden, weil sie einen Bezug und eine Beziehung zu unseren Mitarbeitern haben. Gerade in solchen Zeiten - und da gab es ja furchtbare Bilder, wo Angehörige draußen an der Glasscheibe stehen und innen der Bewohner und sie sich ein Busserl geben - braucht es Beziehung. Beziehung zu Menschen, die ich kenne und denen ich vertraue. Und das hat die Implementierung des Lebensqualitätskonzepts gebracht: Dass die Mitarbeitenden zuhören, was tut der einzelnen Bewohnerin/dem einzelnen Bewohner gut und was nicht, was ist ihr/ihm wichtig. Und zu vermitteln, dass dann, wenn sie etwas tun müssen, was nicht so angenehm ist für den pflegebedürftigen Menschen, dass sie sich Zeit für ihn nehmen. Und das hat unglaublich viel gebracht. Und sie haben auch ganz viel Spaß miteinander gehabt, auch in den geschlossenen Häusern. Und das hat mit Mitarbeitenden und mit Führungskräften und Bewohner*innen was gemacht. Wir sind auch ziemlich von der Bewohnervertretung kritisiert worden, beispielsweise weil wir Bewohner*innen auf eine Isolierstation verlegen mussten. Aber es gab dann auch Aussagen von Bewohner*innen, die haben gesagt: „Ich vertraue Ihnen!“ und das ist ein großes Geschenk. Ja, die Lebensqualität der gepflegten Menschen in den Mittelpunkt zu stellen ist einfach das Um und Auf. Und es braucht nicht mehr, es braucht nur anderes.

Herzlichen Dank für das Gespräch!

hpsmedia

CareLit®

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de

Pflegebezogene Lebensqualität messen mit ASCOT: für jeden Einsatzzweck das richtige Erhebungsinstrument

Weil Pflege und Betreuung mehr leisten

Dass Langzeitpflege und Betreuung einen essentiellen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität leisten, mag auf den ersten Blick offensichtlich erscheinen. Wenn es aber darum geht, diesen Zusammenhang nachzuweisen, stößt man schnell an Grenzen. Denn ohne entsprechende Instrumente lassen sich folgende Fragen nur schwer beantworten: Wie steht es um die Lebensqualität der betreuten Personen? In welchen Bereichen tragen Pflege und Betreuung besonders viel zur Lebensqualität bei? In welchen Bereichen gibt es eventuell Defizite? Die ASCOT-Erhebungsinstrumente leisten einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke.

Das Ziel: pflegebezogene Lebensqualität messbar machen

Bei ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit) handelt sich um ein Set an Erhebungsinstrumenten, die es ermöglichen, die sogenannte „pflegebezogene Lebensqualität“ erwachsener Menschen zu messen. Damit ist jene Lebensqualität gemeint, die prinzipiell von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen beeinflusst werden kann. Die Instrumente erfassen die Lebensqualität betreuter Personen direkt und ermitteln, welchen Mehrwert die Langzeitpflege für die Lebensqualität erbringt – sie messen also, welchen „Effekt“ Pflegedienstleistungen auf die Lebensqualität haben.

Die ASCOT Instrumente: woher kommen sie?

Die ASCOT-Instrumente wurden ursprünglich in England von einem Forschungsteam der University of Kent entwickelt (vgl. Netten et al. 2012). Sie wurden in zahlreiche Sprachen übersetzt und in wissenschaftlichen Studien validiert. Die deutschsprachigen Übersetzungen wurde im Zuge des EXCELC (Exploring Comparative Effectiveness and Efficiency in Long-term Care) Projekts an der Wirtschaftsuniversität Wien erstellt (vgl. Trukeschitz et al. 2020 und 2021). Neben Englisch und Deutsch gibt es die Tools auch auf Finnisch, Schwedisch, Norwegisch, Niederländisch, Dänisch, Spanisch, Japanisch und Chinesisch. Die Erhebungsinstrumente stehen für Wissenschaft und Praxis zur Verfügung. Die deutschsprachige Version von ASCOT ist über das WU Forschungsinstitut für Altersökonomie kostenfrei erhältlich.

Die Zielgruppen der ASCOT-Erhebungsinstrumente

Pflege- und Betreuungsdienstleistungen richten sich in erster Linie an betreute Personen, aber wirken sich auch auf deren Umfeld aus. Auch bei betreuenden Angehörigen und Zugehörigen kann durch die Dienstleistungen eine Verbesserung der Lebensqualität eintreten – etwa durch die empfundene Entlastung, oder einfach nur durch das Gefühl, die nahestehende Person gut und fachgerecht betreut zu wissen.

Aus diesem Grund stehen ASCOT-Instrumente für zwei Zielgruppen zur Verfügung – für pflegebedürftige Menschen einerseits, und informell Pflegende andererseits. Die Instrumente gleichen sich in Aufbau und Anwendung, beinhalten jedoch jeweils spezifische Bereiche der Lebensqualität, die für die jeweilige Gruppe besonders relevant sind. Das bedeutet, mit ASCOT kann bei Bedarf auch der gesamte Effekt der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen erfasst werden.

Welche Lebensbereiche werden mit ASCOT erfasst?

Die ASCOT-Instrumente wollen ein möglichst vollständiges Abbild der pflegebezogenen Lebensqualität ermöglichen – dafür ist es wichtig, alle Bereiche zu erfassen, die von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen grundsätzlich beeinflusst werden können. Je nach Zielgruppe unterscheiden sich die inkludierten Lebensbereiche (auch Domänen genannt). Damit eignen sich die Instrumente zur gesamthaften Darstellung der Lebensqualität, aber auch für eine „Spotlight“-Betrachtung bestimmter Bereiche – etwa um festzustellen, wo es betroffenen Personen besonders gut oder besonders schlecht geht. Zudem lässt sich so erkennen, in welchen Bereichen die Dienstleistungen den stärksten Effekt auf die Lebensqualität haben.

Die Erhebungsinstrumente für pflegebedürftige Menschen enthalten neben den Bereichen „Körperpflege & körperliches Wohlbefinden“, „Essen und Trinken“, „sauberes und wohnliches Zuhause“ auch die Bereiche „Persönliche Sicherheit“, „Sozialleben“, „Aktivitäten und Beschäftigung“, „Selbstbestimmung“ sowie „Würde und Selbstwertgefühl“.

Die Erhebungsinstrumente für in-

formell Pflegende (Zu- und Angehörige) enthalten ähnlich zu jenen für pflegebedürftige Menschen die Bereiche „Aktivitäten und Beschäftigung“, „Selbstbestimmung“, „Persönliche Sicherheit“ und „Sozialleben“. Darüber hinaus enthalten sie drei Bereiche, die ausschließlich für informell Pflegende aufgenommen wurden, nämlich „Auf sich selbst achten“ „Raum und Zeit für sich selbst“ und „Sich unterstützt und ermutigt fühlen“.

Wie steht es um die relative Bedeutung dieser Lebensbereiche?

Zweifellos sind alle Lebensbereiche der ASCOT-Instrumente relevant. Aus Sicht der Betroffenen werden in bestimmten Bereichen jedoch Defizite als besonders schwerwiegend oder gute Zustände als besonders wünschenswert wahrgenommen. Pflegebedürftige Personen empfinden es etwa als besonders belastend, sich nicht würdevoll behandelt zu fühlen – vielleicht wenig überraschend ist dieser Zustand für sie weitaus schlimmer als beispielsweise ein unsauberes Zuhause (vgl. Hajji et al. 2020). Ein anderes Beispiel: für informell Betreuende ist es wichtiger, ausreichend sinnstiftenden Aktivitäten und Beschäftigungen nachgehen zu können, als genug Unterstützung und Ermutigung von außen zu bekommen (vgl. Trukeschitz et al. 2021). Das bedeutet, abhängig vom Lebensbereich ist „gut“ ist also nicht immer gleich gut, und „schlecht“ ist nicht immer gleich schlecht. Um dieser Tatsache gerecht zu werden, wurden sogenannte „Präferenzgewichte“ für ASCOT ermittelt, die die unterschiedliche Bewertung der Zustände in den einzelnen Lebensbereichen berücksichtigen.

Wie finde ich das richtige ASCOT-Instrument für meinen Einsatzzweck?

Die ASCOT-Instrumente gibt es nicht nur für zwei verschiedene Zielgruppen, sondern auch jeweils für zwei verschiedene Befragungs-Settings.

Für persönliche standardisierte Interviews steht ein spezielles Instrument zur Verfügung. Dieses ermöglicht es Interviewer*innen, die Fragen vorzulesen und die Antworten einzutragen. Die ergänzenden Showcards können der befragten Person vorgelegt werden, damit diese die Antwortoptionen mitlesen kann. Mit dieser Version kann nicht nur die Lebensqualität der Befragten, sondern auch der Effekt der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen ermittelt werden.

Alternativ stehen Fragebögen zum Selbstausfüllen zur Verfügung. Diese Version erfasst ausschließlich die Lebensqualität der Befragten, nicht jedoch die Effekte der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen.

Zusätzlich wurden Instrumente in Leichter Sprache entwickelt. Diese sind für Personen gedacht, die Probleme mit dem Lesen oder Verstehen von herkömmlichen Texten haben – sei es aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten, sonstigen kognitiven Problemen oder Einschränkungen beim Seh- oder Hörvermögen. ASCOT in Leichter Sprache zeichnet sich durch kurze Sätze, einfache grammatikalische Strukturen und Illustrationen aus.

Wie sehen die ASCOT-Instrumente aus?

Alle Fragen und Antwortmöglichkeiten sind in ganzen Sätzen formuliert, damit die befragten Personen sich die geschilderten Situationen möglichst gut vorstellen können. Auf das Verwenden von numerischen Skalen (wie zum

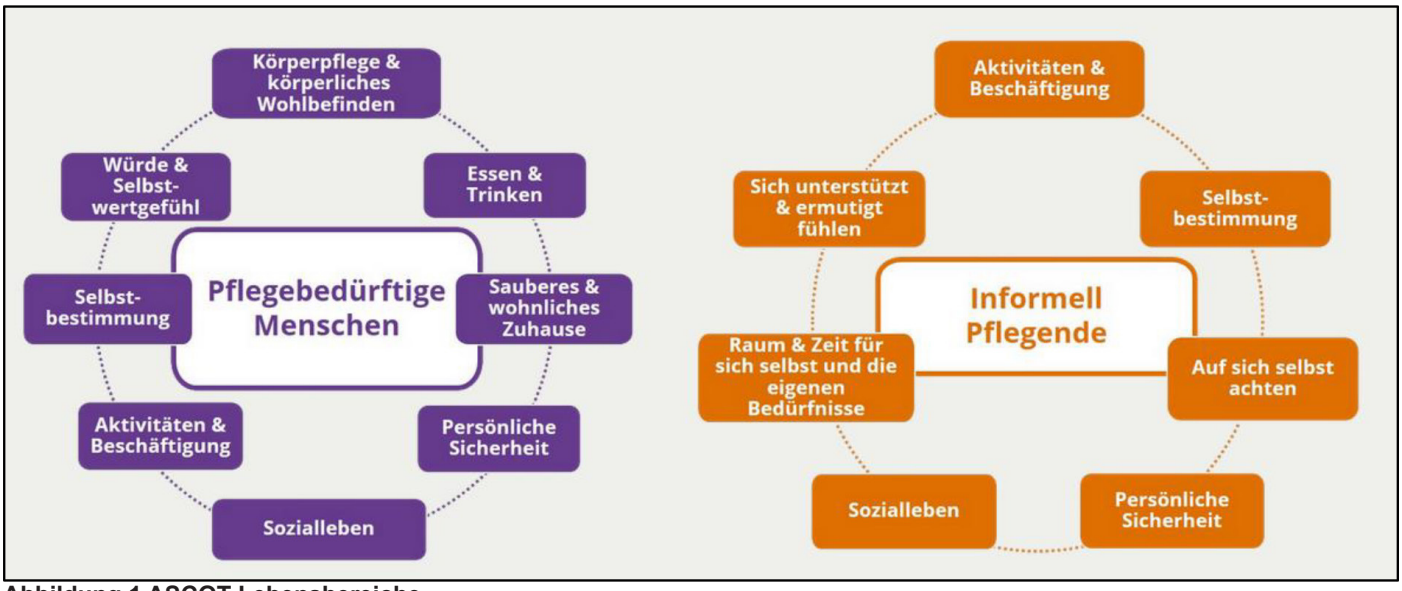


Abbildung 1 ASCOT-Lebensbereiche

Beispiel: „Ihre Zustimmung von 0 bis 7“) oder allgemeinen Statements (etwa: „stimme zu“, „stimme nicht zu“) wird verzichtet. Dadurch soll erreicht werden, dass die Befragten ein möglichst klares Bild von den beschriebenen Szenarien gewinnen und die Antwort auswählen können, die ihre Situation am treffendsten beschreibt. Abbildung 2 zeigt eine solche Frage aus dem Fragebogen zum Selbstausfüllen für pflegebedürftige Personen. Gezeigt wird die Domäne „Sauberes und wohnliches Zuhause“. Abbildung 3 zeigt, wie die ASCOT-Fragen in der LeichtLesen-Version des Fragebogens aufbereitet sind, anhand der Beispieldomäne „Aktivitäten und Beschäftigung“ (in Leichter Sprache „Wie Sie Ihre Zeit verbringen“ genannt).

Wie lassen sich die Ergebnisse darstellen?
Mit den ASCOT-Instrumenten lassen sich sowohl gesamthafte, als auch bereichsspezifische Aussagen über die Lebensqualität der befragten Personen treffen. Zum einen kann ein Gesamtwert – der sogenannte „ASCOT-Score“– errechnet werden. Dieser berechnet sich über alle Domänen. Je höher dieser Score, desto höher die Lebensqualität. Zum anderen können domänenspezifische Auswertungen erstellt werden.

Beide Arten von Auswertungen lassen sich mit den ASCOT-Datentools erstellen. Zu jedem ASCOT-Instrument gibt es ein zugehöriges Datentool, dass die Dateneingabe und -auswertung vereinfachen soll. Es besteht jeweils aus einem Tabellenblatt zur Eingabe der erhobenen Daten und mehreren Auswertungsblättern, auf denen Übersichten zur allgemeinen und bereichsspezifischen Lebensqualität automatisch erstellt werden. Die erstellten Tabellen und Grafiken können einfach kopiert und in Berichten, Präsentationen, etc. genutzt werden. Abbildung 4 zeigt eine beispielhafte Darstellung aus dem Datentool, das ASCOT-Balkendiagramm. Die Datentools ermöglichen aber auch andere Visualisierungen, wie etwa die ASCOT-Spinnendiagramme, die die Effekte von Pflegedienstleistungen auf die Lebensqualität auf einen Blick ersichtlich machen – für Beispiele siehe den Artikel in Trendreport Trukeschitz et al. (2018).

ASCOT SCT4: Fragebogen zum Selbstausfüllen für Personen, die Betreuungs- bzw. Pflegedienstleistungen beziehen

7. Welche der folgenden Aussagen beschreibt am besten, wie sauber und wohnlich Ihr Zuhause ist?

Bitte kreuzen Sie ein Kästchen an (☒).

- Mein Zuhause ist so sauber und wohnlich, wie ich es möchte. ☐
- Mein Zuhause ist ausreichend sauber und wohnlich. ☐
- Mein Zuhause ist nicht ganz ausreichend sauber oder wohnlich. ☐
- Mein Zuhause ist überhaupt nicht sauber oder wohnlich. ☐

Abbildung 2: Beispielfrage aus dem ASCOT-Selbstausfüller-Fragebogen für pflegebedürftige Personen
Quelle: ASCOT SCT4 – Version 2.0: © 2020 WU, Wirtschaftsuniversität Wien (autorisierte Übersetzung des Englischen Originals ASCOT SCT4; © University of Kent. Alle Rechte vorbehalten)

Nun geht es darum: **wie Sie Ihre Zeit verbringen**

Denken Sie an:

- Dinge, die Sie gerne tun.
- Oder Dinge, die Ihnen wichtig sind.

Beispiele:

- Lesen oder Fernsehen. Oder andere Beschäftigungen.
- Kreuzwort-Rätsel, Karten spielen oder Gesellschafts-Spiele.
- Hausarbeit oder Gartenarbeit. Oder in der Natur sein.
- Um andere kümmern.

Frage:
Wie geht es Ihnen damit, wie Sie Ihre Zeit verbringen?

Bitte kreuzen Sie **nur 1 Kästchen** an.

- Ich verbringe meine Zeit **so wie ich will**. Das ist sehr gut so. ☐
- Ich tue **genug** Dinge, die ich mag. Das ist in Ordnung so. ☐
- Ich tue **ein paar** Dinge, die ich mag. Aber ich möchte mehr tun. ☐
- Ich kann **keine** Dinge tun, die ich mag. Und ich finde das wirklich schlecht. ☐

Abbildung 3: Beispielfrage aus dem ASCOT-Fragebogen zum Selbstausfüllen für pflegebedürftige Personen in Leichter Sprache
Quelle: ASCOT-LL SCT4 – Version 1.0: © 2022 WU, Wirtschaftsuniversität Wien (autorisierte Anpassung des Englischen Originals ASCOT; © University of Kent. Alle Rechte vorbehalten)

Wie erhalte ich die ASCOT-Instrumente?

Alle ASCOT-Instrumente sind inklusive der Datentools über die ASCOT-Website des Forschungsinstituts für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien (WU) erhältlich. Die Lizenz für die nicht-kommerzielle Nutzung der deutschen Version von ASCOT ist kostenfrei. Nur bei kommerzieller Nutzung ist eine Gebühr zu entrichten.

Weitere Informationen und Kontakt

Weitere Informationen und Tutorial-Videos zu den ASCOT-Erhebungsinstrumente sind auf der ASCOT-Website der WU unter https://short.wu.ac.at/ascot zugänglich. Hier finden Sie auch Kontaktdaten, falls Sie Fragen zu den Instrumenten oder möglichen Einsatzzwecken haben. Die Website erreichen Sie auch über folgenden QR-Code

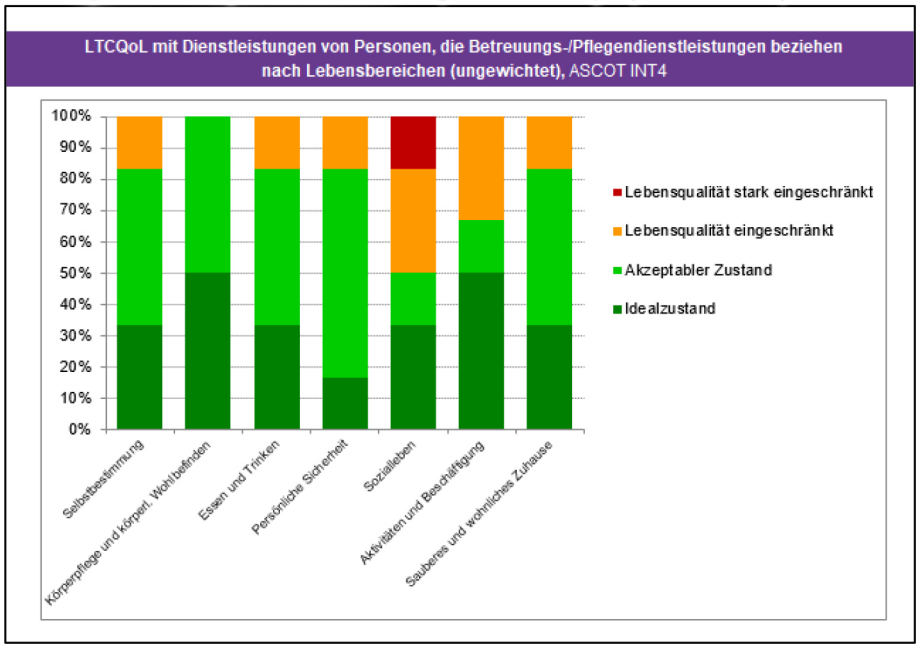


Abbildung 4: Balkendiagramm zur Darstellung der domänenspezifischen Lebensqualität aus dem ASCOT-Datentool
Quelle: erstellt mit dem ASCOT INT4-DT (Deutsch) v1.2 (PSSRU und WU 2021)

Autorin

Assma Hajji, MSc.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Mitglied des ASCOT-Teams für den deutschsprachigen Raum am Forschungsinstitut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien
Assma.hajji@wu.ac.at

Autorin

Dr. Birgit Trukeschitz
Wissenschaftlerin am Forschungsinstitut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien, Leiterin des ASCOT-Teams für den deutschsprachigen Raum
birgit.trukeschitz@wu.ac.at

Literaturverzeichnis

Hajji, A., Trukeschitz, B., Malley, J., Batchelder, L., Saloniki, E., Linnosmaa, I., & Lu, H. (2020). Population-based preference weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) for service users for Austria: Findings from a best-worst experiment. Social Science and Medicine, 250(11279), 1 - 10. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112792

Netten, A., Burge, P., Malley, J., Potoglou, D., Towers, A. M., Brazier, J., Flynn, T., Forder, J., & Wall, B. (2012). Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. Health technology assessment, 16(16), 1-166. https://doi.org/10.3310/hta16160

PSSRU und WU (2021). ASCOT-Daten Tool für die deutsche Version von ASCOT INT4 (ASCOT INT4-DT), Version 1.2, letzte Version erstellt durch WU, WU Forschungsinstitut für Altersökonomie, Wirtschaftsuniversität Wien.

Trukeschitz, B., Hajji, A., Litschauer, J., Kieninger, J., & Linnosmaa, I. (2018). Wie wirken sich Pflegedienste auf die Lebensqualität aus? Trendreport 1/2018.

Trukeschitz, B., Litschauer, J., Hajji, A., Kieninger, J., Schoch, A., Malley, J., Rand, S., Linnosmaa, I., & Forder, J. (2020). Cross-cultural adaptation and construct validity of the German version of the Adult Social Care Outcomes Toolkit for service users (German ASCOT). Health and Quality of Life Outcomes, 18(326), 1 - 19. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01533-7

Trukeschitz, Birgit; Hajji, Assma; Litschauer, Judith; Malley, Juliette; Schoch, Adiam; Rand, Stacey; Linnosmaa, Ismo; Forder, Julien (2021) Translation, Cultural Adaptation and Construct Validity of the German Version of the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Informal Carers (German ASCOT-Carer) Quality of Life Research, 30: 905-920

Trukeschitz, B., Hajji, A., Batchelder, L., Saloniki, E., Linnosmaa, I., & Malley, J. (2021). What's important when caring for a loved one? Population-based preference weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit for informal carers (ASCOT-Carer) for Austria. Quality of Life Research, 30(7), 1975 - 1984. https://doi.org/10.1007/s11136-021-02775-8

WU und PSSRU (2020). ASCOT INT4-SHOWCARDS für standardisierte Interviews mit Personen, die Betreuungs-/Pflegedienstleistungen beziehen – Version 1.0, WU Forschungsinstitut für Altersökonomie, Wirtschaftsuniversität Wien.

