Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Winter 2023

KONGRESS KREMS 2024

„Gemeinsam in die Zukunft“

7.Mai & 8.Mai 2024

Internationale Vortragende aus Österreich, Deutschland, Schweiz, Amerika, Spanien, England, Neuseeland u.v.m

Politische Podiumsdiskussionen
Vorträge aus den Bereichen:

- Berufsspezifische Vorträge
- Digitalisierung
- Diversität
- Ethik
- Extramurale Versorgung & Schnittstellen
- Gesundheitswesen global
- Lehre & Management
- Personenzentrierung
- Primärversorgung
- Wissenschaftstransfer

Inkl. Workshops, Catering & Abendveranstaltungen

GILT FÜR ALLE BERUFSGRUPPEN ALS FORTBILDUNGSSTUNDEN!

www.kongresskrems.at

Bildung und Management

05 **Pflege Perspektiven: Gestaltung nachhaltiger Karrieren in der Langzeitpflege**
Prof.(FH) Dr. Manfred Pferzinger
Prof.(FH) Dr. Alexander Braun MSc MA
Prof.(FH) Priv.Doz. Mag. Dr. Markus Latzke
Prof.in (FH) Mag.a Adelheid Schönthaler BSc

13 **Psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz: Ein Schlüssel zur Stressprävention, Mitarbeiterbindung und Teamerfolg in einer sich wandelnden Arbeitswelt**
Lic. Marius Contor MA

21 **Sepsis – Entwicklung einer digitalen Früherkennung - Ein Projektentwurf aus Bayern**
Prof. Dr. rer.cur. Andreas Fraunhofer MA
Bruno Ristock
Paul Georg Lange

27 **Weiterentwicklung psychiatrischer Pflege**
Dipl. Pflegewirtin (FH) Hilde Schädle Deininger

37 **Pflegenotstand: Mittendrin oder knapp davor?**
MMag.a Dr.in Elisabeth Rappold

47 **CED-PatientInnen im akuten, stationären Setting - Was wünschen sie sich von den Pflegefachkräften?**
Luitgard Hageböck
Prof. Dr. Markus Witzmann MA, MSM, MA

55 **Transitional Care – ein Pflegethema**
Claudia Bernhard-Kessler BSc MSc ANP

63 **Profis pflegen mit Humor! Weiterbildungen der anderen Art – von Profis für Profis**
Verena Breitbach

67 **Recovery**
Madeline Albers
Ingo Tschinke MSc

73 **Pflegerisches Handeln - Eckpunkte und ethische Aspekte zum Weiterdenken …**
Dipl. Pflegewirtin (FH) Hilde Schädle Deininger

IMPRESSUM

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

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

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

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

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

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

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

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

Kontakt
office@pflege-professionell.at

Titelbild (C) Baba Images
(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

GERONTOLOGISCHE PFLEGE: DIGITALISIERUNG IN DER PRAXIS

Digitalisierungsprozesse stellen eine zentrale Dynamik der Innovation in der Pflege von älteren Menschen dar. Technische Innovation verlangt nach Reflexion von grundlegenden Fragen zum Altern: Wie kann Selbstbestimmung und Autonomie im Alter mit technischer Unterstützung gelingen? Wie kann eine qualitätsvolle und personzentrierte Pflege in digitalisierten Umgebungen aussehen? Wie lässt sich sozio-technischer Wandel gemäß ethischen Prinzipien gestalten?

Der Zertifikatslehrgang richtet sich an Mitarbeiter:innen der Gesundheitsberufe, die in ihrem Arbeitsalltag mit gerontologischen Fragestellungen konfrontiert sind oder mit älteren Menschen arbeiten.

KL LEHRGANGSLEITUNG

Prof. Dr. Franz Kolland

Dr.in Vera Gallistl

KURZ UND KNAPP

Umfang:
10 ECTS berufsbegleitend

Dauer:
7 Blöcke (Freitag-Samstag) über 2 Semester - Vorlesungen, Seminare, Praktikum und Selbststudium

Start:
Frühjahr 2024

Abschluss:
Zertifikat der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften (KL). Der Zertifikatskurs wird als Weiterbildung gem. §64 und §104a GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) zur Einreichung gebracht.

Voraussetzung:
Zwei Jahre in einem gerontologischen Praxisfeld oder formale Qualifikation in einem Gesundheits- oder Pflegeberuf

Teilnahmegebühren:
€ 3.500,-

Anmeldung bis 31.12.2023

INFORMATION

E: vera.gallistl@kl.ac.at
T: +43 2732 72090 455

Alle Informationen zu den Vortragenden und den Terminen unter *www.kl.ac.at/weiterbildung*

Anmeldung unter
www.kl.ac.at/weiterbildung

KL ACADEMY

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserinnen und Leser,

Wie die meisten von Ihnen bereits über den Newsletter gelesen haben: Im Winter 2023 haben wir unsere Mailingfunktion eingestellt und bedienen auch die Webseite nicht mehr mit neuen Artikeln aus der Pressewelt.

Warum ist diese Entscheidung auf einmal gekommen?
2024 endet unser 9.tes Magazinjahr und wir durften über 50 Ausgaben kostenfrei zur Verfügung stellen. Dies hat uns immer sehr geehrt und die Magazine wurden stets mit prominenten Autor:innen, aber auch Newcomer:innen bereichert. Dies war nicht immer einfach und vor allem in diesem Jahr hatten wir große Herausforderungen, die Ausgaben entsprechend zu füllen. Zeitgleich machte sich durch unsere Hauptaktivitäten ein massiver Zeitmangel breit, den es zusätzlich zu bewältigen galt. Da das Magazin eine ehrenamtliche Tätigkeit ist und auch die Kosten hierzu nicht unerheblich sind, kamen wir zu dem Entschluss unser Magazin 2024 nach dem Kremser Kongress 2024 mit einer Sommerausgabe ins Finale zu schicken.

Ob es zu einem späteren Zeitpunkt ein „Reaktivierung“ gibt, können wir nicht sagen. Auch wenn es viele Angebote gegeben hat, unser Magazin zu übernehmen, so können wir dies nicht mit unserem Herzen vereinbaren. Pflege Professionell war immer eine „3 Personen Show“ und es wäre unerträglich, wenn aus unserem „Baby“ etwas werden würde, was wir nicht vertreten könnten. Gleich hier ein DANKE an Christoph Müller und Katrin Schützenauer, die unser Kernteam der Webseite und von Pflege Professionell jahrelang Zeit und Kontakte investierten. So wie unsere Autor:innen großartige Menschen, denen ich aus tiefsten Herzen sagen kann: Es war mit euch eine großartige Zeit.

Die Frühjahrsausgabe wird ganz im Zeichen der österreichischen Wahl stehen und die Sommerausgabe bietet als „Abschiedsausgabe“ eine Vielzahl an Artikeln mit den Autor:innen, die mit uns gemeinsam diesen Weg gegangen sind. Hierfür sind wir absolut dankbar, denn ohne diese Personen, hätte es nie eine Ausgabe gegeben.

Viel Spaß beim Lesen
Markus Golla

Markus Golla
Chefredakteur und Inhaber

Pflege Perspektiven: Gestaltung nachhaltiger Karrieren in der Langzeitpflege

Die Langzeitpflege steht durch den Mangel an Pflegekräften sowie der alternden Bevölkerung und des damit verbundenen Bedarfs vor akuten Herausforderungen. Der Abgang von Pflegekräften hat dabei nicht nur finanzielle Auswirkungen, sondern auch direkte Auswirkungen auf die Qualität der Pflege und die Sicherheit von Bewohner*innen (Hayes et al., 2012). Trotz der gesellschaftlichen Bedeutung ist die Attraktivität des Berufsfeldes gering. Dies spiegelt sich in einem schlechten Image, mangelnden Karrieremöglichkeiten und einer oft negativen Medienberichterstattung wider (Hebditch et al., 2020).

Die COVID-19 Pandemie hat die Situation weiter verschärft (Benzinger et al., 2021; Giri, Chenn, & Romero-Ortuno, 2021), zu einem Karriereschock für Pflegekräfte geführt (Akkermans, Richardson, & Kraimer, 2020) und diese dazu veranlasst intensiv über ihren Beruf zu reflektieren. Die Belastungen und psychologischen Auswirkungen der Pandemie haben die Arbeitszufriedenheit verringert (Cohen-Mansfield, 2022; Leskovic, Erjavec, Leskovar, & Vukovič, 2020), auch Manager*innen von Langzeitpflegeeinrichtungen erwägen den Ausstieg aus der Branche (Pförtner, Pfaff, & Hower, 2021).

Ein interdisziplinäres Forscher*innenteam des IMC Krems hat in einer Studie Erkenntnisse darüber gewonnen, wie nachhaltige Karrieren (De Vos, Van der Heijden, & Akkermans, 2020) von Pflegekräften in der Langzeitpflege so gestaltet werden können, dass diese gesund und produktiv arbeiten können, sowie mit ihrer Arbeit zufrieden sind. Dazu wurden Problemfelder aus Sicht von Betroffenen identifiziert, Einflussfaktoren benannt und Lösungsvorschläge erarbeitet. Das gegenständliche Forschungsprojekt mit dem Titel „LINK – Langzeitpflege: Implikationen für nachhaltige Karrieren“ wurde vom Projektfonds Arbeit 4.0 der Arbeiterkammer NÖ gefördert.

IMC Forscher*innenteam mit AK Niederösterreich-Präsident und ÖGB NÖ-Vorsitzender Markus Wieser (Mitte); Markus Latzke, Adelheid Schönthaler, Alexander Braun und Manfred Pferzinger (v.l.n.r.).

Studiendesign

Die Studie basiert auf einem innovativen Studiendesign, in dem der Ansatz von Design Thinking (Brown, 2008) – der sich auf kreative Problemlösung und Partizipation konzentriert – mit einem sequenziellen Mixed-Methods-Ansatz (Creswell, 2014) verbunden wurde. Die Abbildung zeigt das in drei Phasen gegliederte Vorgehen.

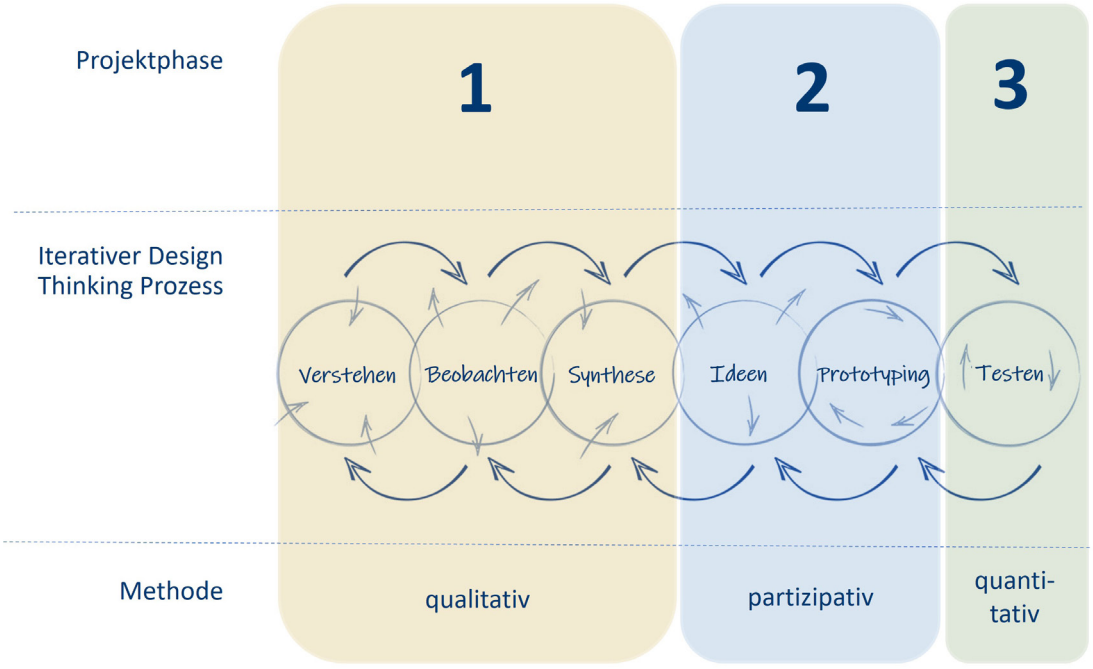


Abbildung: Studiendesign auf Basis eines Design Thinking Prozesses

Qualitativ (Phase 1): In dieser Phase wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, um durch problemzentrierte Interviews (Witzel & Reiter, 2012) ein tiefes Verständnis für die Herausforderungen in der Langzeitpflege zu gewinnen. Das partizipative Forschungssetting inkludierte Pflegekräfte aus österreichischen Langzeitpflegeeinrichtungen (Lang et al., 2012), wobei die Stichprobe (n=25) anhand vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien gewählt wurde (Döring & Bortz, 2016). Die Interviews wurden mittels thematischer Analyse ausgewertet (Braun & Clarke, 2012). Aus den identifizierten Themen der Phase 1 konnten sieben als Design Challenges formulierte Fragestellungen entwickelt und in Phase 2 überführt werden.

Partizipativ (Phase 2): In dieser Phase wurden acht Co-Creation-Workshops mit insgesamt 49 Teilnehmer*innen aus dem Feld der Langzeitpflege organisiert. Sieben Workshops folgten einem strukturierten Ablauf und griffen dabei jeweils eine der identifizierten Design Challenges auf. Die Teilnehmer*innen entwickelten gemeinsam Lösungsideen, die auf den realen Bedürfnissen und Erfahrungen basierten (Lingard, Albert, & Levinson, 2008; Sandholdt, Cunningham, Westendorp, & Kristiansen, 2020). Um die Praxistauglichkeit der Lösungen im Vorfeld der Phase 3 zu prüfen, wurde der abschließende und achte Workshop dem „Test auf Anwendbarkeit“ gewidmet. Der durch die Workshops erzielte partizipative Ansatz förderte dabei die Entwicklung praxisnaher Lösungsansätze.

Quantitativ (Phase 3): In der abschließenden Phase wurde ein quantitatives Forschungsdesign verwendet, um generell Zufriedenheit, Gesundheit und Produktivität zu erheben und um die in Phase 2 entwickelten Lösungsansätze mit Hilfe einer Quotenstichprobe von Pflegekräften aus verschiedenen Bundesländern Österreichs zu testen.

Ergebnisse

Qualitativer Teil (Phase 1): Für die Studie wurden problemzentrierte Interviews mit 25 Pflegepersonen durchgeführt. Die Stichprobe besteht aus 21 weiblichen und vier männlichen Pflegepersonen. Die Berufserfahrung variierte von null bis drei Jahren bis zu mehrjähriger Erfahrung von über fünf Jahren. Die beruflichen Funktionen reichen von Pflegeassistent*innen und Pflegefachassistent*innen bis hin zu diplomierten Pflegepersonen in Leitungsfunktionen. Eine Pflegeperson ist in der Funktion der Personalvertretung tätig.

Die Ergebnisse der thematischen Analyse zeigen vier Kernthemen: (1) Arbeitsmotivation, (2) Umgang mit Verletzlichkeit, (3) Herausforderungen im Human Resource Management und (4) Externe Sichtweise auf die Langzeitpflege. Diese Themen wurden vor der COVID-19 Pandemie identifiziert und durch die Pandemie sichtbarer, wobei auch neue Aspekte hinzukamen.

Im Bereich der Arbeitsmotivation schätzten die Pflegekräfte die Bedeutung der Beziehung zu den Bewohner*innen, Kommunikation und persönliche Beziehungen.

Die Pandemie führte jedoch zur Einführung von Schutzmaßnahmen wie Masken und dem Verbot sozialer Veranstaltungen, was die Beziehungsarbeit erschwerte. Dennoch betonen die Pflegekräfte weiterhin die Bedeutung ihrer Arbeit und die Erfüllung, die sie aus der Pflege ziehen.

In Bezug auf den Umgang mit Verletzlichkeit beschreiben die Pflegekräfte die eingeschränkten Möglichkeiten des „Abschiednehmens“ während der Pandemie als besonders belastend. Aufgrund der oft über lange Zeit aufgebauten Beziehung mit den Bewohner*innen ist diese Phase für das Pflegepersonal von emotionaler Bedeutung. Zudem wurden Hygienemaßnahmen und deren Effekte aufgrund der potenziellen Bedrohung durch die Pandemie als besonders relevant wahrgenommen. Die Angst, die Bewohner*innen, sich selbst oder die eigenen Angehörigen, anzustecken war allgegenwärtig. Die Impfpflicht stellte jedoch auch in diesem Bereich ein kontroverses Thema dar, dass auch zu Konflikten in den Teams führte.

Als herausfordernd wird auch die Rekrutierung von Pflegekräften, die Fluktuation, das Betreuungsverhältnis und die Diversität des Personals benannt. Die COVID-19 Pandemie machte diesbezüglich viele Problembereiche sichtbarer, da durch Quarantänen das verfügbare Personal noch weiter eingeschränkt wurde und sich der Betreuungsaufwand gleichzeitig erhöhte.

Die externe Sichtweise auf die Langzeitpflege ist geprägt von gesellschaftlichen Erwartungen, geringer Wertschätzung und fehlender Sichtbarkeit. Die Langzeitpflege wurde während der Pandemie zwar als systemrelevant anerkannt, aber auch kritisiert und mit negativen Schlagzeilen konfrontiert. Dies führte zu einer Verschlechterung des Images der Langzeitpflege, sowohl in der Gesellschaft als auch innerhalb der Pflegeprofession.

Partizipativer Teil (Phase 2): In dieser Phase des Projekts wurden insgesamt sieben Design Challenges entwickelt, die auf den in Phase 1 identifizierten Themen basieren. Die korrekte Formulierung von Design Challenges ist dabei von zentraler Bedeutung (Uebernickel, Brenner, Pukall, Naef, & Schindlholzer, 2015), um sicherzustellen, dass sie relevante und ungelöste Probleme in der Langzeitpflege ansprechen. Darüber hinaus rücken sie die Bedürfnisse und Sehnsüchte der Betroffenen, wie Bewohner*innen und Pflegekräfte, in den Fokus und fördern kreative Lösungen. Eine entscheidende Eigenschaft dieser Design Challenges ist ihre Offenheit für verschiedene Ergebnisse, wodurch Raum für kreative Ideen und unterschiedliche Ansätze geschaffen wird.

Die folgenden Design Challenges wurden aus den Ergebnissen von Phase 1 abgeleitet und für Phase 2 nutzbar gemacht:

1. Wie können wir unsere Beziehung(-sarbeit) mit den Bewohner*innen fördern?
2. Was können wir dazu beitragen, um Praktikant*innen für die Langzeitpflege zu begeistern?
3. Wie kann Angehörigenarbeit positiv gestaltet werden?
4. Was können wir dazu beitragen, die Bedürfnisse der Pflegekräfte hinsichtlich Dienstzeiten und -formen zu berücksichtigen und wie gehen wir mit diesen Modellen um?
5. Wie können wir der Welt zeigen, wie attraktiv und vielfältig Langzeitpflege für Pflegekräfte ist?
6. Wie können wir mit den Bedürfnissen unterschiedlicher Altersgruppen in den Teams umgehen?
7. Wie können wir unseren Fokus ausgewogen auf Bewohner*innen richten, die aktiv Aufmerksamkeit einfordern und diejenigen, die es nicht tun?

Die Design Challenges wurden in den Workshops bearbeitet. Die daraus resultierenden Ideenskizzen wurden schließlich für Phase 3 in Items für den Fragebogen überführt.