WU (2020). ASCOT SCT4: Fragebogen für Personen, die Betreuung-/Pflegedienstleistungen beziehen – Version 2.0, WU Forschungsinstitut für Altersökonomie, Wirtschaftsuniversität Wien.

nursing_in_austria

Isabella Raab setzt sich mit neuen kreativen Ideen für die Pflege auseinander. Immer ein Klick wert!

nurse.ification

Christina Klopf betreut unter der Woche Patient*innen in der interdisziplinären Ambulanz, am Wochenende ist sie mit ihrem Masterstudium beschäftigt.

nurse.est2020

Sophie Herzog, die Pflegekraft, die auch vor schwarzem Humor nicht zurückschreckt. Seit zwei Jahren ist die Chirurgie ihr Arbeitsplatz, den sie gemeinsam mit ihren Kolleg*innen und einer großen Portion Spaß auf ihrem Account zeigt.

nursing_development

Heidrun Nycz nimmt dich mit in die Welt der Pflegeberatung sowie der Pflegeexpert*innen. Was das Ganze mit einem Wissensdschungel und dem Room of Horrors zu tun hat? Das zeigt dir Heidrun auf ihrem Account!

#ProudToBeANurse

Influencer*innen halten nicht nur fragwürdige Produkte in die Kamera und lassen sich für teure Reisen bezahlen. Sechs engagierte Mitarbeiterinnen im **Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien** zeigen auf Social Media was der Pflegeberuf so alles kann. Sie produzieren Content, der unterhaltsam ist, zum Nachdenken anregt oder mit dem du dich als Pflegekraft einfach identifizieren kannst. Folgen lohnt sich!

nursingiscaring

Isabella Martins ist #proudtocare und zeigt dir das auch gerne auf Social Media. Sie ist eine Junior Bereichsleitung und baut derzeit die neue Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation auf.

www.bhswien.at/karriere

Das Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien ist eine Fachklinik für den Verdauungstrakt, Urologie, Onkologie und Psychosomatik. Hier wird vertrauensvoll in Teams, professionell und digital zusammengearbeitet.

(C) Seventyfour

Innerbetriebliche Bildung in der Pflege braucht klare Ziele

Entwicklung eines didaktischen Konzepts für pflegerische Fortbildungen im Franziskus Spital

Das Franziskus Spital beschäftigt rund 270 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Organisationsbereich Pflege. Um für deren kontinuierliche Fortbildung zu sorgen, steht seit Langem ein internes betriebliches Bildungsangebot zur Verfügung, welches neben verpflichtenden innerbetrieblichen Veranstaltungen wie Arbeitsschutzunterweisungen auch pflegethematische Fortbildungen umfasste. Der Bedarf nach einer grundlegenden Neuorientierung dieses Fortbildungsprogramms wurde jedoch nach der Neubesetzung der zuständigen Stabsstelle und der Aufhebung COVID-bedingter Einschränkungen bei Präsenzveranstaltungen deutlich. Daher entwickelte die Stabsstelle Bildung in der Pflege im Auftrag von Pflegedirektorin Andreja Kusej, MSc im Herbst/Winter 2022 ein umfassendes didaktisches Konzept für pflegerische Fortbildungen im Franziskus Spital.

In der Konzepterstellung stand natürlich die Gestaltung eines Fortbildungsprogramms im Mittelpunkt. Gieseke (2015) definiert ein Programm in der Erwachsenenbildung als „der zeitgeschichtlich materialisierte Ausdruck gesellschaftlicher Auslegung von Erwachsenenbildung durch einen bestimmten Träger, realisiert über eine Vielzahl von Angeboten. Es ist beeinflusst durch bildungspolitische und ökonomische Rahmungen, nachfragende Unternehmen

und potenzielle Adressat/innen. Es wird ausgelegt und gefiltert durch professionell Handelnde.“ Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege müssen als weitere Rahmenbedingungen gesetzliche Vorgaben, beispielsweise im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und dem Gesundheits- und Qualitätsgesetz berücksichtigt werden.

Die Programmentwicklung der pflegerischen Fortbildungen im Franziskus Spital orientiert sich an dem Modell des professionellen Handlungszyklus nach Weinberg (2000). In diesem zyklischen Modell folgen auf die Bedarfsermittlung die Programmplanung, die Bedarfsweckung/Werbung, die Vorbereitung und die Realisierung des Fortbildungsangebots, während der Kreislauf schlussendlich durch eine Programmevaluation erneut in die Phase der Bedarfsermittlung übergeht. Um diesen Fortbildungsbedarf im Franziskus Spital erheben zu können, wurden im Zuge zweier Workshops mit den Führungskräften der Pflege und den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Qualität in der Pflege Fortbildungswünsche, Themenvorschläge und Bedarfslagen identifiziert und in ein neues Fortbildungsprogramm überführt.

Die Inhalte dieses Programmes wurden wiederum in sechs übergeordnete Lernfelder gegliedert, um den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine klare und transparente Zielsetzung des didaktischen Konzepts bieten zu können. Diese Lernfelder werden im Folgenden kurz vorgestellt:

Fachwissen vertiefen
Pflegepersonen müssen laut dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ihre Tätigkeiten nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen ausüben. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, vermitteln Fortbildungen dieses Lernfelds aktuelle Erkenntnisse der Pflegewissenschaft und ihrer Bezugswissenschaften, um eine zeitgemäße Pflegepraxis im Franziskus Spital zu ermöglichen.

Fertigkeiten üben
Bildungsangebote in der Gesundheits- und Krankenpflege im Allgemeinen und in der innerbetrieblichen Bildung im Besonderen sind in letzter Instanz der angewandten Pflegepraxis verpflichtet. Diese beinhaltet auch komplexe Handlungen, welche durch Fortbildungen dieses Lernfeldes erlernt und eingeübt werden sollen. Bildungsmaßnahmen dieses Lernfeldes zielen somit insbesondere auf psychomotorische Lernziele ab und beschäftigen sich zumeist mit speziellen Pflegehandlungen sowie Fertigkeiten aus dem Bereich der Diagnostik und Therapie.

Dialog gestalten
Die überwältigende Mehrheit aller professionellen Handlungen in der Gesundheits- und Krankenpflege vollziehen sich gemeinsam mit oder auch primär durch einen Akt der kommunikativen Mitteilung. Daher finden sich in diesem Feld Fortbildungen, welche die Kommunikation zwischen Pflegepersonen und ihren Patientinnen und Patienten unterstützen. Zugleich soll dieses Lernfeld die Pflegekräfte auch dazu befähigen, den Dialog im eigenen pflegerischen Team, aber auch den multiprofessionellen Austausch mit anderen Berufsgruppen aktiv gestalten zu

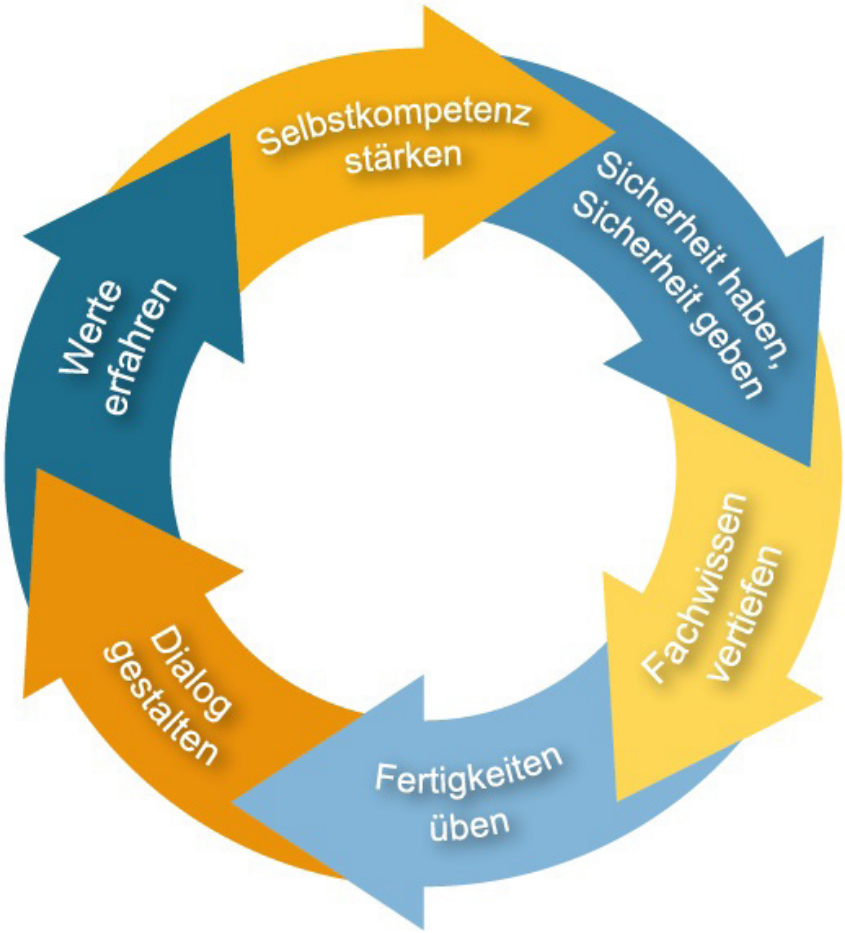


Abb. 1: Die sechs Lernfelder der innerbetrieblichen Bildung der Pflege im Franziskus Spital© - Modell erstellt von Mario Seckar, Design von Sarin Baghdoyan

können.

Werte erfahren
Pflege findet niemals in einem wertfreien und moralisch neutralen Kontext statt, sondern ist immer schon in ein Geflecht an Wertvorstellungen und oftmals unartikulierten Grundannahmen und Weltbildern verwoben. Diese in der gemeinsamen Reflexion mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu beleuchten ist das spezifische Anliegen dieses Lernfeldes. Ziel ist es, die Identität und Wertehaltung des Franziskus Spitals als christlich-franziskanisches Ordensspital für unsere Pflegefachkräfte und auch für unsere Patientinnen und Patienten erfahrbar zu machen.

Selbstkompetenz stärken
Pflegepersonen benötigen neben fachlichen und sozial-kommunikativen Fähigkeiten auch ausgeprägte persönliche Kompetenzen, um den vielfältigen Anforderungen des Berufsalltags professionell begegnen zu können. Fortbildungen dieses Lernfelds möchten diese individuellen Ressourcen stärken und unsere Pflegefachkräfte bei dem Entwickeln von persönlichen Strategien der Stressbewältigung und einer gesundheitsfördernden Selbstorganisation unterstützen.

Sicherheit haben, Sicherheit geben
In der zweifachen Bezeichnung drückt sich die duale Zielsetzung dieses Lernfeldes aus. Fortbildungsangebote dieses Lernfeldes möchten den Pflegefachkräften einerseits fachliche Sicherheit vermitteln. Fortbildungen zu gesetzlichen Vorgaben, hausinterne Abläufe wie der Prozessablauf bei Herzalarm oder Inhalte der Hygiene werden diesem Lernfeld zugeordnet. Andererseits sollen Fortbildungen dieses Lernfeldes die Pflegepersonen auch dazu befähigen, die Sicherheit und die Wahrung der Rechte der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt ihres Handelns zu stellen. Bildungsangebote dieses Feldes beschäftigen sich daher auch mit Themen des pflegerischen Risikomanagements.

Im Zuge der Konzeptentwicklung wurde zum Zwecke der Bedarfsweckung und Bewerbung des neuen Programms bald auch das Erfordernis eines neuen visuellen Erkennungsmerkmals für das Fortbildungsmodell ersichtlich. Mit der Gestaltung eines optisch ansprechenden und markanten Logos für die innerbetriebliche Bildung in der Pflege sollte den Pflegekräften des Franziskus Spitals ein einprägsamer visueller Referenzpunkt geboten werden. Anhand dieses Symbols ist somit sofort erkennbar, dass es sich um ein Dokument der Bildung in der Pflege handelt, also beispielsweise um eine Einladung zu einer Fortbildung oder dem Fortbil-

Innerbetriebliche Fortbildung

FRANZISKUS SPITAL
der Elisabethinen und Hartmann Schwestern

Kompetenzverteilung
GuKG – Novelle 2022

Inhalt	Sicherheit haben, Sicherheit geben

- Delegation und Subdelegation
- Kompetenzverteilungen PA/PFA/DGKP
  - GuKG Novelle 2022
- Was heißt Aufsicht? Was ist eine stabile/instabile Pflegesituation?
- Praxisbeispiele
- Fragen, Austausch und Diskussion

Zielgruppe:	Pflegepersonen (PA, PFA, DGKP) und Interessierte
Referent:	[redacted]
Termin:	Montag, 05. Juni 2023 Franziskussaal Margareten Montag, 12. Juni 2023 Speisesaal AGR Landstraße 13.30-15.00 Uhr
Personenanzahl:	Landstraße: 17, Margareten 25 Personen
Investition:	keine
Anmeldung:	durch Stationsleitung/Funktionsbereichsleitung, Anmeldung bis 04.06./11.06.23
Ansprechperson:	[redacted]

Bitte zur Fortbildung die Fortbildungspässe mitbringen!

Abb. 2: beispielhafte Einladung für eine innerbetriebliche Fortbildung des Lernfeldes „Sicherheit haben, Sicherheit geben“

dungsprogramm.

In der grafischen Abbildung werden die sechs Lernfelder als ineinandergreifende Pfeile in den Farben des Corporate Designs des Franziskus Spitals dargestellt (siehe Abb. 1). Die Symbolik der ineinandergreifenden Pfeile weist bildlich darauf hin, dass die Dimensionen des betrieblichen Lernens keine thematisch in sich abgeschlossenen Einheiten darstellen, sondern sich gegenseitig voraussetzen und unterstützen. Um diese Interdependenz der Lernfelder visuell noch einmal zu betonen, bilden sie gemeinsam einen geschlossenen Kreis, welcher durch die symbolhafte Verbundenheit der sechs Lernfelder auch den ganzheitlichen Ansatz der Bildung in der Pflege des Franziskus Spitals ausdrücken soll. In der Konzeption des Modells und der Entwicklung der grafischen Abbildung wurde somit bewusst auf eine hierarchische Ordnung der Lernfelder verzichtet. Stattdessen bilden sie gemeinsam als gleichwertige Elemente des Gesamtkonzepts die pädagogische Zielsetzung der innerbetrieblichen Bildung ab.

Da in den Fortbildungseinladungen und ähnlichen Dokumenten nur der Pfeil des jeweils entsprechenden Lernfelds farblich hervorgehoben ist (siehe Abb. 2), während die weiteren Lernfelder grau gefärbt in den Hintergrund treten, können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Dokument oder die Veranstaltung sofort dem zugehörigen Lernfeld zuordnen. Dies ermöglicht auch ein intuitives Verstehen des gesamten Modellansatzes, da den Pflegekräften durch die sukzessive Begegnung mit Fortbildungen, Veranstaltungen und Dokumenten eines Lernfeldes, dessen thematische Ausrichtung und Zielsetzung bewusst werden soll.

Nach Ausarbeitung der Kerninhalte des Konzeptes wurden weitere unterstützende Lernangebote definiert: Neben dem geplanten Ausbau des internen Angebots an Lehr- und Lernvideos stand hierbei insbesondere die Einführung des so genannten One Minute Wonders (OMW) als zusätzliches Instrument des betrieblichen Lernens im Mittelpunkt. Bei diesem ursprünglich aus England (Rowlinson, 2014) stammenden pädagogischen Konzept werden Wissens- und Lerninhalte kompakt und prägnant auf einem Blatt Papier aufbereitet. Die Informationen sollen, wie bereits an der Bezeichnung ersichtlich, so präsentiert werden, dass sie innerhalb von einer Minute aufgenommen werden können. Das OMW wird auf den Stationen und Funktionsbereichen ausgehängt, insbesondere dort, wo im klinischen Arbeitsalltag Warte- und Leerzeiten entstehen können, also beispielsweise bei einem Blutgasanalysegerät, in Personalräumen oder am Stützpunkt (Eppler et al., 2019).

Die im monatlichen Turnus wechselnden OMWs werden durch die Stabsstelle Bildung in der Pflege erstellt und können sowohl klinisch relevante Informationen wie beispielsweise evidenzbasierte Wissensinhalte zu bestimmten Krankheitsbildern oder Pflegemaßnahmen enthalten, als auch betriebsinterne Prozessabläufe und Richtlinien. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind dazu eingeladen, Themenwünsche und Vorschläge einzubringen. Mit der Einführung des OMW soll auch der Wissenstransfer im Sinne des Evidence-based Nursing and Caring (Behrens & Langer, 2022) im gelebten Praxisalltag der Pflegefachkräfte des Franziskus Spitals weiter verankert werden. Die Effektivität des OMW als unterstützende Bildungsmaßnahme auf einer Intensivstation ist durch die Ergebnisse der Evaluationsstudie von Krüger et al. (2021) belegt.

Auch die innerbetrieblichen Fortbildungen selbst und die vortragenden Personen müssen einer laufenden internen Evaluation unterzogen werden. So wurde, um die Qualität und den Nutzen der abgehaltenen innerbetrieblichen Fortbildungen besser einschätzen zu können, ein Fragebogen für die teilnehmenden Pflegekräfte konzipiert. Mit diesem Instrument wird nicht nur die subjektive Einschätzung der pädagogisch-didaktischen Kompetenzen der vortragenden Person erhoben, sondern die Befragten werden auch dazu aufgefordert, zusammenfassend zu beschreiben, welchen Nutzen sie aus der Fortbildungsmaßnahme für ihre eigene Praxis ziehen konnten. Da sich der Inhalt des Fortbildungsprogramms auch an den Präferenzen und Wünschen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientieren soll, bietet der Fragebogen ebenso die Möglichkeit, eigene Themenwünsche und Anregungen bekannt zu geben.

Das anhand des entwickelten Konzeptes gestaltete und derzeit laufende Fortbildungsprogramm und die unterstützenden Lernangebote sollen zu Jahresende einer ersten systematischen Evaluation unterzogen werden. Dieser Rückblick wird gleich einer Landkarte mit Bergen und Tälern den Weg ersichtlich machen, welcher in den kommenden Jahren in der innerbetrieblichen Bildung begangen werden muss. Ziel ist und bleibt eine professionelle, auf der Wertehaltung des Franziskus Spitals begründete und dem aktuellen Stand der Wissenschaft verpflichtete Ge-

sundheits- und Krankenpflege.

Literatur:

Behrens, J., & Langer G. (2022): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Hogrefe Verlag

Eppler, F., Monninger, M., Schempf, B., Stock, J.-P., & Häske, D. (2019): One Minute Wonder – Fachwissen to go. Notfall Rettungsmed, 22(6), 642-644

Gieseke, W. (2015): Programme und Angebote. In: Dinkelaker, J. & von Hippel, A. (Hrsg.): Erwachsenenbildung in Grundbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, 165-173

Krüger, L., Mannebach, T., Wefer, F., & Bolte, C. (2021): One Minute Wonder – Fortbildung während der Arbeitszeit. Evaluationsstudie nach Implementierung von One Minute Wonder auf Intensivstationen. HbScience 12(1-2), 22-29

Rowlinson, J. (2014): The One Minute Wonder Network. The Clinical Teacher, 11(5), 332-335

Weinberg, J. (2000): Einführung in das Studium der Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt-Verlag

Autor

Mario Seckar
Stabsstelle Qualität und Bildung in der Pflege
mario.seckar@franziskusspital.at
1050 Wien | Nikolsdorfergasse 32
1030 Wien | Landstraßer Hauptstraße 4a
www.franziskusspital.at

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.

Das pflegerische Berufsbild zukunftsfähig entwickeln

Punktueller Blick zurück nach vorn

„Die Zukunft ist nicht unbeeinflussbar, auch wenn es den Anschein hat. Wir gestalten sie vielmehr aus unserer Gegenwart heraus. Die Zukunft ist das Ergebnis unserer Handlungen, Werte und Überzeugungen. Jeden Tag entscheiden wir durch unser Handeln über die Zukunft. Wenn wir eine andere Zukunft wollen, müssen wir Verantwortung für unser jetziges Handeln übernehmen."
(Wheatley 2002, zit. nach Bartholomew S. 158)

Einleitendes Mosaik

Ein Berufsbild beschreibt allgemein alle Elemente eines bestimmten Berufes. Im Berufsbild werden Aufgaben und Tätigkeiten eines spezifischen Berufes umfassend beschrieben, die in der Ausbildung erworben und in der Ausübung des Berufs ausgeführt werden. Ins Berufsbild gehen Weiterbildungs- und Aufstiegschancen ebenso mit ein, wie die Darlegung der Abgrenzung zu anderen Berufen.

Diskussionen um das Berufsbild der Pflege, auch im psychosozialen Kontext, reißen nicht ab. Was eigentlich den Kern pflegerischer Aufgaben und damit verbundenen Tätigkeiten ausmacht, wird aktuell im Kontext der Erörterungen und Auseinandersetzung um die Vorbehaltsaufgaben und deren Auswirkungen im Alltag relevant und in unterschiedlicher Weise diskutiert. Die Steuerung des Pflegeprozesses und die Bedeutung in der psychiatrisch-psychosozialen Gesamtbehandlung bedarf der Präzisierung, vor allem im Hinblick auf die rechtliche Situation. Vorbehaltsaufgaben nach §4

(C) GBrian Jackson

Pflegeberufegesetz sind mit der Berufsausübung und persönlichen Verantwortung verknüpft und schließt von daher andere Berufe sowie Ehrenamt aus.

Vor diesem Hintergrund ist es ein guter Zeitpunkt das pflegerische Berufsbild, die berufliche Identität und damit Handlungsoptionen zentral in den Blick zu nehmen und Eckpunkte zu schaffen, die sich im alltäglichen Handeln niederschlagen.