Quantitativer Teil (Phase 3): Im quantitativen Teil wurden die Ergebnisse der online Fragebogenerhebung analysiert. Insgesamt wurden 3.198 Fragebögen geöffnet, wovon 980 ausgefüllt wurden, was einer Beendigungsquote von 30,64% entspricht. Nach Datenbereinigung wurden 949 Fragebögen in die finale Stichprobe aufgenommen, was 2,6% der Gesamtpopulation ausmacht. Das Sampling erfolgte entlang einer Quotenstichprobe, die die Vollzeitäquivalente der Pflegekräften in Bundesländer widerspiegelt. Aufgrund der hohen Rücklaufquote ist der Stichprobenfehler gering (±3,14%, 95%-CI). Von den 949 Pflegekräfte waren 82,7% Frauen, 15,8% Männer und 1,5% divers. Dies entspricht in etwa der Geschlechterverteilung laut Gesundheitsberuferegister (Bundeskanzleramt, 2019). Das Durchschnittsalter der Pflegekräfte betrug 44 Jahre, wobei die jüngste Person 18 Jahre und die älteste 66 Jahre alt war. Im Durchschnitt hatten die Pflegekräfte 14,35 Jahre Berufserfah-

rung in der Langzeitpflege, wobei Berufseinsteiger*innen erst wenige Tage bis Wochen in der Pflege tätig waren. Die vertragliche Arbeitszeit pro Woche lag im Durchschnitt bei 34,64 Stunden, während die tatsächliche Arbeitszeit bei durchschnittlich 39,34 Stunden pro Woche lag. In Bezug auf den höchsten Ausbildungsstand zeigte sich eine Überrepräsentanz von 54% Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern (DGKP) und 9,3% akademisch ausgebildeten Pflegekräften.

Die Arbeitszufriedenheit wurde gemessen und zeigte, dass die Arbeitszufriedenheit in Anbetracht der Arbeitsbelastung sehr stark nach unten ausreißt. Die Fragen zur eigenen Arbeitsaufgabe und den Möglichkeiten zur Entfaltung wurden positiv bewertet, während die verfügbaren Ressourcen zur Erfüllung der Berufstätigkeit, insbesondere die Zeit für Bewohner*innen und der Personalbestand, kritischer beurteilt wurden. Die Pflegekräfte schätzen ihren Gesundheitszustand tendenziell schlecht ein, wobei diejenigen mit gehobener Ausbildung/Akademisierung in Bezug auf die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes signifikant bessere Werte erzielen. Die subjektiv empfundene Produktivität wird insgesamt positiv bewertet, wobei akademisch ausgebildete Pflegekräfte auch hier besser abschneiden.

In Bezug auf die Retention erwägen 16% der Pflegekräfte einen Ausstieg aus der Organisation und jede fünfte Pflegekraft denkt oft oder immer darüber nach, die Profession zu verlassen. Allerdings würden aber auch mehr als die Hälfte der Pflegekräfte den Beruf erneut ergreifen und in die Langzeitpflege zurückkehren. Die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsbelastung beeinflussen dabei die Absicht, den Beruf zu wechseln.

Es wurden insgesamt 29 Maßnahmen zur Gestaltung nachhaltiger Karrieren identifiziert und hinsichtlich ihrer Umsetzung abgefragt. Als ein zentrales Kernergebnis der Studie wurden diese zu vier Maßnahmenbündeln bzw. Dimensionen zusammengeführt, die als Einflussfaktoren für nachhaltige Karrieren in der Langzeitpflege gelten. Es handelt sich dabei um, und „Attraktivität der Langzeitpflege erhöhen“, „Dienstpläne und -zeiten“, „Beziehungspflege“ sowie „Bedürfnisse unterschiedlicher Altersgruppen“.

Dabei zeigt sich, dass Dienstplanung und Dienstzeiten insbesondere für die Zufriedenheit der Pflegekräfte relevant sind. Maßnahmen, die die Attraktivität der Langzeitpflege erhöhen, scheinen insbesondere relevant für die Produktivität und die Gesundheit zu sein. Die Beziehungspflege ist hingegen für alle drei Indikatoren der nachhaltigen Karrieren wesentlich.

Diskussion

Die Ergebnisse einer Dominanzanalyse verdeutlichen, dass Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Langzeitpflege und zur Begeisterung von Praktikant*innen für die Langzeitpflege signifikanten Einfluss auf Produktivität und Gesundheit (jeweils 37%) sowie auf die Zufriedenheit (26%) der Pflegekräfte haben. Diese Maßnahmen umfassen die Kommunikation der Vielfältigkeit des Berufs, regelmäßiges Berichten über positive Aspekte und das Vermitteln eines selbstsicheren, zufriedenen Bildes des Berufs, sowie das Erzählen von spannenden Projekten.

Diese Ergebnisse sind auch im Kontext der bestehenden Literatur relevant. Negative Berichterstattung und geringes Prestige in den Medien wirken sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit aus (Hebditch et al., 2020; Manchha et al., 2021) und erhöhen die Ausstiegsabsichten der Pflegekräfte in der Langzeitpflege (Gao, Tilse, Wilson, Tuckett, & Newcombe, 2015). Das Kommunizieren der tatsächlich positiven Aspekte des Berufs ist daher eine entscheidende Maßnahme.

Es zeigt sich, dass unterschiedliche Maßnahmen unterschiedliche Auswirkungen auf verschiedene Karriereergebnisse haben. Maßnahmen zur Attraktivierung der Langzeitpflege sind positiv mit allen drei Ergebnissen assoziiert. Die Dienstplanung und Dienstzeiten sind für die Zufriedenheit besonders relevant, während die Einbindung von Praktikant*innen die Produktivität steigert. Dies unterstreicht die Bedeutung des positiven Berichtens über die Langzeitpflege und die Betrachtung von Praktikant*innen als Ressource.

Die Ergebnisse zu bereits umgesetzten Maßnahmen zeigen, dass die Patient*innendokumentation und die schriftliche Erfassung individueller Bedürfnisse der Bewohner*innen positiv bewertet werden. Dies steht auch im Zusammenhang mit der Beziehungsarbeit (Misto, Padula, Bryand, & Nadeau, 2019) und der Patient*innensicherheit (Saraswasta & Hariyati, 2021). Im Gegensatz dazu werden Maßnahmen zur Angehörigenarbeit und -kommunikation innerhalb der Profession möglicherweise nicht ausreichend anerkannt.

Fazit
Die Langzeitpflege steht vor gravierenden Herausforderungen, einschließlich Pflegekräftemangel und einem negativen Image. Die COVID-19 Pandemie hat diese Probleme sichtbarer gemacht. Die Studie kombinierte qualitative, partizipative und quantitative Methoden, um Lösungen zu entwickeln.

Die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte ist gemischt, wobei (fehlende) Beziehungsarbeit hierzu eine besonders relevante Variable darstellt. Darüber hinaus erscheinen Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Langzeitpflege als besonders lohnend. Das Kommunizieren positiver Aspekte des Berufs hat auf das Image der Arbeit in der Langzeitpflege positiven Einfluss; so können möglicherweise auch Praktikant*innen auf das Feld aufmerksam gemacht und dafür begeistert werden, deren Einsatz sich wiederum positiv auf die Produktivität auswirken kann.

Die Ergebnisse unterstreichen einmal mehr die Bedeutung der Dienstplanung und -zeiten, zeigen aber auch differenzierter auf, dass diese insbesondere für die Zufriedenheit wesentlich sind und sich im Vergleich zu anderen Einflussfaktoren etwas weniger auf Gesundheit und Produktivität auswirken.

Die Stärken des Forschungsprojekts liegen in seinem innovativen Studiendesign, das qualitative, quantitative und partizipative Methoden kombiniert hat. Es konnte ein umfangreiches Sample aus der stationären Langzeitpflege gewonnen werden, obwohl die Zusammensetzung des Samples, mit überproportionaler Berücksichtigung von (akademisierten) diplomierten Pflegekräften, das Feld

Autor

Prof.(FH) Mag.(FH) Dr. Manfred Pferzinger
Institutsleitung Gesundheitsmanagement / Stv. Akademischer Leiter / Studiengangsleitung Management von Gesundheitsunternehmen (IMC Krems)

Autor

Prof.(FH) Dr. Alexander Braun, MSc, MA
Fachhochschulprofessor Institut Gesundheitsmanagement (IMC Krems)

Autor

Prof.(FH) Priv. Doz. Mag. Dr. Markus Latzke
Studiengangsleitung Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen (IMC Krems)

Autorin

Prof.in(FH) Mag.a Adelheid Schönthaler, BSc
Studiengangsleitung Advanced Nursing Practice (IMC Krems)

nicht vollständig abbildet.

Die vorliegende Studie birgt Erkenntnisse, die auf den konkreten Erfahrungen und Einblicken von Pflegekräften aus der Praxis der Langzeitpflege basieren. Die Ergebnisse verdeutlichen einmal mehr die Notwendigkeit, die Rahmenbedingungen für die Arbeitnehmer*innen in der Langzeitpflege zu verbessern. Nur so kann die Arbeit in der Langzeitpflege nachhaltig attraktiver gestaltet werden und das Berufsfeld dem gesellschaftlichen Anspruch genügen.

Literatur

Akkermans, J., Richardson, J., & Kraimer, M. L. (2020). The Covid-19 crisis as a career shock: Implications for careers and vocational behavior. Journal of Vocational Behavior, 119(103434). doi:doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103434

Benzinger, P., Kuru, S., Keilhauer, A., Hoch, J., Prestel, P., Bauer, J., & Wahl, H. (2021). Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner von Pflegeheimen sowie deren Angehörige–Ein systematisches Review. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 54(2), 141-145.

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis: American Psychological Association.

Brown, T. (2008). Design thinking. Harvard business review, 86(6), 84-92.

Bundeskanzleramt. (2019). Gleichstellung in Zahlen: Gender Index 2019.

Cohen-Mansfield, J. (2022). The impact of COVID-19 on long-term care facilities and their staff in Israel: Results from a mixed methods study. Journal of Nursing Management, 30(7), 2470-2478. doi:https://doi.org/10.1111/jonm.13667

Creswell, J. W. (2014). A Concise Introduction to Mixed Methods Research. Los Angeles: SAGE.

De Vos, A., Van der Heijden, B. I. J. M., & Akkermans, J. (2020). Sustainable careers: Towards a conceptual model. Journal of Vocational Behavior, 117, 103196. doi:https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.06.011

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und evaluation. Wiesbaden: Springerverlag.

Gao, F., Tilse, C., Wilson, J., Tuckett, A., & Newcombe, P. (2015). Perceptions and employment intentions among aged care nurses and nursing assistants from diverse cultural backgrounds: A qualitative interview study. Journal of Aging Studies, 35, 111-122.

Giri, S., Chenn, L. M., & Romero-Ortuno, R. (2021). Nursing homes during the COVID-19 pandemic: a scoping review of challenges and responses. European Geriatric Medicine, 12(6), 1127-1136. doi:10.1007/s41999-021-00531-2

Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K. S., & North, N. (2012). Nurse turnover: a literature review–an update. International journal of nursing studies, 49(7), 887-905.

Hebditch, M., Daley, S., Wright, J., Sherlock, G., Scott, J., & Banerjee, S. (2020). Preferences of nursing and medical students for working with older adults and people with dementia: a systematic review. BMC Medical Education, 20(1), 92. doi:10.1186/s12909-020-02000-z

Lang, D. J., Wiek, A., Bergmann, M., Stauffacher, M., Martens, P., Moll, P., Swilling, M., & Thomas, C. J. (2012). Transdisciplinary research in sustainability science: practice, principles, and challenges. Sustainability Science, 7(1), 25-43. doi:10.1007/s11625-011-0149-x

Leskovic, L., Erjavec, K., Leskovar, R., & Vukovič, G. (2020). Burnout and job satisfaction of healthcare workers in Slovenian nursing homes in rural areas during the COVID-19 pandemic. Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 27(4), 664-

671. doi:10.26444/aaem/128236

Lingard, L., Albert, M., & Levinson, W. (2008). Grounded theory, mixed methods, and action research. Bmj, 337, 567.

Manchha, A. V., Walker, N., Way, K. A., Dawson, D., Tann, K., & Thai, M. (2021). Deeply discrediting: A systematic review examining the conceptualizations and consequences of the stigma of working in aged care. The Gerontologist, 61(4), e129-e146.

Misto, K., Padula, C., Bryand, E., & Nadeau, K. (2019). Nurses' perception of the impact of electronic documentation on the nurse-patient relationship. Journal of nursing care quality, 34(2), 163-168.

Pförtner, T.-K., Pfaff, H., & Hower, K. I. (2021). Will the demands by the covid-19 pandemic increase the intent to quit the profession of long-term care managers? A repeated cross-sectional study in Germany. Journal of Public Health, 43(3), e431-e434. doi:10.1093/pubmed/fdab081

Sandholdt, C. T., Cunningham, J., Westendorp, R. G., & Kristiansen, M. (2020). Towards inclusive healthcare delivery: potentials and challenges of human-centred design in health innovation processes to increase healthy aging. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(12), 4551.

Saraswasta, I. W. G., & Hariyati, R. T. S. (2021). A systematic review of the implementation of electronic nursing documentation toward patient safety. Enfermería Clínica, 31, S205-S209.

Uebernickel, F., Brenner, W., Pukall, B., Naef, T., & Schindlholzer, B. (2015). Design Thinking: Das Handbuch: Frankfurter Allgemeine Buch.

Witzel, A., & Reiter, H. (2012). The Problem-Centred Interview: Principles and Practices. In. London: Sage.

Isabel Haider-Strutz, Marianne Pataki

Lernpaket Anatomie, Biologie, Physiologie II

Den menschlichen Körper verstehen – im Lehrbuch erfährt man alles Wesentliche über Vererbung, Gewebe, Haut, Skelett, Nervensystem, Zelle, Sinnesorgane, Hormonsystem, Blut, des lymphatische System, Kreislauf, Atmung, Verdauung, Harn- und Geschlechtsorgane und vieles mehr.
Mit 3-D-Elementen, 170 Abbildungen und 75 Tabellen. Die vielen Wiederholungs- und Übungsfragen, Beispiele und Kernaussagen erleichtern das Lernen.

Eine Möglichkeit zum Üben, zum Überprüfen von bereits Erlerntem und zum Erkennen von Wissenslücken bietet das dazugehörige Übungsbuch. Die Abfolge der Kapitel orientiert sich an jener des Lehrbuches. 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.

Die Plakate sind für das Erlernen der menschlichen Anatomie in der Pflegeausbildung gedacht. Das Skelett des Menschen, der Schädel, die Arterien und Venen sowie die Muskeln von vorne und hinten sind zweisprachig auf Deutsch und Latein beschriftet. Farbig und mit viel Liebe zum Detail erstellt sind diese Plakate eine ideale Unterstützung für das Erlernen der wichtigsten anatomischen Begriffe.

Das Paket II besteht aus dem Lehrbuch, dem Übungsbuch sowie 6 Plakaten.

Für alle Ausbildungsjahre geeignet!

facultas 2023
EUR 66,90 [A] / 65,10 [D] / sFr 82,– UVP
ISBN 978-3-7089-2418-2

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

(C) Photocreo Bednarek

Psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz: Ein Schlüssel zur Stressprävention, Mitarbeiterbindung und Teamerfolg in einer sich wandelnden Arbeitswelt

Abstract

In einer sich wandelnden Arbeitswelt ist psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz von zunehmender Bedeutung. Sie ermöglicht Teammitgliedern, Risiken einzugehen und Fehler ohne negative Konsequenzen anzusprechen, was das Lernen und die Teamleistung fördert. Diese Sicherheit trägt zur Mitarbeiter*innenbindung bei, reduziert die Fluktuation und steigert die Wettbewerbsfähigkeit, indem sie Teams ermutigt, Risiken offen zu diskutieren und Lösungen zu entwickeln. In einer Umfrage sehen 100% der Gesundheits- und Krankenpflege-Studierenden einen Zusammenhang zwischen psychologischer Sicherheit und Stress und identifizieren Themen zur Förderung der Sicherheit. Zusammengefasst: Psychologische Sicherheit ist entscheidend für erfolgreiche Teams, fördert Lernen, Bindung, Innovation und reduziert Stress.

Einleitung

Die Arbeitswelt ist geprägt von raschen Veränderungen, und Organisationen stehen vor der Herausforderung, nicht nur die Leistung ihrer Mitarbeiter*innen zu verbessern, sondern auch die Bindung der Mitarbeiter*innen zu stärken und ihre Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen (Goller, 2022). Psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz ist ein Konzept, das in diesem Zusammenhang immer mehr an Bedeutung gewinnt. Psychologische Sicherheit in Teams ist ein entscheidender Faktor für den Erfolg. Es bezieht sich darauf, dass alle Mitglieder eines Teams gemeinsam glauben, dass es sicher ist, zwischenmenschliche Risiken einzugehen. Anders ausgedrückt, es geht darum, dass sich Teammitglieder in einer Umgebung befinden, in der sie offen Fehler ansprechen können, ohne Angst vor negativen Konsequenzen haben zu müssen (Goller, 2022).

Dieses Konzept, das von Amy Edmondson geprägt wurde, hat in den letzten Jahren immer mehr Aufmerksamkeit erhalten. Es zeigt

sich, dass Teams mit hoher psychologischer Sicherheit besser lernen und erfolgreichere Ergebnisse erzielen. Interessanterweise handelt es sich dabei nicht um ein brandneues Konzept, sondern es gibt bereits seit den 60er Jahren Erkenntnisse darüber, wie eine positive soziale Umgebung die Leistung beeinflusst (Goller, 2022).

Psychologische Sicherheit ist jedoch nicht dasselbe wie Vertrauen in Teams. Während Vertrauen sich auf individuelle Beziehungen bezieht, fokussiert sich psychologische Sicherheit auf die Wahrnehmung aller Teammitglieder innerhalb des Teams (Goller, 2022).

Es ist auch wichtig zu betonen, dass psychologische Sicherheit nicht automatisch zu einer „Hab-dich-lieb-Kultur“ führt, sondern vielmehr die Grundlage für gemeinsamen Erfolg schafft. In der Praxis zeigt sich, dass Teams in unsicheren und komplexen Arbeitsumgebungen, wie beispielsweise in der Gesundheitsbranche, besonders von psychologischer Sicherheit profitieren (Goller, 2022).

Es gibt sogar einen Fragebogen zur Messung von psychologischer Sicherheit, der weltweit verwendet wird. Dieser Fragebogen wurde von Edmondson entwickelt und bietet eine zuverlässige Möglichkeit, die Teamatmosphäre im Hinblick auf den Umgang mit Risiken und Fehlern zu bewerten (Goller, 2022).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass psychologische Sicherheit ein entscheidender Faktor für den Erfolg von Teams ist und in verschiedenen Studien immer wieder bestätigt wurde. Es ist ein Konzept, das die Teamleistung verbessert und in der heutigen Arbeitswelt zunehmend an Bedeutung gewinnt (Goller, 2022).

Um die Bedeutung der psychologischen Sicherheit im Team zu verstehen, bietet der folgende Fragebogen nach dem Modell von Edmondson aus dem Jahr 1999 eine Möglichkeit zur Bewertung:

1. Gibt es Konsequenzen, wenn im Team Fehler gemacht werden?
2. Sind Teammitglieder in der Lage, Probleme und schwierige Themen anzusprechen?
3. Werden Mitglieder aufgrund von Unterschieden im Team abgelehnt?
4. Fühlen sich Teammitglieder sicher, Risiken einzugehen?
5. Ist es einfach, Unterstützung von anderen Teammitgliedern zu erhalten?
6. Handelt das Team absichtlich gegen die Bemühungen seiner Mitglieder?
7. Werden die einzigartigen Fähigkeiten und Talente der Teammitglieder geschätzt und genutzt?