Ein Blick zurück –
ein paar Gesichtspunkte

In der Zeitschrift Dr. med. Mabuse war vor 40 Jahren im Artikel „Pflege als Beruf“ zu den Ursachen des Personalmangels u. a. aufgeführt: „Wie Untersuchungen zeigten, zeichnet sich der Pflegeberuf insbesondere dadurch aus, daß viele ihn recht bald an den Nagel hängen und klange vor dem Erreichen der Altersgrenze aus dem Beruf ausscheiden. So beträgt die durchschnittliche Berufsverweildauer nur 13 Jahre, zwei Drittel der Aussteiger verlassen den Beruf noch vor Erreichung des 30. Lebensjahres. Die Ursachen für die Berufsflucht liegen zum erheblichen Teil in den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, wo der Großteil der Pflegenden tätig ist.“

Etwas weiter im Text unter der Überschrift „Emanzipation der Pflege“ wird hervorgehoben, dass die Aufwertung der Pflege auf zwei Wegen denkbar sei. Einerseits über eine stärkere „Medizinierung“ der Pflege, das bedeute dem ärztlichen Wissen nachzueifern, um damit eine Art von Gleichberechtigung zu erreichen, andererseits die Besinnung auf das, was die Pflege ausmache. Hierzu gehöre neben der körperlichen Pflege des kranken Menschen das Eingehen auf soziale und psychische Probleme, ein oft vernachlässigter Bereich. Die Einbeziehung der psychischen Folgen von Krankheit oder Behinderung für den Patienten oder die sozialen Ursachen von Krankheit seien Bereiche, in denen die Pflege durch den direkten und andauernden Kontakt mit dem Kranken eine wichtige Aufgabe habe.

Am Ende wird angemerkt, dass es einfach darum geht, den Unsinn der Über- oder Unterordnung zu beenden, aber auch das isolierte nebeneinander von Tätigkeiten, die dem gemeinsamen Ziel „der Gesundung des Patienten“ dienen, in den Mittelpunkt zu stellen. „Zur Teilung der Aufgaben in Form von gleichberechtigter Zusammenarbeit ist es nötig, daß beide Seiten Verständnis und Einblick haben in die Aufgaben und Probleme des jeweils anderen, so daß Kooperation an Stelle von Mißtrauen tritt. Das ist aber nur möglich, wenn die bestehenden hierarchischen Strukturen im Krankenhaus verändert werden , die unter anderen eine Folge der gesellschaftlichen und finanziellen Überbevorzugung der Ärzte sind.“ (ohne Autorennennung, Dr. med. Mabuse Nr. 28, 2. Quartal 1983, S. 14-16)

Wenn wir die soziale Stellung der Krankenpflege punktuell betrachten, stellen wir fest, dass gesellschaftliche Veränderungen die Entwicklung des Pflegeberufs immer geprägt haben. „Die heutige Gesellschaft unterliegt in ihrer Verfassung und Dynamik einem tiefgreifenden Wandlungsprozeß, der sich in den Rahmen globaler Wandlungen sozialer, soziologischer, staatlicher und kultureller Art einfügt. Dieser Wandlungsprozeß wird aber nach Auffassung des Hamburger Soziologen Schelsky ‚fortlaufend gehemmt erschwert und gestört infolge einer ideologischen Überfremdung durch veraltete Leitbilder und Vorstellungen‘. Das bezieht sich insbesondere auf die Krankenpflege, die in ihrem Ablauf ein Arbeitskollektiv moderner Prägung darstellt. Dieser Arbeitskollektiv-Charakter der sehr differenzierten, eng verzahnten und voneinander abhängigen gesamten Krankenhausarbeit verträgt sich in vielfacher Hinsicht nicht mehr in der gegenwärtigen Zeit mit Bindungen an eine althergebrachte, patriarchalische Ordnung mit autoritativen Zügen.“ (Fritz 1964, S. 21)

Bernd Schnieders betont „Insgesamt lässt sich sagen, daß es in den letzten zwei Jahrzehnten zu verstärkten Emanzipationsbestrebungen in der Krankenpflege gekommen ist, was sich u. a. auch in einer verstärkten Professionalisierungstendenz niedergeschlagen hat. Diese Bestrebungen haben sich allerdings eher auf theoretischem Gebiet vollzogen, sodaß sich in der Krankenpflegepraxis kaum etwas Grundlegendes verändert hat.“ (Schnieders 1994, S. 19/20)

2002 stellt Margot Fliedner in ihrer Untersuchung, was Krankenschwestern im Beruf hält u. a. fest, dass der Lebensverlauf von Frauen in der Pflege bis heute Beteiligungsmuster unterliegt, die auch in Frauenberufen fortbestehen [anderen oder allgemein bei Frauen in Berufen Anm. Verf.]. Diese Benachteiligungen erschließen sich sowohl bei der Aufarbeitung von Arbeitsformen der Alltags- und Pflegearbeit, als auch bei Aufstieg und Karriere (Flieder 2002, S. 153).

„Die Pflege kann von vielen Standpunkten her gesehen und gelebt werden, von der Verwaltung, Wirtschaft, von Seiten der PatientInnen, den Leidenden, aber auch von einem an der Entwicklung und Gesamtwicht der Pflege interessierten Standpunkt. So kann klar werden, dass die Verwaltung von Pflege nicht auch gleichzeitig jener Standpunkt sein kann, von dem aus Pflege entwickelt werden kann, denn somit wird nur Pflege der Verwaltung angepasst, also die Verwaltung entwickelt.“ (Reinthaler/Ropat-Krenn 2006, S. 269)

Die Pflege tut sich häufig schwer bereits Erreichtes und Entwickeltes in die Diskussionen um Künftiges einzubeziehen. Manchmal entsteht der Eindruck, dass Vieles immer wieder neu „erfunden“ werden muss oder Diskussionen, an die angeknüpft werden könnte, nochmals grundsätzlich geführt werden müssen. In diesem Kontext erhebt sich die Frage inwieweit damit häufig Chancen einer Weiterentwicklung des Berufes verzögert oder teils auch blockiert werden. Es ist an der Zeit zukunftsorientier langfristige Ziele zu formulieren und schrittweise umzusetzen.

Zunächst sollen ein paar subjektiv ausgewählte und vielleicht auch häufig weniger aufgegriffene Eckpunkte aus Berufsverbänden im Blick auf die berufliche Entwicklung festgehalten werden.

Ein-Blick in Berufsverbände

In der professionellen Krankenpflege ist im Gegensatz zur Medizin das berufliche Selbstverständnis nicht fest oder verbindlich verankert. Vielleicht ist vor diesem Hintergrund zu erklären, dass die Professionalisierung und damit verbundene berufliche Organisation der Pflege so schleppend in Gang gekommen ist und weiterhin mühsam und zögerlich vorankommt. Für Pflegeberufe ist es nicht selbstverständlich, sich in einem (Berufs-)Verband zu organisieren, Pflegekammern als Selbstverwaltungsorgan werden skeptisch betrachtet oder abgelehnt. Dieser Abschnitt soll ein paar wenige Aspekte beruflicher Organisation verdeutlichen.

Fritz betont, dass die Steigerung der Zahl der Krankenpflegepersonen in den Jahren 1898 bis 1909 auffallend sei. In dieser Zeit hatte die Industrialisierung einen besonders starken Auftrieb. Hinzu kam, dass die Zahl der Krankenanstalten ständig wuchs und deshalb vermehrt Personal benötigt wurde, auch im Zusammenhang mit der Verbesserung der Krankenpflege. „Aber entscheidend war auch, daß neben die konfessionellen Krankenpflegeverbände (Diakonissenmutterhäuser und katholische Ordenspflege) die weltliche Krankenpflege trat, ausgeübt im freien Beruf oder im Anstellungsverhältnis zu Ländern und Gemeinden. Dazu kam, daß ab 1907, von Preußen ausgehend, die staatliche Ausbildung und Prüfung in der Krankenpflege den Beruf besonders stabilisierte und ihm mehr Ansehen brachte.“ (Fritz 1964, S. 140) Die Schwesternschaften des Deutschen Roten Kreuzes gehen auf das Jahr 1866 zurück. Grundlage war die Genfer Konvention (1864), die sich mit der Linderung des Loses der im Felddienst verwundeten Militärpersonen befasste. Die Schwesternschaft verband damit die Aufgabe, Pflegerinnen auszubilden und für die Pflege verwundeter und kranker Soldaten bereitzustellen (Fritz, 1964 S. 155).

1903 gründete Agnes Karll für die sogenannten „Freien Schwestern“ die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.K.D.) in Berlin. Sie war auch im Jahr darauf (1904) maßgeblich an der Gründung des Weltbundes der Krankenpflege ICN (International Council of Nurses) beteiligt. Vom nationalsozialistischen Reichsinnenministerium wurde 1938 auf obersten Befehl die Berufsorganisation aufgelöst und der Dachverband „Reichsfachschaft deutscher Schwestern“ gebildet. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde 1951 der Agnes-Karll-Verband als berufsständische Interessensvertretung auf Länderebene gegründet, um gegenüber den Bundesbehörden die Pflege zu vertreten.

Im November 1963 wurde der „Fachverband Deutscher Krankenpfleger“ (FDK) mit Sitz in Frankfurt am Main gegründet, da der Beruf des Krankenpflegers zahlenmäßig und an Bedeutung zunahm. Vorrangiges Ziel war „die Weiterbildung und die soziale Hebung des Berufsstandes“ FDK-Broschüre: Das Berufsbild des Krankenpflegers, ohne Jahreszahl (Ende 1960/Anfang 1970?). Betont wird darin, dass die Aufgaben des Krankenpflegers vielfältig sind, der Verantwortungsbereich groß und die Arbeit abwechslungsreich sei. Die Tätigkeitsbereiche umfassen Kliniken, Krankenhäuser, Sanatorien, Landeskrankenhäuser, Alters- und Pflegeheime, werksärztlicher Dienst, Gemeindekrankenpflege, bei der Bundeswehr, in Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation. Der FDK hatte sich dem Agnes-Karll-Verband angeschlossen.

Um die vielen entstandenen kleinen Verbände zu einem großen zusammenzuführen, wurde 1973 der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege e. V. (DBfK) ge-

gründet, dem sich der Agnes-Karll -Verband und weitere Pflegeverbände anschlossen. Seit 1991 formiert der DBfK unter dem Namen „Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe“, um den Verband für alle Pflegeberufe zu öffnen (Alten- und Kinderkrankenpflege)

„Wir, die als selbständige, selbstverantwortliche Menschen dem Leben gegenüberstehen, sind selbst schuldig, wenn wir nicht die rechtlichen Wege suchen und bahnen helfen, um fähig für unsere Lebensaufgabe zu werden […] Wer soll uns denn unseren Beruf aufbauen, wenn wir es nicht selbst tun. Wir haben gar kein Recht zu verlangen, dass andere das tun.“ (Agnes Karll 1903)

Blick auf weitere berufliche Strukturen

1998 wurde der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) als Bundesarbeitsgemeinschaft und Dachverband der „Berufsverbände des Pflege- und Hebammenwesens“ als Partner der Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen gegründet. Der Sitz ist in Berlin, dem DPR gehören sechzehn Mitgliedsverbände an, dessen Vertreter die Ratsversammlung bilden, die alle vier Jahre das Präsidium wählen. Das Hauptziel des DPR ist die weitreichende Vertretung der in der Pflege und im Hebammenwesen beschäftigten Personen und das nicht nur auf Landes- oder Bundesebene, sondern auch EU-weit pflegeberufliche Ziele durchzusetzen, damit die Wichtigkeit professioneller Pflege zu verdeutlichen. Das umfasst Qualitätskontrollen ebenso wie eine gerechte Vergütung professioneller Pflege.

2003 startete die “freiwillige Registrierung beruflich Pflegender“, getragen durch verschiedene Einrichtungen. 2006 hat der DPR bundesweit die Trägerschaft übernommen und im November 2008 die “Registrierung beruflich Pflegender GmbH (RbP)“ gegründet. Der Sitz ist seit 2009 Berlin (vorher Potsdam). Damit ist die Möglichkeit entstanden, dass alle beruflich Pflegende sich zentral erfassen lassen und die Registrierung als Qualitätsmerkmal für ihre berufliche Weiterentwicklung einsetzen sowie ihre Fachexpertise nachweisen können.

Dass aus diesen beiden zuletzt genannten Ansätzen eine berufliche Selbstverwaltung entstehen könnte, um eine bundeseinheitliche und niederschwellig-bürokratische Lösung für die bundesdeutsche professionelle Pflege zu schaffen, hatten viele Angehörige der Pflegeberufe immer gehofft. Leider ist versäumt worden, einen entsprechenden rechtlichen Rahmen zu schaffen, der dies ermöglicht hätte und das war ab einem gewissen Punkt nicht mehr nachzuholen und damit rücken die Pflegekammern als Selbstverwaltungsorgan ins Zentrum.

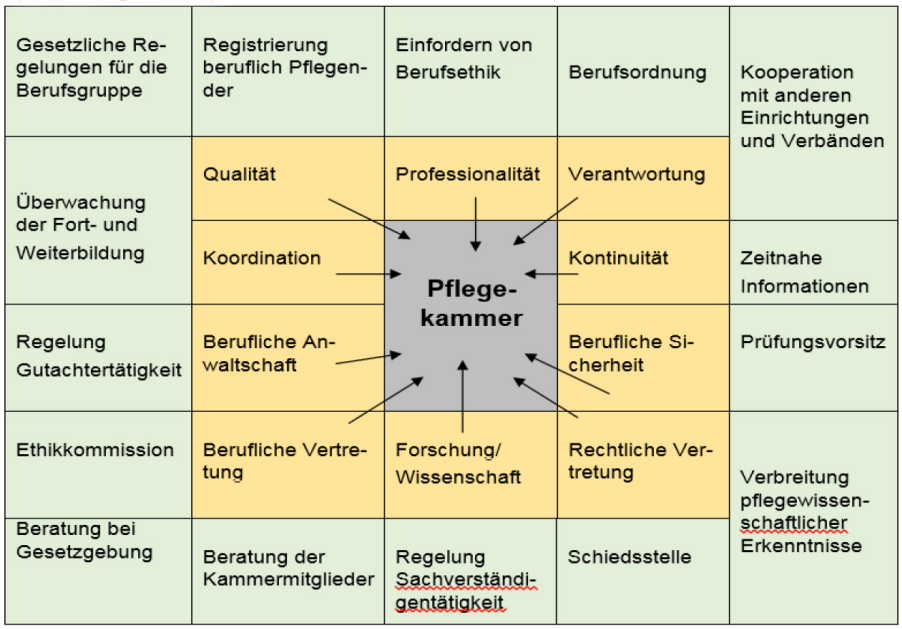
Pflegekammern oder eine andere Form der beruflichen Selbstverwaltung tragen zur Sicherstellung einer sachgerechten professionellen Pflege auf dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft bei. Dies beinhaltet:

- Die Darstellung der Leistung der Pflegeberufe in unserer Gesellschaft
- Die Nutzung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse im Alltag zum Nutzen für Betroffene und Angehörige
- Die Erhöhung der Transparenz der beruflichen Tätigkeit und des Gesamtgeschehens
- Die Förderung einer beruflichen Identität
- Die Förderung der Qualitätssicherung in der Pflege

Damit wäre durch die verbindliche Registrierung und Mitgliedschaft juristisch bindend verantwortliches berufliches Handeln festgelegt.

Ein-Blick in Publikationen

In diesem Abschnitt werden einige Punkte aus Veröffentlichungen herausgegriffen, um die vielfältigen Aspekte mit Blick auf das



Die vielfältigen Aufgaben einer Pflegekammer (Abb. Schädle-Deininger/Wegmüller 2017, S. 41)

Berufsbild Pflege und damit verbundenen beruflichen Identität aufzugreifen.

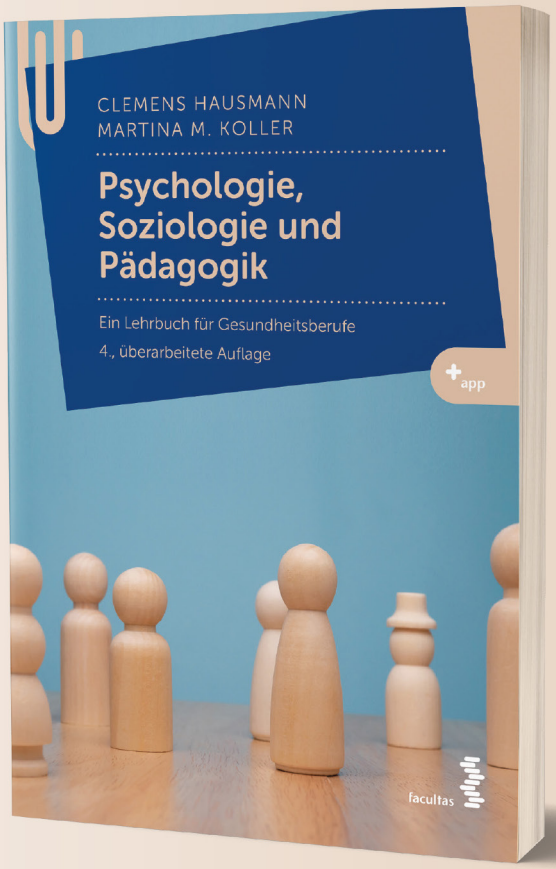
Beispielsweise gibt das Beiheft zur Ausstellung mit dem Titel „Der Schwesternberuf“ einen Überblick über die Geschichte, den Stand und Orte der Ausbildung, über besondere Pflegebereiche und Aufstiegschancen. Die Ausstellung wurde von der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft in Verbindung mit dem Landesschwesternrat 1963 gemeinsam getragen.

Beklagt wurde, dass die gegenwärtige Lage des Krankenhauses ein mehr an Bevölkerung, an kranken und vor allem an älteren Menschen usw. bewirke, dass mehr Schwestern und Pfleger als früher gebraucht würden.
Fazit: ein mehr an Pflege älterer Menschen zeichnet sich schon lange ab und es sind keine Konzepte und Strategien entwickelt worden, den Schwierigkeiten zu begegnen und nach längerfristigen Lösungen zu suchen, was die pflegerische Versorgung und Unterstützung betrifft.

Emil Fritz schreibt 1964 in seinem Buch im Vorwort: „Des wär grad schad für so a netts Mädle wenn es Krankenschwester werden wollte, meinte jener Pfarrer, nach der aufmunternden Werbeschrift für diesen Beruf, herausgegeben von der Evangelischen Landeskirche Württembergs.“

Fritz beschreibt einige Aspekte der sozialen Stellung der Krankenschwester, u. a., dass in der Vergangenheit und das wirke bis in diese Zeit (1960er Jahre!) zwei wesentliche Faktoren zu bedenken seien, die die Haltung des „Publikums“ (Öffentlichkeit) gegenüber der Krankenpflege bestimmen. Einerseits gehöre die Krankenpflege von ihrem Ursprung her zur Caritas und ist somit mit dem religiösen Leben eng verbunden. Andererseits sei die Krankenpflege hauptsächlich von Personen zweifelhafter Natur ausgeübt worden.

Das bedeutet, dass sich Pflegende der geschichtlichen Hintergründe ihres Berufes bewusst sein und sich damit auseinandersetzen müssen, um eine eigenen Haltung hinsichtlich der Identität und Berufsausübung zu entwickeln.



Clemens Hausmann, Martina M. Koller

Psychologie, Soziologie und Pädagogik

Ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe

facultas 2022, 4., überarbeitete Auflage
208 Seiten, broschiert
EUR 28,90 (A) / 28,10 (D) / sFr 35,90
ISBN 978-3-7089-2250-8
e-ISBN 978-3-99111-602-8

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

1972 erschien das Buch „Pädagogische Probleme der Krankenpflege“ von Alfred M. Söntgerarth. In der Schlussbetrachtung ist zu lesen: „[…]Und doch ist die Krankheit so menschlich wie der Mensch selbst. Wo bleibt unser menschliches Recht auf Krankheit? Außerordentliche Antworten und extremes Mißempfinden wie Sucht und Suizid liegen angesichts dieser Lage des Menschen in unserer Zeit förmlich in der Luft. Was sollen wir tun? Ist nicht die ganze Bemühung um eine pädagogisch-psychologische Verbesserung der Pflegebedingungen und der Pflegewirklichkeit von vornherein zum Scheitern verurteilt in einer Zeit und Welt dieser Prägung? Die allgemeine Lage verbessert sich nicht durch Großorganisation und nicht durch Strategien politischer Art. Sie kann vielmehr nur gemeistert werden durch die bewußte Veränderung der Verhältnisse in jedem einzelnen Wirkungsbereich. Dort wo sich eine zwischenmenschliche Beziehung in einem Pflegeverhältnis anbahnt, wo ein erkennbares Hilfebedürfnis eine Rollenbewältigungshilfe in der Krankenpflege notwendig macht, wo eine Schwester oder ein Pfleger dieses Bedürfnis erkennt und nicht darüber hinweggeht, sondern es zum Anlaß nimmt. verstehende und helfende Kommunikation mit dem Kranken aufzunehmen, dort allein beginnt die Bewältigung der Probleme der Krankheit in unserer Zeit […].“

Fazit: es bedarf eines reflektierten Gesundheits- und Krankheits- sowie berufliches Rollenverständnis und das Bewusstsein, dass Veränderungen im beruflichen Alltag beginnen und dass der Bedarf und die Bedürfnisse von auf Pflege angewiesenen Personen Ausgangspunkt sein müssen. Außerdem gilt es Rahmenbedingungen zu hinterfragen, politische Entwicklungen kritisch zu begleiten und aktiv Stellung zu beziehen.