Dieser Fragebogen erlaubt eine Einschätzung der psychologischen Sicherheit im Team, indem er verschiedene Aspekte beleuchtet, die für die Teamkultur und die zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb des Teams von Bedeutung sind. Allerdings weisen eine hohe Bewertung der Fragen 1, 3 und 5 auf eine niedrige psychologische Sicherheit hin (Goller, 2022).

Basierend auf dem Fragebogen zeigt sich die psychologische Sicherheit im Schnittpunkt der folgenden Hauptthemen: „Fehlerkultur und Konsequenzen“, „Offene Kommunikation und Problemlösung“, „Diversität und Inklusion“ sowie „Risikobereitschaft und Sicherheit“ (Goller, 2022).

Hauptteil

Psychologische Sicherheit und Teamdynamik in Arbeitsumgebungen: Basierend auf der Studie „Wie entsteht psychologische Sicherheit und Teamidentifikation? Eine empirische Untersuchung“ von Thomas Bachmann und Katherina Quispe Bravo lassen sich folgende Erkenntnisse ableiten.

Die Studie untersucht die Entstehung von psychologischer Sicherheit und Teamidentifikation in Teams. Dabei wurden verschiedene Faktoren und Merk-

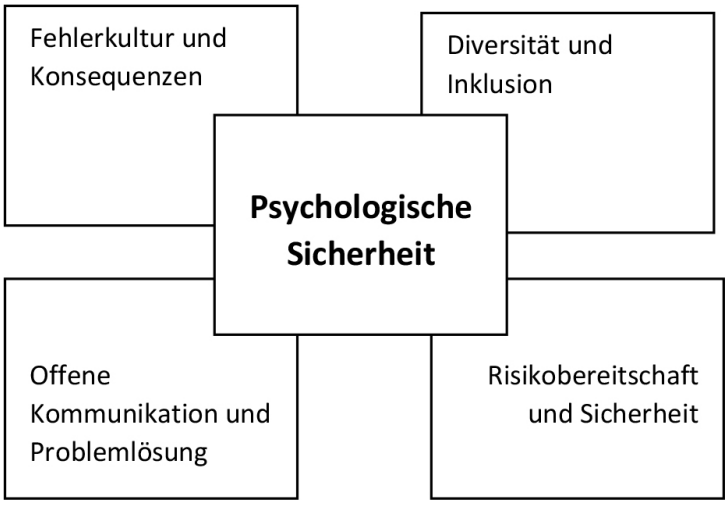


Abbildung 1 Psychologische Sicherheit. Eigene Darstellung.

male analysiert. Zunächst wurden Teammerkmale in zwei Hauptkategorien unterteilt: strukturelle Merkmale (wie Größe, Flexibilität und Diversität) und prozessuale Merkmale (wie Selbstorganisation und Intersubjektivität) (Bachmann & Quispe Bravo, 2021).

Eine wichtige Erkenntnis aus der Studie ist, dass insbesondere prozessuale Teammerkmale signifikante Zusammenhänge mit psychologischer Sicherheit und Teamidentifikation aufweisen. Dies bedeutet, dass die Art und Weise, wie Teams miteinander arbeiten und interagieren, einen erheblichen Einfluss auf die psychologische Sicherheit der Teammitglieder und ihre Identifikation mit dem Team haben (Bachmann & Quispe Bravo, 2021).

Die Studie identifiziert auch bestimmte Prädiktoren für psychologische Sicherheit und Teamidentifikation. Partizipative Führung, informelle Beziehungen, Innovativität und Teamerfolg werden als wichtige Faktoren genannt, die die psychologische Sicherheit fördern können. Dies bedeutet, dass die Beteiligung der Teammitglieder an Entscheidungsprozessen, gute zwischenmenschliche Beziehungen, Innovationsfähigkeit und Erfolgserlebnisse im Team die psychologische Sicherheit stärken können (Bachmann & Quispe Bravo, 2021).

In Bezug auf Teamidentifikation zeigt die Studie, dass zusätzlich zu den oben genannten Faktoren auch Beziehungsorientierung, Agilität und persönliche Face-to-Face-Interaktion eine Rolle spielen. Diese Faktoren fördern die Identifikation der Teammitglieder mit ihrem Team (Bachmann & Quispe Bravo, 2021).

Ein weiterer interessanter Befund aus der Studie ist, dass die Art der Interaktion, insbesondere remote-Interaktion, positive Auswirkungen auf die psychologische Sicherheit haben kann. Dies könnte bedeuten, dass Teammitglieder, die in virtuellen Meetings und remote arbeiten, sich sicherer fühlen, da die Kommunikation langsamer und überlegter verläuft (Bachmann & Quispe Bravo, 2021).

Insgesamt zeigt die Studie, dass psychologische Sicherheit und Teamidentifikation in Teams von verschiedenen Faktoren und Merkmalen beeinflusst werden. Dieses Verständnis kann dazu beitragen, die Arbeits- und Organisationsgestaltung zu verbessern und letztendlich die Qualität der Teamarbeit und das Wohlbefinden der Teammitglieder zu fördern.

Psychologische Sicherheit und Mitarbeiter*innenbindung: Die Einführung von New Work und den damit einhergehenden Veränderungen in der Arbeitswelt erfordert nicht nur eine Anpassung an neue Organisationsstrukturen und Arbeitsweisen, sondern auch eine Weiterentwicklung der persönlichen Fähigkeiten und Einstellungen der Mitarbeiter*innen. Dazu gehören die Fähigkeit, Unsicherheit und Vorläufigkeit zu bewältigen, intensivere Kooperation, die Bereitschaft zur Unterstützung von Teammitgliedern und die Entwicklung von Resilienz (Bachmann & Quispe Bravo, 2021).

Psychologische Sicherheit spielt in diesem Kontext eine bedeutende Rolle, da sie den Mitarbeiter*innen ermöglicht, sich in diesem neuen Umfeld wohl und sicher zu fühlen. Wenn Mitarbeiter*innen psychologisch sicher sind, sind sie eher bereit, neue Herausforderungen anzunehmen, Risiken einzugehen und kreative Ideen einzubringen. Dies fördert die Innovationskraft und Flexibilität von Teams und Organisationen, was wiederum zu ihrer Wettbewerbsfähigkeit beiträgt (Bachmann & Quispe Bravo, 2021).

Des Weiteren kann psychologische Sicherheit auch die Mitarbeiter*innenbindung beeinflussen. Wenn Mitarbeiter*innen sich in ihren Teams sicher fühlen und wissen, dass ihre Meinungen und Ideen geschätzt werden, sind sie eher geneigt, dem Unternehmen treu zu bleiben und sich stärker mit ihrer Arbeit zu identifizieren. Ein stabiles und engagiertes Team kann wiederum innovativere Lösungen entwickeln und flexibler auf die sich ändernden Anforderungen des Marktes reagieren, was die langfristige Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens stärkt (Bachmann & Quispe Bravo, 2021).

In Anbetracht der Bedeutung von psychologischer Sicherheit für die Mitarbeiter*innenbindung lässt sich feststellen, dass ein sicheres Arbeitsumfeld dazu beiträgt, dass Mitarbeiter *innen eine engere Bindung zum Unternehmen entwickeln. Dies führt zu einer gesteigerten Motivation, sich aktiv am Erfolg des Unternehmens zu beteiligen und sich stärker mit den Unternehmenszielen zu identifizieren. Als Resultat verweilen sie länger in der Organisation, reduzieren die Fluktuationsrate und tragen somit zu einer stabilen und erfahrenen Belegschaft bei. Diese Verbindung zwischen psychologischer Sicherheit und Mitarbeiter*innenbindung ist besonders in einer Zeit von Veränderungen in der Arbeitswelt, wie sie durch New Work eingeführt werden, von großer Bedeutung. In diesem Kontext zeigt sich, dass die Förderung der

psychologischen Sicherheit einen positiven Einfluss auf die Innovationskraft, die Flexibilität und die Mitarbeiter*innenbindung hat. Diese Faktoren wiederum tragen wesentlich zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit von Teams und Organisationen bei (Bachmann & Quispe Bravo, 2021).

Psychologische Sicherheit und die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit: Die Konzeption von New Work und den daraus resultierenden, fortschrittlichen Veränderungen in der Arbeitswelt in Bezug auf Organisationsstrukturen, Führung und Teamarbeit eröffnet zahlreiche Chancen und Perspektiven für die Beteiligten. Aspekte wie Sinnhaftigkeit, Flexibilität, Ganzheitlichkeit und Kreativität erhalten mehr Raum und tragen dazu bei, dass Teams und Organisationen im Wettbewerb um herausragende Talente und innovative Ideen erfolgreich sind (Bachmann & Möller, 2021). Auch in zahlreichen anderen wissenschaftlichen Untersuchungen wie Edmondson und Lei (2014), Frazer et al. (2020) und Rozovsky (2015) herausgestellt wurde, spielt eine zentrale Rolle bei der Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit von Organisationen. Diese Sicherheit in Teams und Arbeitsumgebungen schafft ein Umfeld, in dem Mitarbeiter*innen bereit sind, Risiken einzugehen, Fehler offener zu diskutieren und konstruktive Lösungen gemeinsam zu entwickeln. Diese Faktoren wiederum tragen zur Verbesserung der Effizienz und Produktivität von Teams bei, was letztendlich die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens stärkt (Goller, 2022).

Die positiven Auswirkungen der Psychologischen Sicherheit erstrecken sich über verschiedene Ebenen. Dies umfasst nicht nur Leistungsparameter, sondern auch positive Veränderungen in den Einstellungen und dem Verhalten der Teammitglieder. Beispielsweise zeigt sich im Gesundheitswesen, dass interdisziplinäre Teams, die über Psychologische Sicherheit verfügen, eher bereit sind, ihr Wissen und ihre Erfahrungen miteinander zu teilen. Dies führt zu verbesserten Behandlungsergebnissen und erhöhter Patient*innenversorgung. Im Gegensatz dazu führt das Fehlen von Psychologischer Sicherheit zu Kommunikationsproblemen, Fehlern und letztendlich zu negativen Auswirkungen auf die Qualität der Dienstleistungen (Goller, 2022).

Es ist von entscheidender Bedeutung, zu betonen, dass das Fehlen von Psychologischer Sicherheit erhebliche Risiken birgt, darunter Fehlentscheidungen und unerkannte Fehler. Dies wird durch Beispiele aus verschiedenen Branchen, darunter das Gesundheitswesen und die Luftfahrt, deutlich, in denen das Unterlassen konstruktiver Kritik die Qualität und Sicherheit von Produkten und Dienstleistungen beeinträchtigt (Goller, 2022).

Die Relevanz der Psychologischen Sicherheit zeigt sich auch in ihrem Zusammenhang mit der Übernahme von Verantwortung. In Teams, in denen sowohl Psychologische Sicherheit als auch hohe Verantwortlichkeit vorhanden sind, befinden sich in der „Lernzone“. Hier arbeiten Teammitglieder gemeinsam an anspruchsvollen Zielen und tragen zur kontinuierlichen Verbesserung bei. Dieser Zustand stärkt die Wettbewerbsfähigkeit von Organisationen, indem sie besser auf Veränderungen reagieren und innovative Lösungen entwickeln können (Goller, 2022).

Die positiven Auswirkungen der psychologischen Sicherheit auf die Mitarbeiter*innenbindung haben unmittelbare Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens. Ein stabiles und engagiertes Team ist besser in der Lage, innovative Lösungen zu entwickeln und flexibel auf die Anforderungen des Marktes zu reagieren. Dies führt zu einer verbesserten Wettbewerbsposition in einer sich ständig verändernden Geschäftsumgebung, wodurch Unternehmen besser gerüstet sind, um langfristigen Erfolg zu erzielen.

Psychologische Sicherheit und Stressprävention: Obwohl der Textinhalt nicht direkt von „Stressprävention“ spricht, zeigt er einen direkten Zusammenhang zur Stressprävention, insbesondere im Abschnitt „Psychologische Sicherheit und Mitarbeiter*innenbindung“. Dort wird betont, dass psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz den Mitarbeiter*innen in einem sich verändernden Umfeld ermöglicht, sich wohl und sicher zu fühlen. Dies ermutigt die Mitarbeiter*innen dazu, neue Herausforderungen anzunehmen, Risiken einzugehen und kreative Ideen einzubringen, was zur Stressprävention beitragen kann. Durch die Schaffung eines psychologisch sicheren Arbeitsumfelds kann der Arbeitsplatz stressfreier und produktiver gestaltet werden, was dazu beiträgt, Stressbelastungen zu reduzieren. Dieser Zusammenhang zwischen psychologischer Sicherheit und Stressprävention ist ein wichtiger Aspekt des Inhalts. Es sollte jedoch beachtet werden, dass eindeutige Forschungen in dieser Richtung weiterhin durchgeführt werden müssen, um diesen Zusammenhang genauer zu untersuchen.

In Fortführung der Betrachtung des Themas „Psychologische Sicherheit und Stressprävention“ wird die Untersuchung fortgesetzt, indem auf die herausragende Bedeutung der psychologischen Sicherheit am Arbeitsplatz eingegangen wird. Wie bereits im vorherigen Abschnitt betont wurde, ermöglicht die psychologische Sicherheit den Mitarbeiter*innen, sich in einem sich ständig wandelnden Umfeld sicher und wohl zu fühlen. Dies wiederum ermutigt sie, neue Herausforderungen anzunehmen, Risiken einzugehen und kreative Ideen einzubringen, was zur Prävention von Stress beiträgt und die Produktivität am Arbeitsplatz steigert. Im Folgenden werden die Ergebnisse einer Umfrage unter 46 Studierenden im fünften Semester des Studiengangs Gesundheits- und Krankenpflege präsentiert. Diese Ergebnisse bieten zusätzliche Einblicke und ergänzen die vorherigen Erkenntnisse.

Ziel dieser Umfrage ist es, die Meinungen und Erfahrungen der Studierenden im Kontext der psychologischen Sicherheit am Arbeitsplatz und deren Auswirkungen auf die Prävention von Stress zu beleuchten. Die Auswertung dieser Umfrage erfolgte gemäß der etablierten Methodik des „Fragebogens zur Messung psychologischer Sicherheit in Teams“ von Senseble Health. Die daraus gewonnenen Ergebnisse bieten wertvolle zusätzliche Einblicke in dieses zentrale Thema und tragen zur Vertiefung unserer Erkenntnisse bei. Aufgrund eines Mangels an ausreichender Forschung in dieser Richtung wurde im Rahmen einer „Praktikums-Einführung und Reflexion“ im September 2023 ein Fragebogen an 46 Studierende im 5. Semester des Studiengangs Gesundheits- und Krankenpflege verteilt. Teil 1 des Fragebogens bestand aus der Beantwortung von Fragen, die auf dem Modell von Edmondson aus dem Jahr 1999 basierten, wie zuvor aufgeführt. Der zweite Teil enthielt vom Autor selbst entwickelte Fragen zum Thema Stress in Zusammenhang mit psychologischer Sicherheit. Die Fragebögen wurden von den Studierenden anonym und auf freiwilliger Basis ausgefüllt.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte gemäß der Vorgehensweise des „Fragebogens zur Messung psychologischer Sicherheit in Teams“ von Senseble Health. Die Vorgehensweise wurde wie folgt umgesetzt: Alle 46 verteilten Fragebögen wurden gesammelt und an den Autor des Artikels zurückgegeben. Zur Auswertung der Ergebnisse wurde die gleiche Punkteverteilung und Klassifizierung wie im „Fragebogen zur Messung psychologischer Sicherheit in Teams“ von Senseble Health verwendet.

- Ein Ergebnis von 0-15 zeigt ein sehr geringes Gefühl von psychologischer Sicherheit an, was auf Handlungsbedarf hinweist.
- Ein Ergebnis von 16-29 deutet auf ein Gefühl von psychologischer Sicherheit hin, dass jedoch verbessert werden könnte.
- Ein Ergebnis von >30 wird als erfolgreiches Ergebnis betrachtet (Senseble Health, 2023).

Die Berechnung der Ergebnisse erfolgt wie folgt: Bei den Fragen 1, 3 und 5 ziehen Sie Ihren Punktestand jeweils von 8 ab. Die resultierenden Werte werden mit den Punkten aus den Fragen 2, 4, 6 und 7 addiert (Senseble Health, 2023).

Nach der Auswertung konnte festgestellt werden, dass 23 der Studierenden auf ein Gefühl von

	Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1. Gibt es Konsequenzen, wenn im Team Fehler gemacht werden?“	9	15	12	4	2	3	1
2. Sind Teammitglieder in der Lage, Probleme und schwierige Themen anzusprechen?		2	6	7	6	13	12
3. Werden Mitglieder aufgrund von Unterschieden im Team abgelehnt	22	11	2	6	5		
4. Fühlen sich Teammitglieder sicher, Risiken einzugehen?	1	10	5	13	8	6	3
5. Ist es einfach, Unterstützung von anderen Teammitgliedern zu erhalten?		1		5	3	10	27
6. Handelt das Team absichtlich gegen die Bemühungen seiner Mitglieder?	32	10	1		3		
7. Werden die einzigartigen Fähigkeiten und Talente der Teammitglieder geschätzt und genutzt?			5	5	10	11	15

Tabelle 1 Variation der Antwortverteilung nach gestellten Fragen bei befragten Studenten

	Ja	Nein
1. Gibt es Ihrer Meinung nach einen Zusammenhang zwischen psychologischer Sicherheit und Stress?	46	0
2. Kann die Schaffung eines psychologisch sicheren Arbeitsumfelds zur Stressprävention beitragen?	46	0

Tabelle 2 Fragen und Antworten zum Zusammenhang zwischen Stress und psychologischer Sicherheit

psychologischer Sicherheit hinweisen, das jedoch verbessert werden könnte, während die übrigen 23 als erfolgreiches Ergebnis betrachtet werden.

Die Verteilung der Antworten innerhalb der Fragen kann in der darunterliegenden Tabelle eingesehen werden. Die Zahlen aus der Tabelle stellen die Anzahl der Befragten dar, die diese Fragen mit den entsprechenden Punkten versehen haben.

100% der Befragten sind der Meinung, dass ein Zusammenhang zwischen psychologischer Sicherheit und Stress besteht. Ebenso sind sie der Ansicht, dass die Schaffung eines psychologisch sicheren Arbeitsumfelds zur Stressprävention beitragen kann.

Die dritte Frage im zweiten Teil des Fragebogens ist eine offene Frage, die sich mit Maßnahmen zur Schaffung eines psychologisch sicheren Arbeitsumfelds zur Prävention von Stress befasst. Der genaue Wortlaut der Frage lautet: „Wie kann die Schaffung eines psychologisch sicheren Arbeitsumfelds zur Stressprävention beitragen?“

Nach einer sorgfältigen Analyse der 46 Antworten konnte der Autor des Artikels erfolgreich 10 Themenfelder durch das Zusammenfassen der Rückmeldungen herausarbeiten. Diese Themenfelder werden Ihnen im Folgenden präsentiert.