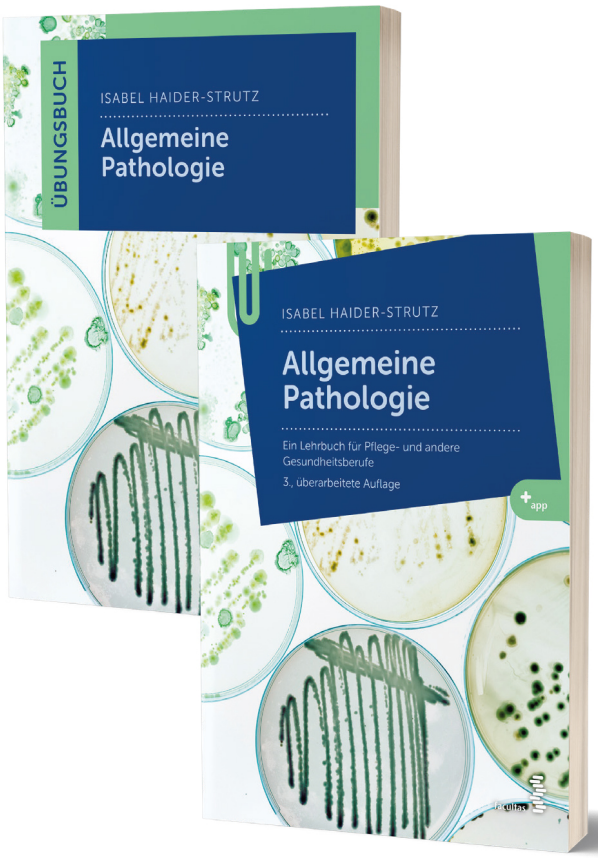
Eine Forschungsgruppe aus dem Sonderforschungsbereich der Universität München veröffentlichte 1981 eine empirische Untersuchung unter dem Titel „Krankenpflege – ein Frauenberuf?“ Fragen, die sich stellten waren: Entwickeln Frauen ein langfristiges Berufsinteresse oder geben sie den Beruf rasch zugunsten von Ehe und Familie auf? Bietet ihnen der Krankenpflegeberuf eine kontinuierliche Berufschance: fördert er die Ausbildung eines langfristigen beruflichen Engagements? Oder ist die Pflege im Krankenhaus ein >Sackgassenberuf<, wie viele andere typische Frauenberufstätigkeiten, ein bloßes Moratorium bis zur Heirat? In einem Gesamtzusammenhang lohnt es sich den zugrunde liegenden Fragebogen (64 Fragen, häufig mehrfach unterteilt) und die Ergebnisse näher zu betrachten.

Aus dem Ausblick: „Als wir unsere Untersuchung machten, schien eine Professionalisierung des Arbeitsgegenstand >Patient< noch aussichtsreich. Die psychosoziale Betreuung der Kranken geriet immer mehr in den Vordergrund. Die Krankenpflege befand sich in einem Prozeß zunehmender Verschulung und Verwissenschaftlichung, an der Ausbildung wurden eher verringert, in >Blöcken< organisiert; Theorie und Praxis greifen immer weniger ineinander. Die schulischen Eingangsvoraussetzungen wurden erhöht. Dies alles geschah u. a. mit dem Argument, daß die Verbesserung der Situation der Pflegenden, ihrer Arbeitsbedingungen und ihrer Kompetenzen, zu einer Verbesserung der Lage der Kranken führe. […] Alle diese Veränderungen haben dazu geführt, daß sich das Rekrutierungspotential für den Pflegeberuf verändert hat, Viele, die vielleicht für diese Arbeit geeignet wären, können ihn heute gar nicht mehr ergreifen. Der formale Schulabschluß wird immer mehr zum einzigen Selektionskriterium für die Aufnahme in eine Ausbildungseinrichtung.“ Am Ende wird festgestellt, dass sie sich sicher sind, dass sich jedem „aufrechten Gewerkschaftler“ die Haare sträuben angesichts der wachsenden Debatte, doch die „teure“ Berufsarbeit durch private, unentgeltliche zu ersetzen oder zu ergänzen, - damit seien ja schließlich doch wieder überwiegend Frauen angesprochen, die ihre „Erwerbslosigkeit kreativ wenden“.

„Wir meinen, daß Strategien, die möglichst viele Parteilichkeiten zusammendenken, das heißt an möglichst wenig Betroffenen vorbeigehen, sich eben auf einen >mittleren< Weg einpendeln. Darüber wird in Zukunft noch viel zu diskutieren sein.“ (Ostner/Krutwa-Schott 1981)

Festgehalten werden kann, dass daraus eine notwendige breite Diskussion über zukünftige Strukturen der Pflegebildung und die Anpassung der Arbeitsbedingungen an die gesellschaftlichen Realitäten resultiert. Ziel soll/muss sein Patientenorientierung und pflegerische Kompetenzen im Alltag fachkompetent einzubringen.

Rheinische Landesklinik Langenfeld (1985), Tagungsbericht der gemeinsamen Veranstaltung des Deutschen Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP): „Perspektiven psychiatrischer Pflege“, Fortbildungstagung vom 06. bis 08. November 1985.



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

Als zentrale Aspekte wurden festgehalten, dass der Krankenpflegeberuf dringend professionalisiert werden muss, dass psychiatrische Pflege vor, während und nach einer Erkrankung stattfinden muss, und nicht auf den stationärer Bereich begrenzt, sondern im teilstationären, ambulanten und komplementären Bereich gewährleistet sein muss, um eine Gesamtversorgung sicherzustellen. Gefordert wurde eine Orientierung an Gesundheitsförderung und Prävention sowie an den Lebensbedingungen des psychisch erkrankten Menschen. Dazu sei Pflegeforschung unerlässlich und eine offensive Vertretung pflegerischer Belange auf allen politischen Ebenen.

Anmerkung: „Die Perspektive psychiatrischer Krankenpflege zu bestimmen ist zweifellos ein schwieriges Unterfangen, da sie letztlich mit all den Veränderungen der Psychiatrie insgesamt zusammenhängen, die Zurzeit in Diskussion sind. Der Wandlungsprozess, in dem sich die Psychiatrie befindet berührt auch die Rolle und das Selbstverständnis des Pflegepersonals.“ (Rainer Kukla, Landschaftsverband Rheinland Köln bei der Begrüßung, Tagungsbericht 1985, S. 3)

In „Pflege zwischen heute und gestern – Die Zukunft der Pflegeberufe als Herausforderung und Chance“ 1989 Herausgegeben von Urs Weyermann und Regula Salin, Schweizer Berufsverband für Krankenschwestern und Krankenpfleger wird schon im Vorwort betont, dass für das Pflegepersonal das Gebot der Stunde sei, nicht nur über die heutige Situation zu ‘jammern‘, sondern nach Wegen aus dem Dilemma zu suchen. Die unterschiedlichen Beiträge zeigen auf, dass eine engagierte Praxis solide theoretische Kenntnisse und wissenschaftliche Basis braucht, auf die sich gestützt und das jeweilige Handeln begründet werden kann. Festgestellt wird in den verschiedenen Beiträgen u. a., dass die Krankenpflege ein schwer zu erforschendes Gebiet sei, da Vieles nur beschrieben und nicht gemessen werden könne. Das sollte jedoch nicht von wissenschaftlichem Arbeiten und notwendiger Forschung abhalten. Es wird ermutigt Illusionen zu verwerfen, jedoch Visionen zu entwickeln, denn nur so könne die Realität verändert werden.

Festgestellt wird, dass die Durchlässigkeit zwischen stationär, ambulant und komplementär erforderlich im Sinne von Patienten und Klienten sei, von daher die Arbeitsbedingungen und Strukturen im Gesundheitswesen überdacht werden müssen. Eine Durchlässigkeit zwischen den Versorgungssettings ist erforderlich. Freiräume und Eigenverantwortung müssen gestärkt werden und in Führungspositionen mit Ärzten und Verwaltung gleichgestellt sein.

Das 1995 erschienene Buch „Kranken- und Gesundheitspflege in Finnland und Deutschland“ (Sinkkonen, Hornetz) enthält Referate von zwei finnisch-deutschen Konferenzen unter dem Titel „Pflege und Gesundheitswissenschaften im zusammenwachsenden Europa“ (1992, 1994). Zentrales Anliegen ist Ressourcen, Inhalte und Strukturen von Pflege und der Arbeit im Gesundheitswesen in Finnland und Deutschland verständlicher zu machen. Es geht dabei um das pflegerische Selbstverständnis, Perspektiven der Pflegewissenschaft, um Systeme der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualität und Qualitätssicherung, Pflege und Prävention, Arbeits- und Lebensqualität von Pflegenden, aber auch um die inhaltliche und strukturelle Integration von Pflege und sozialer Arbeit. .Auf der Rückseite des Buches ist zu lesen: „Die konsequente Ausrichtung zur Prävention, eine hochentwickeltes Netzwerk der Primären Gesundheitsfürsorge, weitgehende Integration gleichberechtigter medizinischer, pflegerischer und sozialer Dienste und die Gemeinde als zentrale Struktur sozial- und gesundheitspolitischer Entscheidungen kennzeichnen das finnische Gesundheitswesen. Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft, Verwaltung, Management und Unternehmensführung des Gesundheits- und Sozialwesens stehen im Studienangebot finnischer Universitäten gleichberechtigt neben den traditionellen medizinischen Disziplinen.“

Nachzudenken wäre demzufolge darüber, wie sich Pflegende mehr international vernetzen können und wie dies in der Aus-, Fort- und Weiterbildung einer zukunftsfähigen Pflegebildung auf allen Ebenen ganz selbstverständlich verankert werden kann. Die Aufgabe die berufliche Stellung und das Aufgabenfeld professioneller Pflege klarer auf wissenschaftliche Fundamente zu stellen, muss mit eingehen.

In ihrem aus dem Amerikanischen übersetzte Buch „Der Pflege eine Stimme geben – Was Pflegende wie öffentlich kommunizieren müssen“ (2006) haben die Autorinnen Bernice Buresh und Suzanne Gordon festgestellt, dass die Pflege ein Kommunikationsproblem hat. Sie stellen fest, dass es professionelle Medien- und Öffentlichkeitsarbeit und auch die tägliche professionelle Selbstdarstellung

von Pflegenden braucht, damit sichtbar wird, was Pflegende für die Gesellschaft, ihre Mitmenschen leisten und leisten können sowie darüber hinaus Einfluss auf unterschiedlichen Ebenen und in Gremien nehmen. Die Verfasserinnen fordern u. a. dazu auf, das Schweigen in der Pflege zu beenden, sich positiv in der Öffentlichkeit darzustellen und den Kontakt mit Journalisten zu suchen, Leserbriefe zu schreiben, pflegerische Forschungsergebnisse an die Öffentlichkeit zu bringen. Im Nachwort ist zu lesen und als Verpflichtung festgehalten: „Damit unsere Gesundheitssysteme gesund bleiben, haben Pflegende auf der ganzen Welt die Pflicht, sich öffentlich zu äußern“.

Ermutigung: Fangen wir heute damit an! Äußern wir uns zu beruflichen, fachlichen, gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen und beziehen Stellung, um „der Pflege eine Stimme zu geben“.

Ein Blick in ein interessantes Buch „Feindseligkeit unter Pflegenden beenden“ von Kathleen Bartholomew. Im 2009 erschienenen und übersetzten Buch wird von Rudolf Müller (deutscher Herausgeber) festgestellt, dass das Buch dazu auffordert zwischen Belastungen, die der Pflege von außen auferlegt sind und (vorerst) nicht beeinflusst werden können und solchen, die sehr wohl beeinflussbar sind. „Die Autorin setzt sich mit einem Verhaltensmuster auseinander, das den Zusammenhalt im Team bröckeln lässt, das Arbeitsklima vergiftet und sich nicht zuletzt nachteilig auf die Qualität der pflegerischen Versorgung auswirkt – und sie weigert sich, mit Verweis auf den durch Stellenabbau und Arbeitsverdichtung verursachten psychischen Druck die Hände in den Schoß zu legen und die Wunden zu lecken. Sie appelliert vielmehr an das Pflegemanagement aller Ebenen, unkollegialen Verhaltensweisen aktiv entgegenzuwirken und die Mitarbeiter gegebenenfalls auch zur Rechenschaft zu ziehen. Um das aber leisten zu können, bedarf es einer Reihe von Kompetenzen, die es erlauben, Konflikte erfolgreich zu bearbeiten und Mitarbeiter, die sich feindselig verhalten, mit ihrem Tun und dessen Folgen zu konfrontieren.“

Das Fazit der Autorin: Ein respektvoller und wertschätzender Umgang miteinander ist Voraussetzung für die Entwicklung eben jener Solidarität innerhalb der Profession Pflege, die diese so dringend benötigt, um sich gegenüber einer technisch orientierten Medizin zu emanzipieren.

Wenn wir das in unseren Alltag integrieren, ist ein Meilenstein getan!

Berufliches Selbstverständnis – ein paar Eckpunkte

Die Basis oder grundlegende Aufgaben der Pflege hat der Internationale Pflegeverband (International Council of Nurses – ICN) festgelegt. Der Ethik-Kodex des ICN ist die pflegerische Grundlage des beruflichen Handelns. Der Kodex umfasst vor allem

- die grundsätzliche Verantwortlichkeit für das eigene Handeln und der Tätigkeiten am hilfsbedürftigen Menschen und seinem Umfelds
- die Informations- und Rechenschaftsplicht allen Beteiligten gegenüber (z. B. Hilfeempfänger, Kostenträger)
- die verbindliche Absprache, Begründung und Zielsetzung mit denjenigen, die Pflege in Anspruch nehmen
- die Einhaltung der Schweigepflicht sowie gesellschaftliche Verantwortung im Kontext der Dienstleistung
- die Wahrnehmung präventiver Aufgaben und Möglichkeiten gesundheitsfördernd auf den unterschiedlichen Ebenen zu handeln (bezogen auf einzelne Personen, Gruppen, Institutionen, Lebensräume und Politik)
- die Verpflichtung zu wirtschaftlichem und ökonomischen Handeln (nicht zur Gewinnmaximierung [Verf.])
- in der Delegation und Anleitung von Mitarbeitenden bzw. der Überprüfung durch erfahrene professionelle Pflegende
- die kontinuierliche Reflexion und ständige Fort- und Weiterbildung hinsichtlich des neuesten Standes der Wissenschaft und von aktuellem Wissen.

Die Grundregeln der Krankenpflege des ICN beinhalteten auch das „Gelöbnis“, das durchaus auch in Deutschland in den 1960er und 1970er Jahren nach dem Examen an der einen oder anderen Krankenpflegeschule feierlich gelobt wurde:

- Ich versichere, daß meine Berufsausbildung mich dazu vorbereitet hat, als verantwortliches Glied der menschlichen Gesellschaft tätig zu sein.
- Ich gelobe, alle Kranken ohne Unterschied der Rasse, Hautfarbe, politische Überzeugung, des Glaubens oder sozialen Standes nach bestem Können zu pflegen und alles, was in meinen Kräften steht, zu tun, um Leben zu erhalten, Schmerzen zu lindern und Gesundheit zu fördern.
- Ich gelobe jederzeit die Würde der mir anvertrauten Patienten zu wahren. Ich gelobe, Stillschweigen

über alle mir anvertrauten persönlichen Mitteilungen zu bewahren.

- Ich gelobe, mein Wissen und Können ständig den beruflichen Erfordernissen anzupassen und allen Kranken die bestmögliche Pflege zuteil werden zu lassen.
- Ich gelobe, die mir gegebenen ärztlichen Anordnungen fachgerecht und gewissenhaft auszuführen.
- Ich gelobe, daß mein persönliches Verhalten dem Krankenpflegeberuf allezeit zur Ehre gereichen wird.
- Ich gelobe, zusammen mit Angehörigen anderer Berufe verantwortungsbewußt an der Verbesserung des Gesundheitswesens in Stadt und Land, national und international mitzuwirken. (zit. nach Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpflege – ICN 1969)

Professionell-berufliches Handeln erfordert vor allem die Bereitschaft sich in Entwicklungsprozesse zu begeben, von allen Beteiligten (trialogisch) zu lernen. Kontakte herzustellen und Beziehungen zu gestalten sowie Nähe zuzulassen und herzustellen, aber auch die gebotene Distanz zu wahren sind Kriterien einer fachlich kompetenten Pflege. (vgl. Schädle-Deininger/Wegmüller 2017, S. 23/24)

Berufliche Identität

Berufliche Identität und berufliches Engagement sind eng miteinander verknüpft und lassen sich nicht trennen. Beide bilden die Art und Weise ab, wie sich die einzelne Person auf ihre Arbeit bezieht und wie sie subjektiv ihre Arbeitsprozesse erlebt. Von daher kann festgehalten werden, dass berufliches Engagement und berufliche Identität in ihrer Ausprägung und in ihrem Erscheinungsbild von ganz verschiedenen individuellen und gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst werden und abhängig sind. Deshalb ist berufliche Identität ein Entwicklungsprozess, Gleichzeitig ist die Entstehung von beruflichen Kompetenzen mit dem festigen der beruflichen Rolle eng verknüpft. „Pflegerisch-berufliche Identitätsentwicklung verläuft im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung und den Anforderungen der Gesellschaft. Dabei spielt die Balance der personalen und sozialen Dimensionen von Identität ebenso eine Rolle wie das Einbringen von Interessen und Bedürfnissen.“ (Schädle-Deininger/Wegmüller 2017 S.29, siehe auch Graphik)

(C) chery

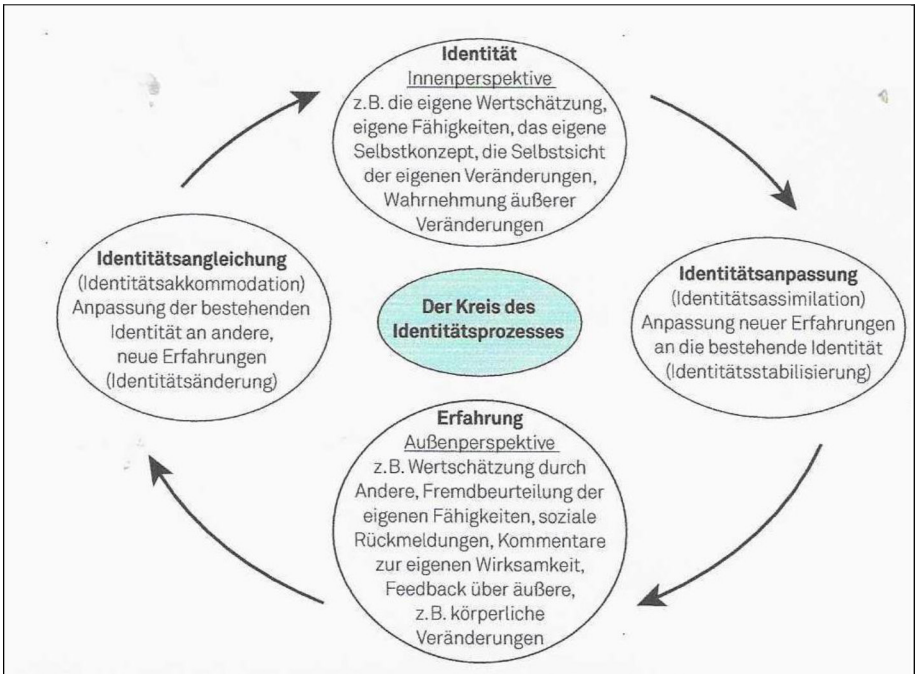


Abbildung 1-2: Der Identitätsprozess (Quelle: n. Withbourne/Weinstock, 1982)

Schädle-Deininger/Wegmüller 2017, S. 29

Wichtige Aspekte sind zudem beispielweise Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl, Selbstachtung, Wohlbefinden sowie Autonomie als Anteile der Selbstorganisation, um sich auch im beruflichen Kontext als Individuum und als Einheit zu erleben und in einen beruflichen Gesamtzusammenhang fachlich nutzbringend einzubinden.

Schlüsselqualifikationen

Ein weiteres Mosaik in der beruflichen Identität und hinsichtlich des eignen Berufsbildes sind allgemeine Schlüsselqualifikationen. Sie spielen übergeordnet in allen beruflichen Feldern eine Rolle. Schlüsselqualifikationen beinhalten Kreativität ebenso wie Kommunikation und Teamfähigkeit oder Leistungsbereitschaft und Zielstrebigkeit bzw. Beständigkeit. Sie bilden die Basis für die Anwendung von Kenntnissen sowie der erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten und sind Grundlage für Anforderungen in unterschiedlichen Situationen und deren Bewältigung. Sie sind verbunden mit Wertehaltungen und ethischen Einstellungen (siehe nachfolgende Tabelle).

Allgemeine Schlüsselqualifikation	Fertigkeiten
Kommunikation & Kooperation	Kommunikation: Kommunikationsmodelle kennen; aktiv zuhören können; zuhören können, ohne Stellung zu beziehen; nonverbale Signale entschlüsseln können; Feed-back geben können; klare Aussagen treffen können Kooperation: Fähigkeiten anderer wertschätzen können; motivieren können; Konflikte benennen können; Lösungsstrategien kennen und anwenden können; Unterstützung vom Team annehmen können; gemeinsame Entscheidungen treffen können
Lernfähigkeit & Denkfähigkeit	Lernfähigkeit: Arbeitstechniken beherrschen; Lernverhalten einschätzen können; Lern & Lehrtypen erkennen; Lernmethoden kennen; Lernen gezielt organisieren; Informationen strukturieren können; Informationen verarbeiten und speichern können Denkfähigkeit: sich einer gesunden und hirngerechten Ernährung bewusst sein; ausreichende Aktivierung des Gehirns; assoziieren können; Denkblockaden erkennen und lösen; kreativ sein; Stress-Coping-Strategien anwenden; recht und linke Gehirnhälfte stimulieren
Selbständigkeit & Leistungsfähigkeit	Selbständigkeit: sich der eigenen Fähigkeiten bewusstwerden; Eigeninitiative entwickeln; ein adäquates Zeit- und Ressourcenmanagement betreiben; Freiräume nutze; Absprachen treffen können; Aufgaben delegieren können Leistungsfähigkeit: eigene Leistungen anerkennen; zielstrebig und planvoll arbeiten können; Prioritäten setzen können; Stärken und Schwächen erkennen; Leistungsgrenzen beachten; Selbstpflegefähigkeit entwickeln
Verantwortungsfähigkeit	Verantwortungsfähigkeit: Rollenkonflikte erkennen; Rollenverantwortung übernehmen; Kritische Reflexion des eigenen Handelns; Konsequenzen des eigenen Handelns erkennen; die eigenen Interessen mit denen der anderen Personen abstimmen; Vereinbarungen treffen und einhalten
Begründen & Bewerten	Begründen: praktisches Handeln theoretisch begründen können; die eigene Einstellung begründen können; überzeugend argumentieren; sich fachgerecht ausdrücken können; Selbstbewusstsein zeigen; die eigene Meinung gegen Widerstände vertreten können; sich der eigenen Zielvorstellungen bewusst sein Bewerten: Selbstdarstellung vermeiden; die Qualität von Leistung definieren können; sich der eigenen Wertvorstellungen bewusst sein; Orientierung an klar definierten Kriterien; Inhaltsaspekt und Beziehungsaspekt unterscheiden können; Nachvollziehbarkeit für andere gewährleisten
Kreativität & Problemlösungsfähigkeit	Kreativität: sich anregen lassen; Assoziationsketten bilden können; spontan sein können; Grenzen erkennen und überschreiten; sich auf Phantasien einzulassen; freies Spielen zulassen; visualisieren können Problemlösungsfähigkeit: gezielt Fragen zu stellen; Hilfsmittel kennen und korrekt einsetzen; Probleme erkennen und zielgerichtet bearbeiten können; Probleme analysieren können; Sachebene und Beziehungsebene differenzieren können; Ziele festlegen können; Entscheidungen treffen können

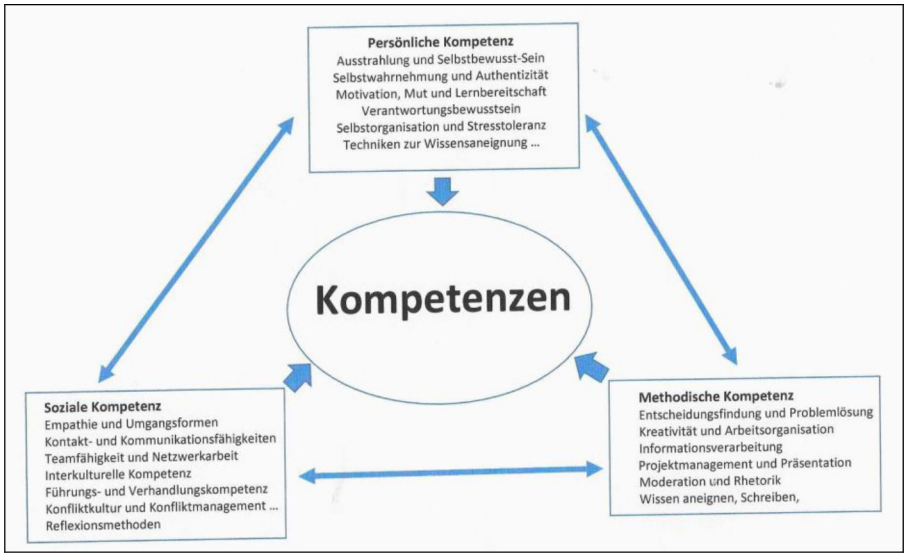
eigene Darstellung aus Unterrichtsmaterialien

Qualifikationen beschreiben und bescheinigen Wissen und Fertigkeiten, Kompetenzen bringen die fachlichen Kenntnisse sachkompetent und kreativ auf der Handlungsebene ein, z. B. in die Organisation, ins Team).

Kompetenzen
Entwicklung von Kompetenzen basiert auf dem Erwerb von Schlüsselqualifikationen, um so Fähigkeiten und Fertigkeiten in spezifischem fachlichen Handeln zu festigen. Das bedeutet in seinem beruflichen Zusammenhang fachliche Expertise mit sozialen, personalen und methodischen Fähigkeiten zu verknüpfen, um berufliche Handlungs- und Problemlösungsfähigkeit sowie Kooperations- und Beteiligungsfähigkeit zu erlangen.

Wissen und Können kompetent anwenden zu können bedeutet Handlungsanforderungen im Beruf gewachsen zu sein, insbesondere in nicht routinemäßigen Situationen und damit verbundenem fachkompetentem und lösungsorientiertem Handeln. Für die berufliche Handlungskompetenzen werden in der Ausbildung oder im Studium zwar die Grundsteine gelegt, diese müssen jedoch in kontinuierlicher Reflexion, in Fort- und Weiterbildungen auf den unterschiedlichen Ebenen ständig überprüft und erweitert werden.

Fragmentarischer Blick nach vorn
„Will die Schwester nicht wie bisher Ambos sein, muß sie eiligst anfangen Hammer zu werden, um ihr Geschick nicht willenlos aus den Händen anderer zu nehmen, sondern es selbst zu gestalten“ (Agnes Karll 1868-1927)



eigene Darstellung aus Unterrichtsmaterialien

Professionell Pflegende müssen sich bewusst sein, welche eigenständigen theoretischen Grundlagen ihnen für das tägliche Handeln zur Verfügung stehen und wie und wo diese sich mit anderen Ausgangspunkten, Erkenntnissen und Zusammenhängen verknüpfen lassen. Auf dieser Basis gewinnt die einzelne Pflegekraft mehr Selbstbewusstsein und der Beruf wieder mehr Attraktivität.

Es muss von der Berufsgruppe mehr darauf gedrängt werden, dass Aufgaben und Konzepte in erster Linie daran auszurichten, was der einzelne erkrankte Mensch und sein soziales Umfeld brauchen und dass fachlich-pflegerische Grundlagen und pflegerische Instrumente im Alltagshandeln gezielt und flexibel eingesetzt werden.

Wichtig ist jedoch auch, dass die Berufsgruppe Pflege gemeinsam und solidarisch handelt und das Berufsbild auf unterschiedlichen Ebenen sichtbar macht.

Die direkte Pflege legitimiert als Beruf
Das bedeutet Pflegeexpertinnen und -experten mit entsprechenden Aufgaben und angemessenen Vergütungen sind als Expertinnen und Experten in der direkten Arbeit mit Patientinnen und Patienten in den unterschiedlichen Settings der Gesundheits- und Krankenversorgung tätig. „Die Pflegeexpertin ist in der Lage, die vielfältigen Wirklichkeiten der Pflege konzeptionell zu erkennen, zu ordnen und damit Veränderungen herbeizuführen. Die Beratung richtet sich an alle Personen, sowohl Professionelle als auch Laien, die an der Behandlung beteiligt sind (PES, 2001 Broschüre: Das Berufsbild der Pflegeexpertin/des Pflegexperten S. 7). Pflegeexperten und -expertinnen beteiligen sich außerdem an Pflegeforschung und vermitteln die Ergebnisse der Praxis und engagieren sich in berufspolitischen sowie gesundheits-, sozial- und gesellschaftspolitischen Diskussionen. Kooperation, Koordination, Zusammenarbeit und Vernetzung ist Bestandteil der Arbeit.

Ein Anfang ist durch die Vorbehaltsaufgaben gemacht

Nach § 4 des Pflegeberufegesetzes umfassen die Vorbehaltsaufgaben die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Wobei es bei den einzelnen Elementen Tätigkeiten gibt, die delegierbar sind. Festzuhalten gilt es, dass Vorbehaltsaufgaben als verbindliches Berufsrecht vor allem den kognitiven Anteil der Arbeit in der Pflege betreffen, weniger das pflegerische Handwerk.

Das ist ein wichtiger Schritt, der jedoch nicht weit genug geht, denn die Profession Pflege kann sich beispielsweise nicht damit begnügen, den Pflegebedarf zu erheben und zu verantworten, sondern muss Pflege (Pflegeleistung) auch verordnen können usw.

„Erfolg hat drei Buchstaben: TUN“ (Johann Wolfgang von Goethe 1749-1832)

Verwendete und weiterführende Literatur

Arbeitskreis Pflege in der DGSP – Schädle-Deininger, H.; Wolff, S.; Walter, G. Hrsg.: (2000). Wegebeschreibungen – DENK-Schrift über psychiatrisch-pflegerisches HANDELN, Mabuse Verlag Frankfurt am Main

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

Beiheft zur Ausstellung (1963). „Der Schwesternberuf“, Ausstellungsträger: Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft in Verbindung mit dem Landesschwesternrat

Benz, C.: (1999). Ambulant vor stationär – Kommunikation und Interaktion der Krankenpflege – Der Wandel des Pflegeverständnisses, Edition Marhold im wissenschaftsverlag Volker Spies GmbH Berlin

Buresh, B.; Gordon, S.: (2006). Der Pflege eine Stimme geben – Was Pflegende wie öffentlich kommunizieren müssen, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG Bern

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: (1981, Entwurf 1975). Aufbau, Ziele und Arbeitsprogramm International Council of Nurses – ICN Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfk), Arndtstraße 16, 6000 Frankfurt/M.

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: (1993). Strukturverbesserung in der Krankenpflege durch den Einsatz von StationsassistentInnen, Abschlußbericht einer Begleitforschung des Agnes Karll Instituts für Pflegeforschung DBfK im Auftrag Hofackerverband e.V., Verlag Krankenpflege, Hauptstraße 193, 6236 Eschborn 2

Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V.: (1982). Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 . Primäre Gesundheitsversorgung als Gemeinschaftsaufgabe, Kongreßbericht 1981, Schriftenreihe Band 39

Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. Müller, H.-W. Hrsg.: (1992). Pflegenotstand – Not der Pflegenden und Gepflegten – Krankenpflege im Dienst der Gesundheit, Kongreßband 1992 Schriftenreihe (keine Band Nummer)

Dibelius, O.; Prak, H.; Uzarewicz, C.: (2000). Pflegemanagement aktuell – Beiträge aus der praxisorientierten Forschung, Mabuse Verlag Frankfurt am Main

Drebes, J.; Otten, R.; Schröck, R. (2017): Pflegekammern in Deutschland – Entwicklung – Orientierung – Umsetzung – Perspektiven, Hogrefe Bern

Dörpinghaus, G. E.: (1970). Die Entwicklung des Krankenhauswesens in der Geschichte, Sonderdruck aus DIE AGNES KARLL SCHWESTER – DER KRANKENPFLEGER (Vorläufer der Zeitschrift Krankenpflege), Zeitschrift des Agnes Karll Verbandes

FDK: ohne Jahreszahl (ca. 1970), Fachverband Deutscher Krankenpfleger, angegebene Adresse: Thomas-Mann-Straße 6 – 6 Frankfurt

Autorin

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

Flieder, M.: (2002). Was hält Krankenschwester, im Beruf? – Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege, Mabuse Verlag Frankfurt am Main

Fritz, E.: (1964). Problematik der Krankenpflege und ihrer Berufsverbände, Elwin Staude Verlag Hannover

Hessisches Sozialministerium: (2001). Positionspapier des Fachbeirates zur Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe in Hessen, Sonnenberger Str. 2/2a, 65193 Wiesbaden

Lorenz. A. L.:(2000). Abgrenzen oder zusammenarbeiten? – Krankenpflege und die ärztliche Profession, Mabuse Verlag Frankfurt am Main

Ostner, I.; Krutwa-Schott, A.: (1981). Krankenpflege – Ein Frauenberuf? – Bericht über eine empirische Untersuchung, Forschungsgruppe aus dem Sonderforschungsbereich 101 der Universität München, Campus Verlag Frankfurt/;. New York

PES - Pflegeexpertinnen und -experten Schweiz: (2001). Das Berufsbild der Pflegeexpertin/des Pflegeexperte, Broschüre (Präsidentin der PES DDr. Silvia Käppeli)

Projektgruppe Subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte, Fachhochschule Frankfurt am Main Hrsg.: (1997). Die Kunst der patienten-orientierten Pflege – POP-ART, Mabuse Verlag Frankfurt am Main

Reinthaler, R.; Ropat-Krenn, R.: (2006). Gewachsenen Sichtweisen der Pflegesituation – Von Erleben, Erkennen und gescheiterten Veränderungsvorhaben hin zu Reflexion und Supervision der Pflegesituation im Hinblick auf (er) lebbare Qualität, Verlag Wilhelm Maudrich Wien München Bern

Schädle-Deininger, H. Hrsg.: (1981). Den psychisch Kranken im Alltag begleiten, Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 31, Psychiatrie Verlag Köln

Schädle-Deininger, H. Hrsg.: (1990). Pflege – Pflege-Not – Pflege-Not-Stand, Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 46, Psychiatrie Verlag Köln

Schädle-Deininger, H.; Wegmüller D.: (2017). Psychiatrische Pflege – Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium, Hogrefe Bern

Schädle-Deininger, H.: (2020). Pflegerisches Selbstverständnis, Identität und selbstbewusste Berufsausübung gehören zusammen, Pflege Professionell – Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich, Sommer 2020

Schmiders, B.: Krankenpflege – Ein Beruf im Wandel – Eine qualitative Studie über den beruflichen Alltag in der Krankenpflege und dessen Veränderungsmöglichkeiten, Mabuse Verlag Frankfurt am Main

Schrems, B.: (1994). Zeitorganisation in der Krankenpflege – Zeitliche Dimensionen von Frauenarbeit am Beispiel der Pflegeberufe, Mabuse Verlag Frankfurt am Main

Sinkkonen, S.; Hornetz, K.J. (1995). Kranken- und Gesundheitspflege in Finnland und Deutschland, Mabuse Verlag Frankfurt am Main

Söntgerath, A.M. (1972). Pädagogische Probleme der Krankenpflege, Verlag W. Kohlhammer Stuttgart Berlin Köln Mainz

Weltbund der Krankenschwestern: (1963). Grundregeln der Krankenpflege (zusammengestellt von Virginia Henderson, R.N., M.A:, Mitglied der Forschungsabteilung an der Krankenpflegeschule in Yale Universität, New Haven, Connecticut, U.S.A., für das Krankenpflege-Komitee des Weltbundes der Krankenschwestern (englische Ausgabe: International Council of Nursing; deutsche Ausgabe: Deutsche Schwesterngemeinschaft e. V. Frankfurt am Main)

Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger – ICN: (1969 neu bearb.). Grundregeln der Krankenpflege (Virginia Henderson), Beilage

Weyermann, U.; Salin, R.; Schweizer Berufsverband für Krankenschwestern und Krankenpfleger, Herausgeber (1989). Pflege zwischen heute und gestern – Die Zukunft der Pflegeberufe als Herausforderung und Chance, Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Toronto

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

(C) prima91

Pflege in Social Media
Die digitalen Influencer aus dem Pflegeberuf

Sie haben tausende Follower, Millionen Views/Klicks und bewegen mit ihren Videos, Texten und Liedern die Pflegeszene. Jede bezahlte Werbekampagne hat weniger Reichweite, als diese einzelnen Pflegefachkräfte. Ein neues Zeitalter, dass Marketingagenturen meist unnötig macht. Auch die Pflege ist endlich in diesem Zeitalter angekommen und dies durch einzelne Personen, die zu Hause „ihr Ding“ machen...

Der Social Media Bereich ist mittlerweile der wichtigste Marketingbereich für alle Berufsgruppen dieser Welt. Hier werden Informationen ausgetauscht, Berufgruppen stellen sich mit all ihren Vor- und Nachteilen vor, zeigen Bilder oder schreiben Texte die bewegen und lassen sich durch nichts aufhalten. In Minuten verbreiten sich gute Inhalte millionfach.

Die Modifikatoren, warum sich etwas verbreitet, sind oft unbekannt. Es gibt nur wenige klare Regeln, warum der eine Inhalt (Content) gut ist und der andere nicht. Oft ist es Timing und ein wenig KnowHow über die Technik. Doch in den meisten Fällen zählt „Sei authentisch und versuche nicht berühmt zu werden, sondern mach „dein Ding“. Was für viele nach Science Fiction klingt, ist für andere ein Hobby oder ein neuer Weg, sich selbst auszudrücken.

In den nächsten Ausgaben werden wir ihnen die unterschiedlichsten internationalen Influencer:innen aus dem Pflegebereich vorstellen.

Rapper & TikTok Influencer „Pflegekraft Manuel“

Wie bist du in die Pflege gekommen?
Ich war in der letzten Generation wo die Wehrpflicht bestand. Ich wollte nie den Dienst an der Waffe und so kam ich ans soziale Jahr in einer Senioreneinrichtung. Ich war in der Betreuung tätig während dieser Zeit und kam überraschend gut zurecht. Dennoch zog es mich danach in die Ausbildung zum Maler und Lackierer. Während der Ausbildung bekam ich ein Angebot von einem deutschen TV Sender für eine Reality Soap über Rap mit nach Los Angeles zu fliegen und dort sechs Wochen zu drehen. Mein Chef war nicht einverstanden - somit habe ich gekündigt und bin mit in die USA zum TV Dreh. Ich hatte dort viel Zeit zum nachdenken was ich von meinem Leben möchte - der Job als Maler hat mich nie erfüllt und so kam es dazu, dass ich nach der Rückkehr nach Deutschland mein Leben komplett auf den Kopf gestellt habe und die Ausbildung zum Pflegefachhelfer absolviert habe, direkt die Fachkraft angeschlossen habe. Inzwischen bin ich einige Jahre als Fachkraft aktiv, bin Praxisanleiter und immer darauf bedacht mich weiter bilden - aktuell zur Gerontofachkraft. Ich bin zu hundert Prozent glücklich in meinen Job und bereue keine meiner Entscheidungen in keinen Moment.

Was hast du eigentlich schon vorher mit Musik zu tun gehabt ?
Musik mach ich seit inzwischen 16 Jahren. Immer mal so ein auf und ab, ein Stop and go ohne richtige Konstante. Damals in der jugendlichen Zeit angefangen mit härteren Rap - ohne Erfolg. Ich denke weil das einfach meinen Charakter nicht gespiegelt hat, es war nicht real sondern viel mehr ein Schauspiel. Über Jahre hinweg. Ich hatte dann mit der Zeit aber immer mehr die Neigung zu Themen die tiefer greifen, die mich beschäftigen und so bin ich auch mit der Musik irgendwie in die Pflege rein gerutscht - zum Glück! Denn mit dieser Art von Rap fühle ich mich wirklich wohl und zieh auch sehr Konstant durch. Im Endeffekt glaube ich wirklich das auch gerade das der Grundgedanke von Rap ist - ich spreche Themen an die in der Gesellschaft oft untergehen. Ich mach auf Dinge aufmerksam die nicht so viele aussprechen und das finde ich sehr wichtig und gut!

Warum hast du nun angefangen über Pflege zu Rappen?
ich hab angefangen über Pflege zu Rappen, weil es in meinen Augen ne absolute Marktlücke ist die aber ein Riesen Puplikum hat - um genau zu sein ein 1,7 Millionen Starkes alleine in Deutschland. Zeitgleich kann ich mein „Talent“ - irgendwie immer schwer sich selber talentiert zu nennen oder sonstiges - sinnvoll nutzen für Themen die zu wenig Aufmerksamkeit bekommen, die zu wenig Emotionalität bekommen obwohl sie in den absoluten Kern der Gesellschaft gehören. Diese Kombi bringt mich dazu über die Pflege zu Rappen.

Bekommst du immer nur gute Resonanz ?
Zu 99 Prozent ist das Feedback positiv, ein paar Ausreißer gibt es immer aber das gehört zum Geschäft und hält die Sache attraktiv. Manche Leute sind nicht meiner Meinung aber das ist völlig okay. Wir sind alles Menschen mit dem gleichen Recht auf eine freie Meinung und diese nach außen zu

vertreten. Wir sind individuell denkende Lebewesen daher hat jeder Mensch das Recht Kritik an meiner Person und Musik zu üben. Kein Problem.

Was würdest du Menschen raten, die mit Social Media beginnen wollen und dieses Medium noch nie benutzt haben?
Einfach ehrlich sein. Keine Personenbezogenen Daten verwenden. Besonders gut kommen Videos an, die einen Mehrwert bieten. Du könntest Krankheitsbilder erklären, den Umgang mit verschiedenen Krankheiten - einfach Expertiese geben. Das Puplikum ist da - und wenn du dich nicht verstellst und zu was machst was du nicht bist hat das durchaus Zukunft

Berufs-Content Creatorin „Anna Bella Mona Rosendahl“

Wie bist du in die Pflege gekommen?
Ich habe mich schon früh für Psychologie interessiert und dadurch 2007 ein Jahrespaktikum in einer tagesstrukturierenden Einrichtung gemacht und dort das erste Mal im psychiatrischen Bereich gearbeitet. Nachdem ich ein Jahr Erfahrungen mit chronifizierten psychiatrischen Krankheitsverläufen sammeln konnte, wollte ich schließlich in den stationären Akutbereich. Dort habe ich im Rahmen eines freiwilligen sozialen Jahres auf einer offenen allgemeinpsychiatrischen Station die Aufgabengebiete von professionell Pflegenden kennenlernen dürfen und mich entschieden eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin machen zu wollen. Ich hätte in dem Haus damals auch eine Ausbildung zur Heil- und Erziehungspflegerin machen können, habe mich aber bewusst gegen diese entschieden, weil ich die Einsatzmöglichkeiten von Pflegefachkräften als facettenreicher empfunden habe. Über diese Entscheidung bin ich bis heute sehr froh.

Was hat dich bewogen in Social Media so viel über Pflege zu posten?
Tatsächlich waren die Bücher von Nina Böhmer und Franziska Böhler auslösend, da ich durch diese erstmals Pflegende erlebt habe, die für ihren Beruf auf Social Media aktiv sind. Durch Corona bot es sich an Freizeit auf das Handy zu verlagern, auch war damals die Sehnsucht nach engagierten Kolleg*innen groß und auf Social Media schien es auf den ersten Blick eine Menge stolze Pflegende zu geben, wie man sie im Berufsalltag oft leider vermisst. Ich war anfangs vorsichtig und habe das Medium als sehr extrovertiert empfunden, hatte aber schnell das Gefühl lauter sein zu wollen, weil es mir an politischen Inhalten gemangelt hat. Ich bin mit Politik groß geworden und hatte die Idee diese mit Social Media und Pflege zu verbinden, so ist „Schwester Belladonna“ entstanden.

Wie sieht das deine Arbeit?
Mein aktueller Arbeitgeber weiß bisher nichts von meinen Aktivitäten oder spricht mit mir zumindest nicht darüber. Ich mache kein Geheimnis aus meinem Engagement, alles was ich tue ist öffentlich zugänglich, aber in meinem beruflichen Alltag setze ich einen anderen Fokus. Bei vorangehenden Arbeitgebern sind meine Tätigkeiten mit der Zeit eher zufällig wahrgenommen worden und dabei auf gemischte Reaktionen gestoßen. Manche Kolleg*innen empfinden das Engagement als stark und spannend, andere können nichts damit anfangen oder empfinden es als übertrieben, wobei einem beides in der Regel eher indirekt suggeriert wird. Gerade Vorgesetzte reagieren teilweise unsicher und haben aus meinem Empfinden oft Bedenken, dass „solche“ Mitarbeiter*innen Unruhe bedeuten könnten. Ich denke das hat in meinem Fall auch etwas damit zu tun, dass ich häufig über berufspolitische Inhalte spreche, in denen es auch darum geht seine Rechte durchzusetzen und sich zu emanzipieren.