1. **Fehlerkultur und Lernmöglichkeiten:**
   - Mehr üben und lernen, Fehler als Lernchance sehen.
   - Selbständige Arbeit mit Unterstützung und Fragen.
   - Positive Fehlerkultur, Raum für Fragen und konstruktive Kritik.
2. **Teamkommunikation und Zusammenarbeit:**
   -Kommunikation im Team fördern.
   - Gutes Team, Respekt und Wohlfühlen.
   - Kolleg*innen bestärken und unterstützen.
3. **Sicherheit und Unterstützung:**
   - Sicherheit im Team, keine Ablehnung.
   - Unterstützung, Akzeptanz, und Verständnis.
   - Entlastende Gespräche und Rückhalt.
4. **Psychologisches Wohlbefinden:**
   - Keine Angst vor Konsequenzen bei Fehlern.
   - Akzeptanz und Respekt in der Arbeitsumgebung.
   - Weniger Druck und Stress.
5. **Konfliktmanagement:**
   - Offene Gesprächskultur und Konfliktlösung.
   - Meinungsverschiedenheiten zulassen.
   - Probleme direkt im Team ansprechen.
6. **Ressourcen und Entspannung:**
   - Ausreichend Personal und Unterstützung.
   - Möglichkeiten zum Abschalten nach der Arbeit.
   - Weniger Druck und Angst vor der Arbeit.
7. **Mitarbeiter*innenentwicklung:**
   - Gute Einschulung und Unterstützung von neuen Mitarbeiter*innen.
   - Teamarbeit fördern und Integration ins Team erleichtern.
   - Möglichkeit, sich auf Kolleg*innenen zu verlassen und voneinander zu lernen.
8. **Offenheit und Vertrauen:**
   - Psychologische Sicherheit schafft Vertrauen.
   - Offenheit und Ansprechpersonen für Probleme.
   - Offene Atmosphäre und Ehrlichkeit.
9. **Stressprävention:**
   - Stressreduktion durch Sicherheit und Wohlbefinden.
   - Stress durch Unsicherheit vermeiden.
   - Arbeit nicht mit nach Hause nehmen und Selbstreflexion.
10. **Fehlervermeidung und Fehlerakzeptanz:**
    - Keine Angst vor Fehlern, Fehlerquelle und Stress.

- Fehler im Team offen ansprechen.
- Angst vor Fehlern durch hohe Verantwortung.

Die essenzielle Botschaft dieser Zusammenfassung liegt in der Bedeutung der Schaffung eines psychologisch sicheren Arbeitsumfelds. Dieses Ziel wird durch die Berücksichtigung von zehn Schlüsselthemen erreicht: Fehlerkultur, Teamkommunikation, Sicherheit und Unterstützung, psychologisches Wohlbefinden, Konfliktmanagement, Ressourcen und Entspannung, Mitarbeiter*innenentwicklung, Offenheit und Vertrauen, Stressprävention sowie Fehlervermeidung und Fehlerakzeptanz. Die Integration dieser Faktoren fördert das Wohlbefinden der Mitarbeiter*innen und trägt aktiv zur Prävention von Stress am Arbeitsplatz bei. Dieser umfassende Ansatz schafft eine positive Arbeitskultur und steigert nachweislich die Leistungsfähigkeit und Teamarbeit in Organisationen.

Schlussfolgerung

Psychologische Sicherheit ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für Teams, da sie das Lernen fördert und zu besseren Teamleistungen führt. Im Gegensatz dazu konzentriert sich Vertrauen auf individuelle Beziehungen, während psychologische Sicherheit die Wahrnehmung aller Teammitglieder im Blick hat und die Innovationskraft sowie die Flexibilität von Teams stärkt. Mitarbeiter*innen sind mutiger in ihren Ideen und tragen zur Wettbewerbsfähigkeit bei. Diese Sicherheit spielt auch eine wichtige Rolle bei der Mitarbeiter*innenbindung, da ein sichereres Arbeitsumfeld die Loyalität und Identifikation der Mitarbeiter*innen mit ihrer Arbeit fördert. Obwohl nicht direkt angesprochen, deutet der Text auf den Zusammenhang zwischen psychologischer Sicherheit und Stressprävention hin. Studien von Bachmann und Quispe Bravo unterstreichen, dass prozessuale Teammerkmale und Prädiktoren die psychologische Sicherheit beeinflussen, während eine Umfrage zeigt, dass die Schaffung eines psychologisch sicheren Arbeitsumfelds zur Stressprävention beitragen kann. Es gibt zehn wichtige Themenfelder zur Förderung psychologischer Sicherheit, darunter Fehlerkultur, Teamkommunikation und Mitarbeiter*innenentwicklung. Zusammenfassend steigert psychologische Sicherheit die Teamleistung, Mitarbeiter*innenbindung, Innovationsfähigkeit und kann Stress reduzieren. Die Berücksichtigung dieser Faktoren fördert eine positive Arbeitskultur und steigert die Effizienz von Teams.

Literatur

Goller, I., (2022). Psychologische (Un-)Sicherheit in Organisationen. In B. Badura et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report, Fehlzeiten-Report 2022. Verantwortung und Gesundheit (S.180-190). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65598-6_11

Bachmann, T., & Quispe Bravo, K., (2021). Wie entsteht psychologische Sicherheit und Teamidentifikation?. Eine empirische Untersuchung. Organisationsberatung Supervision Coaching, 28:319–337. https://doi.org/10.1007/s11613-021-00717-4

Bachmann, T., & Möller, M. (2021). Psychologische Sicherheit als Voraussetzung für Innovativität und Flexibilität in Teams und Organisationen. Organisationsberatung Supervision Coaching, 28:299–302. https://doi.org/10.1007/s11613-021-00715-6

Senseble Health (2023): Fragebogens zur Messung psychologischer Sicherheit in Teams. https://www.senseble.de/wp-content/uploads/pdf/bgm-tool-fragebogen-psychologische-sicherheit-teams.pdf.

Autor

© FH Campus Wien / Schedl

Lic. Marius Contor, MA

Studienprogrammleiter für School Health Nursing, Primary Health Care Nursing und Public Health an der FH Campus Wien, Doktorand der medizinischen Wissenschaft/Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz, Wissenschaftlicher Beirat für Primary Health Care Nursing/Community Nursing in der Gemeinde Brunn am Gebirge, NÖ

University of
Applied Sciences
Krems

FROM PIONEERS TO LEADERS

Angewandte Gesundheitswissenschaften

„Für alle, die eine nicht-ärztliche Gesundheitsausbildung abgeschlossen haben und sich auf akademischem Niveau weiterqualifizieren möchten. Von der Nutzung neuer digitaler Technologien über die Integration gesundheitsrelevanter Innovationen bis zur Führung eines interdisziplinären Teams und dem Einsatz von Tele- und E-Health."

Prof.(FH) Hanna Köttl, PhD, MSc / Studiengangsleiterin

- *2 Jahre (120 ECTS) / Berufsbegleitend*
- *Studienbeitrag: 363 Euro/Semester (EU)*
- *Abschluss: Master of Science in Health Studies*
- *Studienstart: Oktober 2024*

www.imc.ac.at

IMC. It's all in me.

Sepsis – Entwicklung einer digitalen Früherkennung

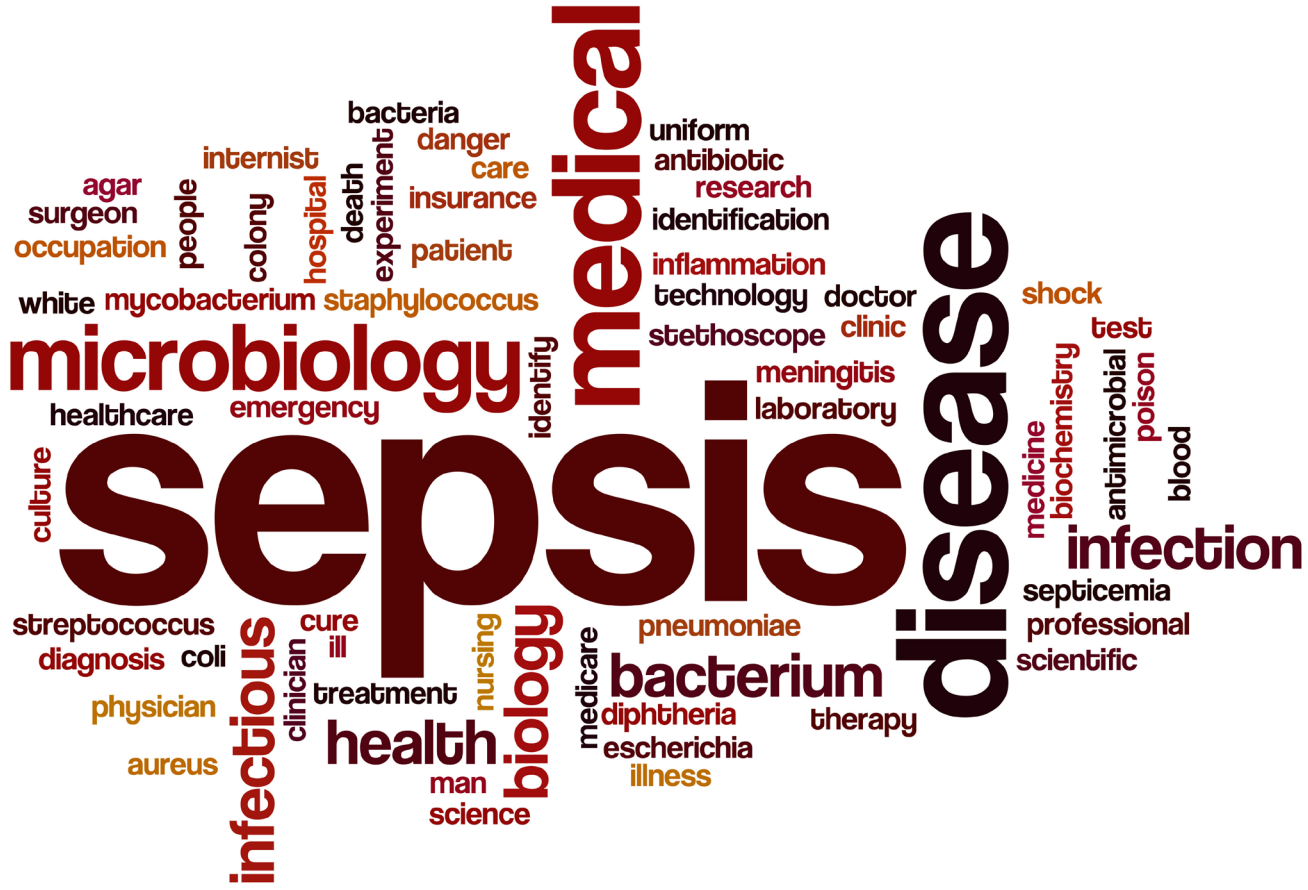
Ein Projektentwurf aus Bayern

Abstract:
Die Sepsis bleibt trotz allen medizinischen Fortschritten eine weltweit bedeutende Herausforderung im Gesundheitswesen. Insgesamt stellt die Sepsis eine komplexe Erkrankung mit erheblichen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen dar. Die digitale Früherkennung kann verschiedene Ansätze der Datenerfassung wie etwa die Überwachung physiologischer Parameter mittels Wearable-Technologie und die Nutzung von Algorithmen zu Sepsis-spezifischen Mustern nutzen. Es ist von entscheidender Bedeutung, das Bewusstsein für Sepsis zu schärfen, die Früherkennung zu verbessern und die Forschung zu intensivieren, um die Versorgung von PatientInnen mit Sepsis zu optimieren.