Bekommst du immer nur gutes Feedback?
Nein, natürlich nicht. Aber ich bekomme deutlich mehr positives als negatives Feedback und habe bisher keine Erfahrung mit Shitstorms oder Hate gemacht. Hier ist es aber wichtig sich zu schützen und entsprechende Strategien für sich zu entwickeln.

Was würdest du Menschen raten, die mit Social Media beginnen wollen und dieses Medium noch nie benutzt haben?
Das Internet vergisst nicht! Du musst immer davon ausgehen, dass Deine Inhalte überall landen und ggf. aus dem Kontext gerissen werden können, auch Jahre später. Also handele nicht unüberlegt, auch wenn Dir dieses Medium Leichtigkeit und Zerstreuung suggeriert. Insbesondere im professionellen Kontext gibt es immer einen ethischen Rahmen, wir tragen Verantwortung und stellen über unsere Einzelperson hinaus einen Berufsstand und ggf. Schutzbefohlene dar. Das kann eine große Chance bieten, wir alle haben hier die Möglichkeit unsere Profession positiv zu beeinflussen und zu Netzwerken. Aber das Gegenteil kann eben auch der Fall sein, entsprechend sollte man sich stets reflektieren. Das gilt als Creator*in, das gilt aber auch für User*innen in Kommentarspalten!

TikTok Influencer „Real Luke“ Stationsleitung

Wie bist du in die Pflege gekommen?
Begonnen hat mein beruflicher Werdegang im Gesundheitswesen durch das Bundesheer. Damals habe ich den Rettungssanitäter erlernt. Dies war mir nicht genug und ich wagte durch eine berufliche Weiterbildung den nächsten Schritt zum Notfallssanitäter. Hier merkte ich aber die Grenzen und das ich mehr machen wollte. Durch das Diplom zum Gesundheits- und Krankenpfleger wurden mir dann mehrere Türen geöffnet, denn dieser Beruf bietet eine Viefalt an Optionen. So bin ich in der Pflege gelandet.

Was begeistert dich so an der Pflege?
Tatsächlich komme ich ja aus der Akutmedizin, über das ganze Notfallwesen. Was mich damals schon fasziniert hat, in welchem schlechtem Zustand die Patient:innen ins Krankenhaus eingeliefert worden sind und wie in kurzer Zeit die Menschen wieder genesen aus diesen Einrichtungen entlassen werden. Das hat mich absolut begeistert. Die Möglichkeiten in der Pflege und Medizin etwas zu bewirken, um Menschen gesundheitlich wieder auf Vordermann zu bringen, sind einfach genial.

Nun arbeite ich in der Geriatrie und es ist hier unvorstellbar, wie man Menschen mit Kleinigkeiten eine Freude machen kann. Wenn Menschen keine Angehörige und Zugehörige mehr besitzen, benötigen sie Ansprache. Hier sieht man schon höchste Freude und Dankbarkeit bereits durch kleine Aktionen.

Mich begeistert aber auch der Einfallsreichtum meiner Mitarbeiter:innen. Sie lassen sich so vieles einfallen und es ist so viel Kreativität in jedem einzelnen vorhanden. Auch unter mittlerweile schwierigen Umständen schaffen sie es immer wieder, unseren Bewohner:innen Lebensqualität und Freude in den Alltag zu bringen.

Was hat dich bewogen in Social Media was zu machen?
Eigentlich bin ich überhaupt nicht der Social Media Typ. Ich bin derzeit nicht einmal auf Instagram oder Facebook, aber vielleicht entschließe ich mich ja zu diesem Schritt. Zu TikTok bin ich über meinen Sohn gekommen, der in Österreich in ziemlich bekannter Creator ist. Zu Beginn habe ich, gemeinsam mit meinem Sohn, nur Blödsinn gemacht. Hier stand lustiger Content einfach im Vordergrund.

Dann kam die Pandemie und hier habe begonnen den ersten Pflegecontent zu generieren. Gestartet habe ich mit Aufklärungsvideos, wie zum Beispiel „Was sind 2er, 3er Masken?“, „Warum ist es wichtig sich zu schützen?“, weil ich gemerkt habe, dass es hier einen wirklich großen Erklärungsbedarf gibt. Schnell merkte ich, dass mein Tun einen hohen Anklang fand und bin dadurch immer mehr in diese Schiene gerutscht. Nun bin ich mittlerweile ausschließlich in diesem Content, der scheinbar auch zu mir sehr gut passt.

Wie viel Zeit kostet dich das?
Tatsächlich ist das komplett unterschiedlich. Es gibt größere Projekte, wo ich mit 3 Apps und dem Laptop ein Video arbeiten muss. Bei solchen Inhalten sitze ich teilweise von der Aufnahme bis zum Feinschliff einen halben Tag.

Wenn es um Videos geht, bei denen ich Anfragen oder Kommentare beantworte, ist dies auch mit 15 Minuten erledigt. Entscheidend ist hier meine Lust und Laune und natürlich meine freie Zeit, die mir zur Verfügung steht.

Was willst du mit deinen Videos

überhaupt bewirken?
Mir ist es wichtig, dass sich Pflegepersonen in meinen Videos wiedererkennen, d.h. mein Konzept besteht eigentlich daraus, reale Situation, die vielleicht in der Realität gar nicht so witzig sind, trotzdem mit einer Spur Humor zu untermalen, um eine lustige Situation daraus zu generieren, damit sich die Pflegekräfte in der Situation wiedererkennen. Das sieht man dann vor allem in den Kommentaren. Für mich ist es immer das Beste, wenn ich ein Video zu einem Thema mache, zum Beispiel ein Video zum Thema „Arzt/Pflege“ oder „Pflege/Schülerin“ und mir am nächsten Tag sicher sein kann, dass es bereits hunderte Kommentare gibt. Die Leute schreiben dann ihre Meinungen oder diskutieren sogar. Es gibt natürlich auch Themen, bei denen sich die Pflegekräfte überhaupt nicht einig sind. Wichtig ist es aber, dass sich die Leute in diesen Videos selbst finden. Perfekt ist es, wenn die Menschen rückmelden: “ Du bringst es genau so rüber, wie es im Alltag ist.“ Hier geht es nicht um Schönreden. Ich möchte auf der einen Seite darauf hinweisen, dass es wirklich Probleme gibt, wir aber noch immer in einer der geilsten Jobs der Welt arbeiten, wenn wir in der Lage wären, diese Beruf richtig ausüben zu können und wir auch so das Image steigern könnten.

Kriegst du auch negative Rückmeldungen?

Negative Rückmeldungen habe ich so gut wie gar keine, was mich wirklich verwundert. Normalerweise gilt die Regel: Je mehr Follower, desto mehr Neider und dadurch auch negative Kommentare.

In 500 Kommentaren habe ich vielleicht 1 oder 2 komische Antworten. Das sind dann meistens Leute ohne Profilbild und eigene Videos und überall Blödsinn kommentieren. Wirklich persönlich negative Kommentare sind sehr sehr selten. Die Leute die mich nerven blockiere ich einfach. Da mache ich nicht viel herum, dafür ist mir meine Zeit zu schade.

Was würdest du Menschen raten, die mit Social Media beginnen wollen und dieses Medium noch nie benutzt haben?

Man muss einfach geduldig sein. Das man mit einem guten Video viral geht und viele Follower bekommt ist unwahrscheinlich. Man muss versuchen konstant etwas zu posten. Ich versuche zum Beispiel jeden Tag ein Video online zu stellen. Wichtig ist es in der gleichen Schiene zu bleiben, denn hier geht es klar um einen Wiedererkennungswert. Bei mir fängt das schon mit dem blauen Kasack an. Damit weiss jeder automatisch: Das ist der Typ von der Pflege und hier geht es auch um dieses Thema. So baut man sich systematisch eine Community auf., die ab einem gewissen Zeitpunkt darauf wartet, was du beim nächsten Mal sagen wirst oder welches Video du rausbringst. Für mich ist das ein super Kompliment und es geht voran. Wichtig ist auch, dass man authentisch bleibt und sich nicht für irgendetwas verkauft. Ehrliche Meinung ist einfach angesagt, es zählt aber auch Wertschätzung und Respekt gegenüber anderen. Je mehr Follower du aufbaust, desto mehr Neider kommen natürlich auch. Das ist einfach normal. Solche Menschen muss man einfach ausblenden.

DER LEHRGANG

Über fachlich gute Medizin und Pflege hinaus steigt der Bedarf an berufsübergreifender Kommunikation, Zusammenarbeit und gemeinsam gestalteten Entscheidungsprozessen. Ziel des Lehrgangs ist die kompetenzorientierte Weiterbildung in allen Gesundheitsberufen für die Etablierung von Ethikarbeit und Ethikberatung.

Der Lehrgang vermittelt Grundlagen, Instrumente und Fähigkeiten zur Klinischen Ethikberatung ebenso wie zur Etablierung und Umsetzung von Ethikboards/Ethikkomitees sowie die Einrichtung eines Ethikkonsiliardienstes auf Ebene einzelner Einrichtungen. Damit können Teams in Gesundheitseinrichtungen in ethischen Konflikten entscheidungs- und handlungsfähig gehalten werden.

Stand: Juli 2023

KARL LANDSTEINER PRIVATUNIVERSITÄT FÜR GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems / Austria
T: +43 2732 720 90
E: presse@kl.ac.at
www.kl.ac.at

KARL LANDSTEINER KL PRIVATUNIVERSITÄT FÜR GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

ANGEWANDTE ETHIK UND ETHIKBERATUNG FÜR GESUNDHEITSBERUFE

ZERTIFIKATSKURS

NEU MIT ETHIK-BERATER:IN

KL ACADEMY

ANGEWANDTE ETHIK UND ETHIKBERATUNG FÜR GESUNDHEITSBERUFE

KURZ UND KNAPP

Umfang:
10 ECTS berufsbegleitend

Dauer:
2 Semester – Vorlesungen, Seminare, Tutorials und Selbststudium

Abschluss:
Zertifikat der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften (KL); sowie Weiterbildung gem. GuKG § 64 und 104a; weiters Zertifikat für Ethikberater:in (K1) und theoretische Voraussetzung für Ethikkoordinator:in (K2) der Akademie für Ethik in der Medizin eV, Universität Göttingen

Voraussetzung:
Ausbildung in einem der Gesundheitsberufe; Berufserfahrung ist von Vorteil

Online Bewerbung:
Bewerbungsschreiben und CV
weitere Details unter
www.kl.ac.at/weiterbildungsangebot

Kursgebühren:
€ 3.500,-

Sprache: Deutsch

Termine:
06./07. Oktober 2023
24./25. November 2023
15./16. Dezember 2023
16./17. Februar 2024
19./20. April 2024
24./25. Mai 2024
05./06. Juli 2024

DIE TEILNEHMER:INNEN

Der Zertifikats- bzw. Weiterbildungslehrgang richtet sich an Vertreter:innen aller Gesundheitsberufe, die mit ethischen Fragestellungen im Berufsalltag konfrontiert sind

INFORMATION UND ANMELDUNG

E: eleonore.kemetmueller@kl.ac.at
T: +43-664-839 1466
Anmeldeschluss: 10. September 2023

DIE VORTRAGENDEN

Lehrgangsleitung (KL):
wHR Mag.ª Dr.in Eleonore Kemetmüller, PM.ME.
DGKP, Ethikberaterin, Studium der Pädagogik und Philosophie, Organisationethik, Medizin- und Bioethik, Fachbereich Biomedizinische Ethik und Ethik des Gesundheitswesens, Karl Landsteiner Privatuniversität Krems

Kursleitung (AEM):
Hans-Georg Hausmann, PM.ME.
DGKP, Ethikkoordinator, Koordinator für interkulturelle Integration, zertifizierter Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM), Ordensklinikum Linz

Referent:innen (geplant):

- **OÄ Dr.in Irene Adelt** Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Klagenfurt
- **Dr. Christian Bürger** Recht, NÖ Landesverein für Erwachsenenschutz
- **OÄ Dr.in Helga Dier, PM.ME.** Intensivmedizin, zertifizierte Trainerin für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM), UK St. Pölten
- **Mag. Walter Frühwirth** Seelsorge/Spiritualität, LK Horn
- **FH-Prof. Mag.ª Petra Ganaus, MSc** Studiengangsleiterin Gesundheits- und Krankenpflege, FH St. Pölten
- **OÄ Priv. Doz.in Dr.in Gudrun Kreye** Palliativmedizin, UK Krems
- **Elisabeth Langmann, M.A.** Medizin- und Pflegeethik, Klinische Ethikberatung, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen (D)
- **Univ.-Prof.in Mag.ª Dr.in Hanna Mayer** Leiterin Fachbereich Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Person-Centred Care Research, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften
- **Mag.ª Dr.in Ingrid Metzler (PostDoc)** Fachbereich Biomedizinische Ethik und Ethik des Gesundheitswesens, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften
- **Mag. Dr. Martin Peter** Philosoph, Unternehmensberatung, Coaching, Mediation
- **Univ.-Prof. Dr. phil. Giovanni Rubeis** Leiter Fachbereich Biomedizinische Ethik und Ethik des Gesundheitswesens, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften
- **Gerda Schmidt, DGKP, MAS** Palliative Geriatrie, Caritas Socialis, Wien
- **Beatrix Sramek, PM.ME.** Hebamme, DGKP, Geburtshilfe, Neonatologie
- **Harald Titzer, BSc, MSc** Onkologische Pflege, AKH Wien
- **Stephanie Winkler, MSc** Hebamme, Lebensanfang
- **Manfred Zottl, MSc MSc** Organisationsentwickler, Coach, Plattform Patient:innensicherheit, Wien

DIE VIER CURRICULUMSMODULE

Ethik:
Fachliche und interdisziplinäre Grundlagen, ethische Begründungsansätze, rechtliche Rahmenbedingungen, Reflexion

Organisation:
Organisationstheorie und -entwicklung, Teamentwicklung, Ethikberatung im organisationellen Zusammenhang

Beratung:
Beratungsprozess und -instrumente, Moderations- und Kommunikationskompetenzen, Ethikberatung in unterschiedlichen Feldern

Interprofessionelle Praxis:
Team- und Organisationsanalyse, praktische Umsetzung, Fallbearbeitung, Ergebnispräsentation

DER NUTZEN

Ziel des Lehrganges ist es, die Absolvent:innen zu befähigen, in ihrer professionellen Arbeit auf Basis persönlich reflektierter Werthaltungen in Hinblick auf Organisation und interprofessionelle Praxis ethische Zusammenhänge zu erkennen und durch ihr professionelles Handeln diese in den unterschiedlichen Settings - stationär und mobil, intramural und extramural – zur Wirkung kommen zu lassen. Dadurch wird zugleich das Ausmaß an moralischem Stress reduziert bzw. dieser durch den langfristigen Aufbau präventiver Strukturen verhindert.

DIE ORGANISATION

Der Lehrgang umfasst 10 ECTS, er findet berufsbegleitend in deutscher Sprache statt. Die Lehrinhalte werden in vier Modulen behandelt, an deren Ende jeweils eine mündliche Prüfung zu absolvieren ist. Nach positivem Abschluss erhalten die Teilnehmer:innen ein Zertifikat der KL sowie ein Weiterbildungszeugnis.

KL ACADEMY

imc KREMS

NEU
Vom DGKP zu DGKP BSc

Gesundheits- und Krankenpflege studieren

EINLADUNG ZUM **INFOABEND**

DO 03. Aug. · 20 Uhr · IMC Campus Krems · Trakt G · 3500 Krems

„Nun gibt es endlich eine gesetzliche fixe Lösung, wie lange ein Studium für eine DGKP dauern soll, damit Fachkolleg:innen mit einem BSc abschließen können. Hierzu braucht es auch keine Matura. Was sie alles erwartet, wie sie am schnellsten zu dieser Möglichkeit kommen und wo sie sich anmelden können, bringe ich ihnen gerne an diesem Abend persönlich näher. Startmöglichkeit wäre sogar noch dieses Jahr!"
Ihr Prof. (FH) Markus Golla, Institutsleiter Pflegewissenschaft

Bitte melden Sie sich unter **office.ipw@fh-krems.ac.at** für den Infoabend an.

www.imc.ac.at

Der lange Weg zur Etablierung der Pflegewissenschaft an österreichischen Universitäten (Teil 1)

Die Etablierung einer neuen wissenschaftlichen Disziplin ist ein komplexer Prozess, der meist nicht geradlinig verläuft und häufig eine lange Vorgeschichte hat. In diesem Beitrag soll den Fragen nachgegangen werden, wer die wichtigsten Player bei der Entwicklung der Pflegewissenschaft in Österreich und insbesondere an der Universität Wien waren, welche politischen und gesellschaftlichen Einflüsse wirksam wurden und welche internationalen Netzwerke dabei eine Rolle spielten.

Die Bemühungen um die Etablierung der Pflegewissenschaft haben in Österreich im Vergleich zu englischsprachigen und nordeuropäischen Ländern erst sehr spät begonnen. Die Gründe dafür sind vielfältig und gehen bis ins 19. Jahrhundert zurück.[1] Der allgemeine Entwicklungsrückstand des Pflegeberufs in Österreich, der bis in die ersten Jahrzehnte nach dem Zweiten Weltkrieg zu verzeichnen war, war nicht so schnell aufzuholen und bedingte auch einen verspäteten Anschluss an die international immer stärker werdende Akademisierung des Berufs.

Bis etwa zu den späten 1970er Jahren war die Pflege in Österreich noch sehr stark vom Image eines medizinischen Hilfsberufs geprägt. Außerdem wirkte insbesondere in katholischen Kreisen die Vorstellung nach, Pflege könne eigentlich nicht berufsmäßig, sondern nur aus Nächstenliebe geleistet werden.[2] Der Status des Pflegeberufs in Österreich war niedrig. Englischsprachige wissenschaftliche Pflegeliteratur war den Berufsangehörigen vor der Verbreitung des Internets nur in sehr geringem Ausmaß zugänglich.[3] Dass in den 1980er Jahren innerhalb der österreichischen Pflege das Bewusstsein dieses Rückstands und der Wunsch nach einem Anschluss an die internationale wissenschaftliche Entwicklung immer stärker wurden, war vor allem dem Umstand zu verdanken, dass führende österreichische Pflegepersonen in Organisationen wie zum Beispiel der Workgroup of European Nurse Researchers (WENR) mitwirkten, wie später genauer ausgeführt wird, oder Kontakte zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) knüpften.

Durch diese internationalen Kontakte lernten österreichische Pflegepersonen, die oft schon Erfahrung in anderen wissenschaftlichen Disziplinen hatten, zunächst das Konzept des sogenannten Pflegeprozesses, das von der WHO sehr gefördert wurde,[4] kennen, sie wurden mit Pflegetheorien – vorwiegend aus den USA – vertraut und konnten sehen, welche wissenschaftlichen Forschungsmethoden in der Pflegewissenschaft angewandt wurden. Um jedoch in Österreich Pflegewissenschaft an den Universitäten in Lehre und Forschung zu etablieren, mussten auch Rahmenbedingungen berücksichtigt werden, die sich teilweise als schwer zu bewältigende Barrieren erwiesen. Dazu gehörte unter anderem der Umstand, dass die Pflegeausbildung dem Gesundheitsministerium unterstand, während für die Universitäten das Wissenschaftsministerium zuständig war. Daher musste auch eine Vielzahl sich ständig ändernder gesetzlicher Bestimmungen sowohl im Bereich des Gesundheitswesens als auch im Bereich der Hochschulausbildung (beispielsweise die Veränderungen im Rahmen des Bologna-Prozesses) berücksichtigt werden. Das Verhältnis der Pflegewissenschaft zur Medizin war zu bestimmen. Ein großer Nachteil für die Entwicklung der Pflegewissenschaft lag darin, dass die Pflege in Österreich keine Lobby hatte.

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte dieser Entwicklung näher ausgeführt. Die ersten Kapitel des Beitrags folgen einem chronologischen Verlauf, wobei es sich um eine Rekonstruktion der Ereignisse aus der Perspektive beteiligter Akteurinnen[5] handelt. Dieser Ansatz bietet zwar einige Vorteile wie Insiderwissen oder Zugang zu verschiedenen Dokumenten, stößt aber auch an die Grenzen subjektiver Wahrnehmung und Interpretation. In den weiteren Kapiteln steht der analytische Aspekt im Vordergrund – der Fokus liegt auf der internationalen Vernetzung und Veränderungen im Gesundheitswesen, die allgemein zu beobachten sind, sowie auf Vergleichen mit der Entwicklung der Pflegewissenschaft in anderen Ländern beziehungsweise mit anderen Disziplinen.

Erste Bemühungen um die Pflegewissenschaft in den 1980er Jahren

Nachdem Großbritannien bereits 1956 einen Anfang gemacht hatte, gab es in einer Anzahl von Ländern im kontinentaleuropäischen Raum in den 1970er Jahren Entwicklungen im Bereich der Pflegewissenschaft und -forschung. Bei einem ersten europäischen Kongress der Workgroup of European Nurse Researchers (WENR) in Uppsala im Jahr 1982 war Österreich mit einer Delegation vertreten. Die WENR, die erst vier Jahre vorher gegründet worden war – der Österreichische Krankenpflegeverband war Mitglied –, verfolgte das Ziel, Forschungsarbeiten und universitäre Studien in ganz Europa zu fördern. Die Kongresse der WENR, die im Abstand von zwei Jahren abgehalten wurden, wurden jeweils in einer anderen europäischen Stadt vorbereitet und durchgeführt. Auf Uppsala folgte London 1984 und Helsinki 1986. In der Zwischenzeit gab es kleinere Treffen, z. B. 1985 in Wien, 1989 in Frankfurt und 1993 in Prag.[6]

1985 wurde in Wien zeitgleich mit dem Treffen der WENR ein Kongress der WHO abgehalten, bei dem die Ergebnisse eines internationalen Forschungsprojekts in der Pflege präsentiert wurden. Durch diesen Austausch auf internationalem Niveau wurde klar, dass einige Länder bereits über Jahrzehnte ein hohes wissenschaftliches Niveau auf dem Gebiet der Pflege erreicht hatten, was zum Ansporn und Impuls auch in Österreich für Verantwortliche im Bereich der Pflege auf allen Ebenen wurde.[7]

In diesen Jahren gab es in Österreich eine Vielfalt von Wissens- und Schulungsangeboten zum Thema Pflegeforschung an Bildungseinrichtungen, wobei man versucht hat, erste Forschungskompetenzen zu entwickeln. An der Karl Franzens-Universität in Graz konnten pflegewissenschaftliche Lehrveranstaltungen in einem Fächerbündel gemeinsam mit Pädagogik angeboten werden.[8]

Ab 1981 veranstaltete Klaus Zapotoczky an der Johannes Kepler Universität Linz Symposien zum Thema „Gesundheit im Brennpunkt“, bei denen zunehmend pflegewissenschaftliche Beiträge eingebracht wurden.[9] Eine lose Verbindung gelang auch mit der Universität Wien: Ab 1981 wurden die Sonderausbildungen für leitendes und lehrendes Krankenpflegepersonal der Akademie für Höhere Fortbildung in der Pflege, deren Leiter Heinz Flamm war, als Uni-

(C) Elisabeth Seidl

versitätslehrgänge an der Medizinischen Fakultät geführt.[10]

Um die Möglichkeit der Implementierung eines pflegewissenschaftlichen Studiums an der Universität Wien zu sondieren, bildete sich eine Arbeitsgruppe aus verantwortlichen Pflegepersonen und Vertretern anderer Disziplinen. Ende 1988 wurde das 1. Symposium Pflegeberuf und Universität organisiert, wobei große Zustimmung unter den teilnehmenden Pflegepersonen festzustellen war.[11] Wenige Monate später lenkten die „Vorfälle im Krankenhaus Lainz", bei denen Patienten von Pflegehilfskräften getötet worden waren, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf die Defizite im pflegerischen Bereich des Krankenhauses und die damit verbundenen strukturellen Probleme. Eine internationale Kommission, an der ExpertInnen aus Österreich und Deutschland teilnahmen, legte dem Gemeinderat einen ausführlichen Bericht vor, in dem Verbesserungsvorschläge enthalten waren.

Im April 1989 hatte der Wissenschaftsminister Erhard Busek einen Brief der Projektgruppe Universitäre Weiterbildung für Pflegepersonen erhalten. Darin wurde er informiert, dass bei dem vorhin erwähnten Symposium Pflegepersonen in leitenden und lehrenden Positionen aus Wien und den meisten Bundesländern den Wunsch nach universitärer Bildung geäußert hatten. Beigelegt wurden der Tagungsband und die beiden ersten Exemplare der wissenschaftlichen Zeitschrift Pflege.[12]

Bei der Vorlage des Expertenberichts im Parlament zu den Ereignissen in Lainz plädierte Wissenschaftsminister Busek bereits für eine universitäre Ausbildung vor allem für leitende und lehrende Pflegepersonen. Der Abgeordnete Josef Lackner erklärte: „Um die Pflege auf der Höhe des internationalen Niveaus durchführen zu können, schlägt der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung ein alle Bereiche umfassendes Pflegestudium an der Universität vor. In einem achtsemestrigen Studium sollte die universitäre Ausbildung vor allem für leitende und lehrende Pflegepersonen erfolgen."[13] Und Bundesminister Busek bestätigte: „Ebenso ist daran gedacht, einen Studienversuch Pflegewissenschaft durchzuführen […]. Die entsprechenden Vorbereitungen dafür sind bereits getroffen."[14]

Zur Entwicklung der Pflegeforschung wurden bereits an verschiedenen Orten Projekte durchgeführt. Um diese auf eine universitäre Basis zu stellen, mussten auch die finanziellen Mittel für ein Forschungsinstitut aufgetrieben werden. Konkret entstand zu dieser Zeit auf Anregung des Direktors der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt Wolfgang Krösl (1923–2014) das Kuratorium zur Errichtung und Unterstützung eines Österreichischen Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, gebildet von Organisationen aus dem Bereich des Gesundheitswesens.[15]

Das erste universitäre Forschungsinstitut

Zu einem Durchbruch kam es kurz darauf: Am 28. Jänner 1992 bewilligte das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung die Errichtung eines Forschungsinstituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung an der Universität Linz.[16] Die Errichtung des Instituts basierte auf der Grundlage des Universitätsorganisationsgesetzes von 1975, § 9317. Klaus Zapotoczky wurde Leiter des gesamten Instituts, und auf seine Initiative ging es auch zurück, dass es mehrere Abteilungen geben sollte: eine Abteilung für Gesundheitssystemforschung in Linz (Leitung: Reli Mechtler), eine für Pflegeforschung in Wien (Leitung: Elisabeth Seidl) und ursprünglich auch eine Abteilung für Geriatrie und Curriculumforschung in Krems.[18] Die Abteilung Pflegeforschung war in den ersten acht Jahren am Rudolfinerhaus angesiedelt und wurde von Karl Fellinger (1904–2000), der ab 1989 Präsident des Rudolfiner-Vereins war, sehr unterstützt.

Damit konnte Pflegeforschung im universitären Rahmen betrieben werden. Ein internationales Forschungsprojekt war bereits geplant, basierend auf einer Kooperation mit Wissenschaftlerinnen aus Deutschland und der Schweiz aus dem Bereich der historischen Pflegeforschung. Das Ziel des Projekts war, die Entwicklung des Pflegeberufs in den drei Ländern Deutschland, Schweiz und Österreich in Beziehung zueinander zu setzen. Es sollte unter anderem der Einfluss der politischen und Kriegsereignisse erforscht werden. Aus zeitlichen Gründen konnte das große Projekt des Ländervergleichs nicht durchgeführt werden, und auf Anraten von Hilde Steppe (1947–1999) entstand 1996 ein österreichischer Band zur Sozialgeschichte der Pflegeberufe.[19] Im Oktober 1997 fand der 3. Internationale Kongress zur Geschichte der Pflege in Wien statt, bei dem Projekte aus der historischen Pflegeforschung in diesen drei Ländern präsentiert wurden.[20] Bereits 1991 war ein

österreichisches Symposium veranstaltet worden im Anschluss an ein Seminar zur historischen Entwicklung der Pflege, das von Hilde Steppe geleitet worden war.[21]

Weitere internationale Projekte konnten mit der Karls-Universität in Prag entwickelt werden, eines davon mit Marta Stanková (1938–2003) über Informationsstand und Lebensbewältigung von alten Menschen nach der Spitalsentlassung, ebenfalls in der Reihe Pflegewissenschaft heute veröffentlicht.[22] 1997 wurde von der Abteilung Pflegeforschung das Thema „Multikulturelle Aspekte der Pflege“ zum ersten Mal zum Inhalt eines Forschungsprojekts gemacht.[23]

Zeitgleich mussten die politischen Anstrengungen in Richtung einer universitären Bildung der Pflegepersonen weitergeführt werden. Eine beachtliche Gruppe von PflegewissenschaftlerInnen aus dem Ausland wirkte 1992 beim Symposium Pflegewissenschaft – eine universitäre Aufgabe mit, im besonderen Miriam Hirschfeld von der WHO in Genf, die zum Thema „Universitäre Pflegewissenschaft weltweit betrachtet“ sprach.[24]

Im Juni 1995 fasste der Wiener Landtag einstimmig den Beschluss, „bei der Bundesregierung betreffend Errichtung eines Lehrstuhles für Pflegewissenschaft an der Universität Wien vorstellig zu werden“.[25] Im Dezember 1995 setzte Bundesminister Rudolf Scholten „aufgrund mehrfach vorgebrachter Wünsche, ein Hochschulstudium im Bereich der Krankenpflege einzurichten“, eine Arbeitsgruppe zur „Prüfung einer eventuellen Akademisierung im Pflegebereich“ ein,[26] zu der Hilde Steppe mit einem ausgezeichneten Referat beitrug.

Im November 1995 habilitierte sich Elisabeth Seidl an der Universität Linz im neuen Fach „Soziologie der Pflege“.[27] Um die Bezeichnung der Venia musste lange gerungen werden, weil Pflegewissenschaft noch an keiner österreichischen Universität etabliert war. Erst durch die Tätigkeit eines weiteren Arbeitskreises zur Akademisierung der Pflege unter Mitwirkung vonGiselher Guttmann vomInstitut für Psychologie an der Wiener Universität, der schon an der von Minister Scholten eingesetzten Arbeitsgruppe teilgenommen hatte, konnte ein entscheidender Schritt zur Etablierung der Pflegewissenschaft gelingen.

Das Individuelle Studium Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Im Wintersemester 1998/99 konnte an der Universität Wien eine Ringvorlesung mit dem Titel Wissenschaftliche Konzepte der Pflege abgehalten werden. Das Interesse der Pflegepersonen daran war sehr hoch. Die 134 HörerInnen, ordentliche und außerordentliche je zur Hälfte, hatten in dem gebuchten Saal gar nicht Platz und wurden in einen großen Vortragsraum gebeten. Unter der Leitung von Elisabeth Seidl wirkten auch drei Gäste aus dem Ausland mit: Annemarie Kesselring aus Bern, Doris Schaeffer aus Bielefeld und Judith Strobl aus Liverpool.[28]

Von dieser Ringvorlesung ging eine neuerliche Dynamik aus, viele TeilnehmerInnen wollten Prüfungen ablegen und waren entschlossen, weiterzustudieren. Was fehlte, war eine Lehrveranstaltungsnummer, und die Suche danach führte uns zu Ekkehard-Weber, der für die Einrichtung sogenannter Individueller Diplomstudien (IDS) nach § 17 des Universitätsstudiengesetzes von 1997[29] verantwortlich war. Das Besondere an den IDS war, dass der Studienplan aus bestehenden Lehrinhalten zusammengesetzt sein und durch die Kombination unterschiedlicher Fachbereiche etwas völlig Neues entstehen sollte. Zur Begründung für die gleichzeitige Einrichtung vier neuer Studien gab Professor Weber die Erklärung: „Die Universität Wien will innovativ sein.“[30]

Ein Curriculum für das neue Fach „Pflegewissenschaft“ musste dringend entwickelt werden, wobei die Vorstände der einbezogenen Fächer Psychologie, Soziologie, Pädagogik und Medizin – letzteres Fach damals noch an der Universität Wien – ihre Zustimmung geben mussten. Der Zeitraum dafür war knapp. Das Curriculum war zunächst auf ein kombinationspflichtiges Studium ausgerichtet. Während die drei erstgenannten Studienkommissionen im Wesentlichen Vorschläge für die weitere Studienentwicklung machten, forderte die Studienkommission Medizin die Hinzunahme von 40 Semesterwochenstunden, eine Anzahl, die unmöglich mit diesem Entwurf vereinbar war. Professor Weber schlug daraufhin vor, aus Pflegewissenschaft ein Vollstudium zu machenund ein neues Curriculum zu entwickeln.

Nach dem damals geltenden Universitätsgesetz wurde eine Studiendauer von acht Semestern und ein Studienabschluss mit dem „Mag. phil.“ vorgesehen. Bei der Übernahme der studienrechtlichen Betreuung der Studierenden hat es „insofern keine Schwierigkeiten gegeben, als sich die Studienkommission Soziologie unter ihren Vorsitzenden Prof. Dr. Jürgen Pelikan und Prof. Dr. Rudolf Forster zur Übernahme dieser Aufgabe bereit erklärt hat“.[31]

Am 6. September 1999 – sehr knapp vor dem Beginn des Semesters – setzte der damalige Prärektor der Universität Wien, Wolfgang Greisenegger, den Studienplan für das IDS Pflegewissenschaft gemeinsam mit einigen anderen Individuellen Studien in Kraft.[32] Diese neuen Studien stießen auf großes Interesse. In der Pflegewissenschaft inskribierten im Studienjahr 1999/2000 bereits 73 Personen. In den folgenden Jahren nahm die Zahl der NeuinskribentInnen bedeutend zu: vom Beginn des Studiums im Wintersemester 1999/2000 bis zum Sommersemester 2007 betrug sie insgesamt 1.438.[33]

Einen positiven Einfluss auf die InteressentInnen hatten zweifelsohne die Informationsnachmittage in den Räumen der Abteilung Pflegeforschung. Durch diese Begegnungen konnte auch die Überzeugung der einzelnen InteressentInnen bestärkt werden, dass durch die Entwicklung des Pflegeberufs eine höhere Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gefördert wird.

Den Pflegepersonen aus der Praxis wurden Wege aufgezeigt, wie sie die Zugangsberechtigung zur Universität erwerben konnten. Die Komplexität der Situation wurde dadurch erhöht, dass man erst nach der Inskription eines anderen Studiums Pflegewissenschaft studieren konnte.[34] Mit der Entwicklung des ersten Curriculums war die Neugestaltung des Studiums nicht zu Ende. Im Zusammenhang mit den Stellungnahmen der betroffenen Studienkommissionen schreibt Professor Weber: „Es ist kein besonderes Geheimnis, dass gerade die Pflegewissenschaft hier auf besondere Schwierigkeiten gestoßen ist. Andererseits hat gerade sie alle recht unterschiedlichen Forderungen und Einwände berücksichtigt, die von den beteiligten Studienkommissionen vorgebracht wurden, mit dem Ergebnis, dass der Studienplan von Kritikern nachher als ‚unorganisch' bezeichnet wurde. Man kann es eben nie allen recht machen. Andererseits sollte gerade dieser Studienplan möglichst vielen Interessen (auch hinsichtlich unterschiedlicher Eingangsvoraussetzungen und unterschiedlicher Berufsziele) Rechnung tragen."[35]

Zusätzlich mussten auch die anstehenden Veränderungen aufgrund des „Bologna- Prozesses"[36] sowie Änderungen in der Organisation der Universität, die u. a. zu einem starken Splitting der Fakultäten führten,[37] ins Auge gefasst werden. Das IDS war als Übergangslösung aus der Not heraus gewählt worden, im Grunde wurde ein reguläres Studium angestrebt. In Kooperation mit der Abteilung Pflegeforschung, dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, dem Springer-Verlag sowie der Österreichischen Hochschülerschaft an der Universität Wien führten die Studierenden des IDS im Jahr 2002 eine Unterschriftenaktion durch, um ein Regelstudium für die Pflegewissenschaft zu erreichen. 7.312 Unterschriften wurden gesammelt und an die SPÖ-Abgeordnete und ÖGB-Frauenvorsitzende Renate Csörgits sowie den Wissenschaftssprecher Erwin Niederwieser übergeben.[38]

Bereits am 21. Jänner 2000 schlug die Studienkommission Medizin dem Bundesministerium vor, an der Medizinischen Fakultät Pflegewissenschaft als Studium zu etablieren. Es gab dazu einen einstimmigen Beschluss.[39] Dies war der erste von mehreren Versuchen vonseiten der Medizin, die jedoch nicht zum Erfolg führten. Am 1. Jänner 2004 erfolgte dann die Etablierung der Medizin als eigene Universität.

Die Zahl der Studierenden im IDS Pflegewissenschaft stieg in dieser Zeit rasch an. Ganz praktische Fragen wie zum Beispiel die Beschaffung der Räume für die Lehrveranstaltungen konnten nur mithilfe der Infrastruktur und der Unterstützung des Personals der Abteilung Pflegeforschung gelöst werden.[40] Von Anfang an bestand Einigkeit darüber, dass zusätzlich zu den bestehenden Lehrveranstaltungen imengeren Sinn pflegewissenschaftliche Inhalte angeboten werden müssen. Elisabeth Seidl, die sich 1995 an der Linzer Universität habilitiert hatte, wo sie auch in den folgenden Jahren lehrte, übernahm jetzt in Wien einen Teil der pflegewissenschaftlichen Lehrveranstaltungen. Weitere akademisch qualifizierte Personen hielten Seminare und Proseminare ab, für die wegen der großen Studierendenzahl vermehrt Parallelveranstaltungen angeboten werden mussten.

In der Zwischenzeit ergab sich durch das Universitätsgesetz 2002 eine neue Situation: Die Universitäten erhielten das Recht, von sich aus neue Studien einzurichten. Allerdings mussten sie dafür auch die Finanzierung aufbringen.[41] Die Bemühungen um eine Stiftungsprofessur führten erst 2004 zu einem Erfolg, die Etablierung eines Instituts an der Wiener Universität erfolgte ein Jahr darauf. Als Stifter konnten Caritas und Rotes Kreuz[42] gewonnen werden. An der Universität Wien war dies die erste Stiftungsprofessur. Die Antrittsvorlesung von Elisabeth Seidl im April

2005 trug den Titel P*flegewissenschaft für die Gesundheitsversorgung von morgen*.

Die ersten Studienabschlüsse mit Sponsion im Jahr 2003 verstärkten die Motivation der Studierenden. Im Dezember 2005 fiel unter Anwesenheit der Stifter zwischen den Verantwortlichen der Universität Wien und der Medizinischen Universität Wien der Beschluss, eine Lehrunion zwischen den beiden Universitäten zu bilden, das Studium sollte bereits 2007 beginnen und mit einem Bachelorabschluss an der Medizinischen Universität Wien bzw. einem Masterabschluss an der Universität Wien enden. Die diesbezüglichen Studienpläne wurden in zahlreichen Sitzungen an beiden Universitäten entwickelt. „Im nächsten Jahr wird ein gemeinsam mit der Universität Wien erarbeitetes Studium für Pflegewissenschaft starten“, verkündete am 29. August 2006 eine Presseaussendung der Medizinischen Universität.[43]

Ein diesbezüglicher Vertrag, der in einem Protokoll vorgesehen war, konnte jedoch nicht realisiert werden. In der Zwischenzeit wurden auch an anderen österreichischen Universitäten, und zwar an der Medizinischen Universität Graz, der Tiroler Privatuniversität UMIT Tirol und der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg, pflegewissenschaftliche Studiengänge eingerichtet.[44] Auch die Johannes Kepler Universität Linz wäre nicht uninteressiert gewesen, hier stellte jedoch das damalige Fehlen einer medizinischen Fakultät eine Schwierigkeit dar.

Die Stiftungsprofessur an der Universität Wien lief mit September 2007 aus, eine Nachfolgeprofessur, die schon längere Zeit zusammen mit einer zweiten Professorenstelle beantragt worden war, wurde als dringliche Notwendigkeit von den StudienrichtungsvertreterInnen der Pflegewissenschaft gefordert, eine Unterschriftenaktion durchgeführt und die Unterschriftslisten an Rektor Georg Winckler übergeben. Zur Unterstützung des Anliegens wurde vom Institut Pflegewissenschaft eine Informationsveranstaltung organisiert, zu der VertreterInnen der Politik eingeladen waren. Als weiteres politisches Unternehmen ist eine Demonstration auf der Ringstraße zu nennen vomUniversitätsgebäude zum Rathaus, dabei trugen die Studierenden Transparente mit den Forderungen.[45]

Am 1. Dezember 2007 wurde Hanna Mayer als Professorin für Pfle-

(C) Elisabeth Seidl

Anleiten2Go
E-Learning

DIGITALES E-LEARNING FÜR ALLE PFLEGENDE

Alltagsnahe Inhalte

Lernerfolg mit Zertifikat

Selbstbestimmtes Lernen

Top Preis-Leistungs-Verhältnis

Sichern Sie sich ihre Pflichtfortbildung ganz einfach digital mit Anleiten2Go.

NEU

Jetzt informieren

Besuchen Sie German Quernheim auf Social Media

gewissenschaft an der Universität Wien angestellt und übernahm die weitere Betreuung der Studierenden. Das IDS Pflegewissenschaft lief noch bis zum Sommersemester 2013,[46] es konnte nicht fortgesetzt werden, weil das Gesetz dem Bologna-Prozess entsprechend das Auslaufen der Diplomstudien vorsah. Insgesamt haben 588 Personen das IDS Pflegewissenschaft mit dem Magisterium abgeschlossen und weitere 28 Personen mit dem Bachelor.[47] Eine Fortführung in der Form eines Master- und Doktoratsstudiums war möglich.

Vergleich mit der Etablierung anderer Wissenschaften an der Universität Wien

Ein kurzer Vergleich der Entwicklung der Pflegewissenschaftmit der Etablierung anderer Fächer an der Universität Wien kann Ähnlichkeiten und Unterschiede aufzeigen. Gut belegt ist hier insbesondere die Entwicklung der Soziologie, der Psychologie und der Translationswissenschaft. In der diesbezüglichen Literatur werden meist ältere Fächer genannt, auf die die neuen Wissenschaften zurückgehen. Für die Soziologie sind dies die Rechts-, Staats- und Wirtschaftswissenschaft sowie die Psychologie, Philosophie und Geschichte;[48] für die Psychologie insbesondere die Philosophie;[49] für die Translationswissenschaft die Angewandte Linguistik und die Vergleichende Literaturwissenschaft.[50] Professoren und andere Lehrende aus dem Gebiet der schon bestehenden Fächer boten besondere Lehrveranstaltungen an[51] oder gründeten außeruniversitäre Institutionen mit neuen Schwerpunkten[52], und es dauerte oft noch lange, bis das neue Fach als solches studiert werden konnte. In allen drei genannten Fächern gingen die Initiativen von Lehrenden aus im Unterschied zur Pflegewissenschaft, bei der die Anstöße fast durchwegs von unten, von den PraktikerInnen, kamen. Was Soziologie und Psychologie betrifft, so ist dies verständlich, weil hier PraktikerInnen in diesen Fächern kaum noch existierten; es ist jedoch auch im Fall der Translationswissenschaft kein besonderer Einfluss von in der Praxis tätigen DolmetscherInnen oder ÜbersetzerInnen sichtbar, obwohl solche schon seit Jahrtausenden unentbehrlich waren.[53] Es zeigt sich also sehr deutlich, dass die Entwicklung in Richtung Bottom-up, die die Pflegewissenschaft in Österreich auszeichnet, keiner allgemeinen Regel folgte, sondern als Besonderheit zu betrachten ist. Hier waren es fast ausschließlich Personen aus der Pflege selbst, von denen der Wunsch nach einem pflegewissenschaftlichen Studium ausging. Einige hatten schon ein anderes Fach studiert, viele waren in leitenden Stellen in Praxis oder Unterricht tätig,[54] wo sie die Verantwortung der Pflege für die Gesellschaft erkannten, einige auch im politischen Bereich, wie Charlotte Staudinger, die im Jahr 2000 den Bedarf an akademisch gebildeten Pflegepersonen in Österreich mit 4.000 Personen berechnete.[55] Und dann gab es eine große Menge junger Menschen, die in der Pflege tätig waren und nach der Möglichkeit drängten, ein solches Studium absolvieren zu können.

In anderer Hinsicht sind deutliche Parallelen zwischen der Pflegewissenschaft und den genannten drei Fächern zu finden, insbesondere was die Verortung der neuen Wissenschaften im Gesamtrahmen der wissenschaftlichen Fächer betrifft. Für die Soziologie bringt Christian Fleck eine anschauliche Aufstellung solche Fragen wie: Was ist oder soll der Gegenstand

Autorin

Univ. Prof.in Dr.in Elisabeth Seidl
ehem. Pflegedirektorin und Leiterin der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Rudolfinerhauses in Wien, ehem. Leiterin des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz, Habilitation in Soziologie der Pflege an der Universität Linz, ehem. Prof.in für Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Initiatorin für Pflegewissenschaft in Österreich.

Autorin

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

der Soziologie sein? Soll sie sich an den Naturwissenschaften orientieren oder die Nähe der Geisteswissenschaften suchen? Ist sie eine wissenschaftliche Spezialdisziplin oder eine allgemeine heuristische Perspektive?[56] Diese Fragen sind den Fragen sehr ähnlich, die zu Beginn der Pflegewissenschaft imdeutschen Sprachraum diskutiert wurden, was hier aber aus Platzgründen nicht näher ausgeführt werden kann. Eine kurze Literaturangabe muss genügen.[57]

Fußnoten

1 Z.B. Elisabeth Seidl, Zur Lage der Pflege und ihrer Akademisierung in Österreich, in: Andreas Heller/Doris Schaeffer/Elisabeth Seidl (Hg.), Akademisierung von Pflege und Public Health. Ein gesundheitswissenschaftlicher Dialog, Wien–München–Bern: Wilhelm Maudrich 1995, 13–36.

2 Z.B. Ilsemarie Walter, Pflege als Beruf oder aus Nächstenliebe. Die Wärterinnen und Wärter in Österreichs Krankenhäusern im „langen 19. Jahrhundert", Frankf. a. M.: Mabuse-Verlag 2004, 117–121.

3 So hatte z. B. die Krankenpflegeschule am Rudolfinerhaus in den 1970er Jahren zwei oder drei englischsprachige wissenschaftliche Zeitschriften abonniert, was zu dieser Zeit sehr fortschrittlich war.

4 Pflegeforschung für eine bessere Krankenpflege, hg. vom Österreichischen Krankenpflegeverband, Wien: 1986, 153–211.

5 Elisabeth Seidl war von 1975 bis 1999 Direktorin des Pflegedienstes und der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Rudolfinerhauses, von 1992 bis 2010 Leiterin der Abteilung Pflegeforschung des Forschungsinstituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Universität Linz, ab 1995 Dozentin bzw. Professorin für Soziologie der Pflege und Pflegewissenschaft an den Universitäten Linz und Wien und von 2005 bis 2007 Vorständin des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien. Ilsemarie Walter war von 1976 bis 1992 Lehrerin an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Rudolfinerhauses, Wien, von 1992 bis 1998 Vertragsassistentin am Forschungsinstitut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Universität Linz und von 2000 bis 2007 Lehrbeauftragte für Pflegewissenschaft an der Universität Wien.

6 Elisabeth Seidl, Von der Idee zur Institutionalisierung – ein langer Weg, in: Elisabeth Seidl (Hg.), Betrifft: Pflegewissenschaft. Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin, Wien–München–Bern: Wilhelm Maudrich 1993, 75–95, 77–84.

7 Pflegeforschung für eine bessere Krankenpflege.

8 Elke Gruber/Sonja D. Kuss, Karriere nach dem Studium. Pflegeakademikerinnen im Beruf, Wien: Facultas 1999, 7–9.

9 Z.B. Peter Berner/Klaus Zapotoczky (Hg.), Neue Wege im Gesundheitswesen, Linz: Veritas 1984, 147–175; Peter Berner/Klaus Zapotoczky (Hg.), Zwischen Professionalisierung, Laiensystem und Bürokratie (Gesundheit im Brennpunkt 3), Linz: Veritas 1992, 247–287.

10 Marianne Kriegl, Akademisierung der Pflege in Österreich, in: Vlastimil Kozon/Norbert Fortner (Hg.), Bildung und Professionalisierung in der Pflege, Wien: Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege 1999, 7–21, 9–10. Die analogen Veranstaltungen der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen der Stadt Wien wurden 1994 in Zusammenarbeitmit der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien zu Universitätslehrgängen. Ebd.

11 Andreas Heller, Universitäre Pflegeforschung in Österreich. Die Abteilung Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz, in: Seidl (Hg.), Betrifft: Pflegewissenschaft, 61–74, 65–66; Elisabeth Seidl (Hg.), 1. Symposium Pflegeberuf und Universität am 18. November 1988 in Wien. Tagungsbericht mit ergänzenden Beiträgen, Wien: Wilhelm Maudrich 1988.

12 Schreiben von Elisabeth Seidl an Bundesminister Erhard Busek vom23. April 1989, Kopie im Besitz der Autorinnen.

13 Republik Österreich, Parlament, Stenographisches Protokoll Nationalrat, XVII. GP, 133. Sitzung, 14. März 1990, 15754.

14 Ebd., 15760.

15 Bescheid der Sicherheitsdirektion für Wien vom 26. Februar 1991, Zl. IV-SD/124, VVM/91.

16 Schreiben des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung vom 28. 1. 1992 an den Akademischen Senat der Universität Linz, Abschrift im Besitz der Autorinnen.

17 Bundesgesetz: Universitäts-Organisationsgesetz, BGBl. Nr. 258/1975.

18 Einladung zum Symposium Pflegewissenschaft – eine universitäre Aufgabe, 20.–21. November 1992, im Besitz der Autorinnen.

19 Elisabeth Seidl/Hilde Steppe, Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950, Wien–München–Bern: Wilhelm Maudrich 1996.

20 Sechster Jahresbericht, hg. vonder Abteilung Pflegeforschung, Wien: Selbstverlag 1998, 13–15.

21 Elisabeth Seidl (Hg.), 2. Symposium. Pflegeberuf – Entwicklung und Perspektiven, Wien– München–Bern: Wilhelm Maudrich 1991.

22 Elisabeth Seidl/Ilsemarie Walter, Lebensbewältigung und Information. Eine Studie über alte Menschen nach der Spitalsentlassung, in: Elisabeth Seidl/Marta Stanˇková/Ilsemarie Walter (Hg.), Autonomie im Alter. Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege, Wien–München–Bern: Wilhelm Maudrich 2000, 36–101; Marta Stanˇková/Ilsemarie Walter, Vernetzung von Spitals- und Hauskrankenpflege bei alten Menschen in der Tschechischen Republik, in: Seidl/Stanˇková/Walter (Hg.), Autonomie im Alter, 166–187.

23 Sechster Jahresbericht, 1998, 12; Siebenter Jahresbericht, 1999, 13–14; Achter Jahresbericht, 2000, 14–15; Neunter Jahresbericht, 2001, 10–13. Vgl. auch Wilfried Schnepp/Ilsemarie Walter (Hg.), Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl, Wien–Köln–Weimar: Böhlau 2010.

24 Elisabeth Seidl/Klaus Zapotoczky (Hg.), Pflegewissenschaft – eine universitäre Aufgabe, Linz: Universitätsverlag Rudolf Trauner 1994.

25 Schreiben von Stadträtin und Mitglied der Landesregierung vonWien, Maria Hampel-Fuchs, vom 29. 6. 1995 an Dr. Elisabeth Seidl, im Besitz der Autorinnen. Zum Beschlussantrag selbst vgl. Stadt Wien, Magistratsabteilung 8, URL: https://www.wien.gv.at/ma08/infodat/1995/2970-lat.pdf (abgerufen am 24.

9. 2021).

26 Schreiben des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst (gezeichnet: Dr. Höllinger) vom 15. 12. 1995 an Dr. Elisabeth Seidl, im Besitz der Autorinnen.

27 Bescheid der Johannes Kepler Universität Linz, Sozial- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät vom 30. 11. 1995.

28 Ilsemarie Walter, „Theoretische Grundlagen der Pflege“. Erste Ringvorlesung an der Universität Wien, in: Österreichische Krankenpflege-Zeitschrift 51 (1998) 4, 1, 14.

29 Bundesgesetz über die Studien an den Universitäten, BGBl. I 48/1997.

30 Persönliche Erinnerung von Elisabeth Seidl.

31 Ekkehard Weber, Pflegewissenschaft als neues Lehrangebot an der Universität Wien, in: Vlastimil Kozon/Hanna Mayer/Elisabeth Seidl (Hg.), Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich, Wien: Facultas Universitätsverlag 2000, 23–28, 27.

32 Ebd., 25. Zum Studium selbst vgl. Hanna Mayer, Pflegewissenschaft – Über die Etablierung einer neuen Disziplin an der Universität Wien, in: Karl Anton Fröschl u. a. (Hg.), Reflexive Innensichten aus der Universität. Disziplinengeschichten zwischen Wissenschaft, Gesellschaft und Politik, Göttingen: V&R unipress 2015, 135–147, 138–141; Elisabeth Rappold/Andreas Harreither, Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft, in: Österreichische Krankenpflege-Zeitschrift 53 (2000) 12, 12–13; Universität Wien, Vorlesungsverzeichnis Winter 1999/2000, 15.

33 Hanna Mayer, 10 Jahre Institut für Pflegewissenschaft. Eine Rückschau auf die Etablierung einer neuen Disziplin an der Universität Wien, in: procare 20 (2015) 6–7, 10–14, 11.

34 Weber, Lehrangebot, 26–27.

35 Ebd., 27.

36 Bundesgesetz, mit dem das Universitäts-Studiengesetz geändert wird, BGBl. INr. 167/1999. In diesem Gesetz war bereits eine Gliederung in ein Bakkalaureats- und Magisterstudium (anstelle des Diplomstudiums) vorgesehen sowie die verpflichtende Zuteilung von ECTS-Anrechnungspunkten zu den einzelnen Lehrveranstaltungen.

37 Ulrike Denk, Die Entwicklung der Fakultäten an der Universität Wien, Universität Wien, URL: https://geschichte.univie.ac.at/de/themen/die-entwicklung-der-fakultaeten-der-universitaet-wien (abgerufen am 24. 9. 2021).

38 „Bewegung und Bewegen“ – 10 Jahre Institut für Pflegewissenschaft an der UniversitätWien, URL: https://www.pflegekongress.at/html/publicpages/14473398421674.pdf (abgerufen am 24. 9. 2021). Vgl. auch Monika Kunit, Hürdenlauf, in: Clinicum (2002) 2, 10–11.

39 Ekkehard Weber, Die Zukunft der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, in: Vlastimil Kozon/Elisabeth Seidl (Hg.), Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet, Wien: Facultas Universitätsverlag 2002, 44–51, 46.

40 Universität Wien, Vorlesungsverzeichnis Winter 1999/2000, 15.

41 Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien, BGBl. I Nr. 120/2002, § 54 (1).

42 Die insgesamt vier Stifter waren: die Österreichische Caritaszentrale, die Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband), das Österreichische Rote Kreuz und der Landesverband Wien des Österreichischen Roten Kreuzes.

43 Umstrukturierung der Arbeitsmedizin an der MedUni Wien im Sinne der Stärkung von Forschung und Lehre, URL: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20060829_OTS0122/(abgerufen am 24. 9. 2021).

44 Christa Them/Eva Schulc, Vom weiblichen Hilfsdienst zur Hochschulabsolventin, in: Margarete Hochleithner (Hg.), Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck, Bd. 1, Wien: Facultas 2008, 193–208, 203–206.

45 Formular der Studienrichtungsvertretung Pflegewissenschaft für die Unterschriftenaktion zur Sicherstellung des Studiums Pflegewissenschaft WS 2006/2007, Kopie im Besitz der Autorinnen. Pflegewissenschaft: Betreuung von mehr als 1.000 Studenten gefährdet, Der Standard, 19. 12. 2006.

46 Vgl. Individuelle Studien, Universität Wien, URL: https://pflegewissenschaft.ac.at/studium-und-lehre/individuelle-diplomstudien/ (abgerufen am 24. 9. 2021).

47 E-Mail vonKlaudia Zeliska, Universität Wien, vom 25. 11. 2013 an Ilsemarie Walter, im Besitz der Autorinnen.

48 Gilbert Norden/ChristophReinprecht/Ulrike Froschauer, Frühe Reife, späte Etablierung: Zur diskontinuierlichen Institutionalisierung der Soziologie an der Alma Mater Rudolphina Vindobonensis, in: Fröschl u. a. (Hg.), Reflexive Innensichten, 165–177, 166–169.

49 Gerhard Benetka/Thomas Slunecko, Desorientierung und Reorientierung – Zum Werden des Faches Psychologie in Wien, in: Fröschl u. a. (Hg.), Reflexive Innensichten, 267–280, 267.

50 Mary Snell-Hornby/Gerhard Budin, Translationswissenschaft in Wien – Zur Pionierrolle einer altehrwürdigenUniversität, in: Fröschl u. a. (Hg.), Reflexive Innensichten, 239–252, 239.

51 Z. B. Norden/Reinprecht/Froschauer, Zur diskontinuierlichen Institutionalisierung, 168–169.

52 Wie etwa die „Wirtschaftspsychologische Forschungsstelle“, vgl. ebd. 169.

53 Snell-Hornby/Budin, Translationswissenschaft, 239–241.

54 Z. B. Gerhard Fürstler, Von der Lehrschwester zur Pflegewissenschaftlerin – Ein im Wandel begriffenes Berufsbild am Beispiel Österreichs, in: Pädagogik der Gesundheitsberufe 3 (2016) 1, 73–78, 76–77.

55 Charlotte Staudinger, Bedarf an akademisch gebildeten Pflegepersonen, in: Kozon/Mayer/Seidl (Hg.), Aufbruch, 107–110.

56 Christian Fleck, Rund um „Marienthal“. Untersuchungen über institutionelle Aspekte der Entwicklung der Soziologie und Sozialforschung in Österreich, Habilitationsschrift, Graz
1988, 10–11.

57 Z. B. Seidl (Hg.), Betrifft: Pflegewissenschaft, 99–190; Sabine Bartholomeyczik, Die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt, in: Pflege& Gesellschaft 22 (2017) 2, 101–117, 110–111; Klaus R. Schroeter, Die Pflege und ihre Wissenschaft(en) – im Spagat zwischen Professionalisierung und disziplinenübergreifender Wissenschaftspraxis, in: Pflege & Gesellschaft 24 (2019) 1, 18–31.

Die Pflege in der Onkologie hat sich in den letzten 15 Jahren von einer allgemeinen hin zu einer spezialisierten Disziplin entwickelt. Die Entwicklung wurde und wird durch die raschen Veränderungen in Medizin, Technik, Gesellschaft, Gesundheitspolitik, Ökonomie und der Pflege als wissenschaftliche Disziplin beeinflusst.

Als Ausbildungszentrum konnte das Vinzentinum Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern bereits vor Jahren dahingehend die Weiterbildung in der onkologischen Pflege gut etablieren. In diesen 200 Stunden werden Inhalte aus den verschiedensten onkologischen Bereichen bearbeitet. Trotz dieser angeführten Stunden zeigte sich in den letzten Jahren, dass die Beratung, also das WIE in der Beratung, zu wenig Raum bekommen hat.

Neue Fortbildung am Vinzentinum Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern „BERATUNG IN DER ONKOLOGISCHEN PFLEGE“

Zu den Ausbildungsinhalten zählen:
- Beratungsansätze und Beratungsprozesse (patientenzentrierte Adhärenz, …)
- Gesprächstechniken in der Beratung (Bedeutung der richtigen Didaktik, …)
- Methoden der Infovermittlung (Videos, Broschüren, elektronische Medien, …)
- Angehörigenschulung
- PCN, BCN, Rehacoach im Setting der Beratung
- Fallarbeit mit Übungseinheiten (Beratung, Anleitung, Mikroschulung)

Zur Ausbildung:
An der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern - Vinzentinum, Langgasse 19, 4010 Linz

Die Ausbildung im Umfang von 40 Std. findet in 2 Blöcken statt:
- April: 08.04. - 09.04.2024 (2 Tage)
- Juni: 19.06. – 21.06.2024 (3 Tage)

Zu den Aufnahmevoraussetzungen zählen:
- Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
- Empfohlen wird die Weiterbildung „onkologische Pflege“

Anmeldung unter: Vinzentinum Linz [Bewerbung Fortbildung „Beratung in der onkologischen Pflege“ 2024] (bhs.at)

Ausbildungsgebühr:
- € 640,00 (exkl. 10 % MwSt.)

Bei Fragen stehen Herr Markus Greger, BScN, MScN (markus.greger@ordensklinikum.at; 0732 7677 7378) bzw. ich sehr gerne zur Verfügung.

Fernlehrgang Patienten- und Familienedukation

Patienten-und Familienedukation wird künftig immer wichtiger werden. Durch die Ambulantisierung von Pflege und Medizin sowie Mangelsituationen in der pflegerischen Versorgung müssen Fertigkeiten und Wissen zunehmend auf die Betroffenen selbst übertragen werden. Informieren, Schulen und Beraten sind dabei ein entscheidender Teil einer qualitätsvollen Pflege!

Dieser Fernlehrgang wurde schon einmal sehr erfolgreich von der Universität Witten/Herdecke angeboten. Damals belegten die Gründer:innen der einzelnen Patienteninformationszentren und auch Fachpersonen im Bereich SGB XI diesen Kurs. Prof. Dr. Angelika Zegelin hat den Lehrgang jetzt modernisiert, denn: Die „sprechende Pflege“ ist ihr und uns weiterhin wichtig! Der Fernlehrgang eignet sich für alle Praktiker:innen, auch Lehrende, die Patienten- und Familienedukation in ihren Einrichtungen voranbringen wollen.

Dieser Fernlehrgang ist DER einzigste Lehrgang zum Fachbuch „Patientenedukation und Familienedukation“ von Martin Schieron, Christa Büker und Angelika Zegelin (Hrsg.), Martin Schieron ist an dem Fernlehrgang auch beteiligt. Dieser Lehrgang wird exklusiv im deutschsprachigen Raum nur von der Akademie für Gesundheit und Soziales angeboten.

Alle Teilnehmer:innen erhalten das Fachbuch sowie einen begleitenden Leittext von Frau Prof. Dr. Zegelin mit verschiedenen Aufgaben zum Selbststudium. Zwei Mal werden je zwei Präsenztage im Hospitalhof in Stuttgart angeboten. An diesen Seminartagen werden von den Teilnehmenden erarbeitete Aufgaben besprochen und präsentiert. Zudem finden einige praktische Übungen zum Informieren, Schulen und Beraten statt.

Bestandteil des Fernlehrgangs sind Einsendeaufgaben sowie eine kurze Abschlussarbeit.

Die Seminare werden von Frau Prof.in Dr.in Angelika Zegelin, Martin Schieron und anderen Dozierenden durchgeführt.

Anmeldeschluss:
15. Mär. 2024
Termin (von-bis):
3. Apr. 2024
bis 16. Okt. 2024

Kosten (brutto):
1.800,00€

Maximale Teilnehmerzahl:
20 Teilnehmer

Zertifiziert durch QUACERT AZAV-Träger

SCAN ME

Programm-Vorschau Lernwelten 2023

Wissenschaftlicher Kongress für Pädagogik der Pflege- & Gesundheitsberufe www.lernwelten.info

Let's grow – vom Wirken und Sein der Lehrenden | 28. & 29. September 2023 | Frankfurt University of Applied Sciences

Lernwelten 2023 Programm-Vorschau

Let's grow – vom Wirken und Sein der Lehrenden | 28. & 29. September 2023 | Frankfurt University of Applied Sciences

Es geht es wieder los: Wir präsentieren Ihnen die Programm-Vorschau der Lernwelten 2023!

Vom 28. bis 29. September 2023 warten an der Frankfurt University of Applied Sciences **zahlreiche Highlights** auf Sie, freuen Sie sich u. a. auf:

- PreContents vorab auf der Online-Plattform
- Markt der Möglichkeiten
- spannende Aussteller aus Bildung & Pädagogik
- Kaminfeuer-Gespräch
- wissenschaftliche Vorträge
- zahlreiche Workshops, u. a. von Humor Hilft Heilen
- Kaminfeuer-Gespräch
- Dialog-Spaziergang
- Stadtführung durch die Frankfurter (neue) Altstadt
- Apéro mit musikalischer Untermalung
- Poetry Slam von Leah Weigand
- Selfcare-Angebote

Die Lernwelten 2023 werden auch in diesem Jahr durch die **Kongress-Plattform www.lernwelten.info** ergänzt, auf der Sie als Teilnehmende zusätzlich zur Präsenzveranstaltung alle PreContent-Beiträge als Vorgeschmack auf den Kongress ansehen und sich frühzeitig Ihren Platz in Ihrem Wunsch-Workshop sichern können. Sie erhalten außerdem Zugriff zu allen Abstracts sowie zu weiteren Kongressmaterialien.

Wählen Sie aus sechs thematischen Schwerpunkten Profession, Politik & Professionalisierung, Digitalisierung, Studium/Hochschule, Ausbildung/Generalistik und Selbstfürsorge jene Programmpunkte aus, die Sie besonders interessieren. Die thematischen Schwerpunkte sind im Programm farblich markiert.
Die **Posterausstellung**, den **Markt der Möglichkeiten** sowie die **Industrieaussteller** können Sie **während des gesamten Kongresses besuchen** und dort in den Pausen mit den Initiatoren und Anbietern inspirierender Projekte ins Gespräch kommen. Darüber hinaus werden Begehungen der Poster sowie des Markts der Möglichkeiten stattfinden, die ebenfalls thematischen Kategorien folgen.

Das aktuelle Programm-PDF ist für alle online unter www.lernwelten.info abrufbar – Änderungen vorbehalten.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Entdecken der vielen spannenden und hochkarätigen Programmpunkte und freuen uns, Sie bei den Lernwelten 2023 zu sehen!

Als Bildungsveranstaltung anerkannt:

Registrierung beruflich Pflegender
RbP ID 20190314

Scan me 2 buy a ticket!

Wir bedanken uns für die freundliche Unterstützung folgender Sponsoren:

Hochschule Hof University of Applied Sciences · BLGS Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe · SCORION · CareLit · WeCare

Medienpartner:

Pädagogik der Gesundheitsberufe
Die Zeitschrift für den interprofessionellen Dialog