Darstellung des Problems

Die Sepsis wird von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) als die schwerste Verlaufsform einer Infektionserkrankung beschrieben, welche sich aus jedem

Infektionsfokus entwickeln kann. Sie kann durch Pilze, Viren, Bakterien oder Parasiten hervorgerufen werden und PatientInnen jeder Altersstufe betreffen (vgl. WHO 2017: EB140/12). Aktuell werden in Deutschland circa 75.000 Todesfälle pro Jahr verzeichnet, was die Sepsis hierzulande zur dritthäufigsten Todesursache macht (vgl. Fleischmann-Struzek C., Mikolajetz A., Schwarzkopf D., et al. 2018: 44). Da Infektionen insbesondere im Alter häufig atypisch verlaufen, ist nicht nur das Behandeln von Infektionskrankheiten maßgeblich, sondern auch das Vorbeugen und besonders das rechtzeitige Erkennen. Es sei zudem erwähnt, dass das Potential der Prävention – vor allem in der eigenen Häuslichkeit – enorm ist. Im Jahr 2021 lebten 892.897 Personen der Altersgruppe von 80 bis 85, der absoluten Hochrisiko-Kohorte für eine Sepsis-Infektion, in der eigenen Häuslichkeit und wurden dort pflegerisch versorgt (vgl.



(C) ibreakstock

Statistisches Bundesamt 2023). Bedenkt man, dass weiterhin ein Großteil der häuslichen Versorgung durch die an- und zugehörigen Pflege übernommen wird und die „durchökonomisierte“ Minutentaktung der professionellen, beruflichen Pflege einer ganzheitlichen Wahrnehmung der PatientInnen entgegensteht, wird bereits hier die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in diesem Bereich ersichtlich. Jedoch zeigt sich, dass dies – trotz des 2015 erschienen Präventionsgesetzes - nicht den Wert hat, den es eigentlich haben sollte. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass das Gesundheitssystem in Deutschland eher für die Versorgung von akuten Krankheiten und Verletzungen gestaltet ist und somit eine kurative aber weniger präventive Charakteristik zeigt. Laut den Diagnosis Related Groups (DRG) erkranken in Deutschland insgesamt etwa 300.000 Menschen jährlich an einer Sepsis (vgl. Bauer, M., Groesdonk, H.V., Preissing F., et al. 2021: 673). Die Anzahl der Hauptdiagnosen in deutschen Krankenhäusern nach Altersgruppen im Jahr 2021 zeigt zudem, dass die Altersgruppe von 80-85 Jahren mit ca. 12.000 Fällen einer SepsisDiagnose [1] als Modalwert vertreten ist (vgl. Statistisches Bundesamt 2023). Aus aktuellen Studien lässt sich zudem ableiten, dass die 30-Tage-Sterblichkeit in Deutschland bei einer Sepsis-Diagnose auf 26,5% geschätzt wurde (vgl. Bauer, M., Groesdonk, H.V., Preissing F., et al. 2021: 678). Hinzu kommt, dass mit einer Sepsis-Diagnose nicht nur das Mortalitätsrisiko steigt, sondern auch die Wahrscheinlichkeit (Faktor 3,3), dass im Falle eines Überlebens mit erheblichen Einschränkungen im alltäglichen Leben zu rechnen ist (vgl. Iwashyna T.J., Ely E.W., Smith D.M., et. al. 2010: 304). Neben dem Leiden der PatientInnen während und vor allem nach einer Sepsis-Erkrankung, sieht sich die Praxis in deutschen Krankenhäusern, vor allem jedoch die Alten- sowie Krankenpflege, mit einer Zunahme an zu versorgenden Morbiditäten, wie etwa kognitiven oder neurologischen Defiziten, motorischen Einschränkungen oder einer Beatmungs- oder Dialysepflichtigkeit, konfrontiert (vgl. Fleischmann-Struzek C., Schwarzkopf D., Reinhart K. 2022: 264-268). Wird diese Entwicklung mit der sich verändernden personellen Situation in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in Verbindung gebracht, wird der daraus resultierende Handlungsbedarf und die Forderung nach einem effektiven Frühwarnsystem besonders deutlich.

Kontext und Hintergrund

Die Situation einer intensiv-medizinischen Betreuung umfasst dabei umfangreiche (Behandlungs) Kosten. Die meisten PatientInnen müssen auf einer Intensivstation behandelt, untersucht und gepflegt werden, da eine Sepsis schwerwiegende Organschäden sowie lebensbedrohliche Funktionsstörungen mit sich bringen kann. Medizinische Interventionen zur Behandlung der Sepsis wie etwa Beatmungen, Dialysen und chirurgische Eingriffe ziehen erhebliche Kosten nach sich. Die obligatorischen Antibiotikatherapien verursachen zudem multiresistente Problemerreger, wie etwa multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien (MRGN), die in Deutschland als 3MRGN und 4MRGN klassifiziert werden (vgl. Valenza 2019: 263). Diese Klassifikation beruht auf der Resistenz gegen drei oder vier Antibiotikagruppen. So können MRGN-Infektionen sowohl Auslöser für eine Sepsis als auch das Ergebnis einer antibiotischen Sepsis-Behandlung darstellen, denn MRGN-Keime kommen dort vor, wo häufig Antibiotika eingesetzt werden [2] (vgl. Valenza 2019: 267). Darüber hinaus erfordert die Diagnostik und die daraus resultierende Überwachung umfangreiche Tests wie zum Beispiel Blutuntersuchungen, Bildgebungen und Laboruntersuchungen. Kosten für Transporte, Medikamente und Verbandsmaterialen kommen hinzu. Nicht zu vernachlässigen sind die etwaigen Kosten für Rehabilitation und Nachsorge, denn auch nach überlebter Sepsis ist der Weg zurück in ein selbstständiges Leben ein beschwerlicher und für das Gesundheitssystem ein sehr kostspieliger. Nach der Entwöhnung von multiplen Organersatzverfahren ist es nicht selten, dass PatientInnen in mindestens halbjährig andauernden Aufenthalten in rehabilitativen Einrichtungen, die Fähigkeiten des selbstständigen Gehens, Schluckens und Essens wiedererlangen müssen. Die Kosten einer Sepsis belaufen sich dabei im Durchschnitt auf circa 27.500€ pro PatientIn und können stark ansteigen, wenn während der Erkrankung ernsthafte körperliche und oder psychische Folgen erlitten werden (vgl. Arefian H., Heublein S., Scherag A., et al. 2017: 107-117).

Ursachenanalyse

Das Problem besteht keinesfalls darin, dass die Sepsis unzureichend erforscht ist. Gleichwohl sind Gespräche mit politischen EntscheidungsträgerInnen – zahlreicher öffentlichen Kampagnen [3] zum Dank – zu beobachten. Einerseits werden die oft sublimen Symptomatiken einer Sepsis durch die vorherrschende Arbeits-

verdichtung und immer weniger gut ausgebildete Fachpflegekräfte im hektischen Alltag nicht oder nicht früh genug erkannt. Andererseits liegt das Problem aber auch darin, dass nichtsprachliche Aspekte des (Sepsis-)Diskurses, also Institutionen, Verbände et cetera unzureichend im Gesellschaftsapparat implementiert oder akzeptiert sind. Dies lässt sich auf der sprachlichen Ebene anhand der – wohlgemerkt falschen – Begrifflichkeit der „Blutvergiftung“ konstatieren. Es lässt sich erkennen, dass Krankenkassen, Radiosender aber auch soziale Netzwerke auf diversen Plattformen über das Thema der „Blutvergiftung“ informieren. Besonders interessant ist die öffentlich diskutierte aber selten bis nie konkret benannte Sepsis-Erkrankung der Sängerin Madonna im Juni dieses Jahres (diverse Medien berichteten). Das zeigt, dass im Gegenzug zu einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt, die Sepsis bedauerlicherweise immer noch eine zu selten angesprochene Krankheit und die Gesellschaft zu wenig sensibilisiert ist. Das Unwissen über die Sepsis in der allgemeinen Bevölkerung muss diskursiv umgestaltet, die Versorgung in den Krankenhäusern weiter sichergestellt und die Detektion innerhalb, insbesondere aber außerhalb des klinischen Bereiches, mittels digital gestützter Früherkennung sichergestellt werden.

Ansatz

Bei älteren Menschen ist das Risiko an einer Sepsis zu erkranken besonders hoch. Aber auch für jüngere Menschen, etwa nach einer Operation, besteht ein Risiko. Noch bis vor wenigen Jahren wurde eine Diagnosestellung mittels SIRS [4]-Kriterien erreicht. Jedoch stellte sich heraus, dass diverse Erkrankungen bestimmte SIRS-Kriterien erfüllen, ohne, dass es sich dabei um eine Sepsis handelt (vgl. Epidemiologisches Bulletin, RKI 09/2017). Eine starke Inflammation oder Entzündung bedeutet folglich nicht zwangsläufig die Diagnose Sepsis. Unter anderem etablierte sich auf Grund dessen eine erweiterte Sepsis Definition. Diese stützt sich lediglich auf drei Kardinalsymptome:

1. Bewusstseinsveränderung (Glasgow Coma Score <15)
2. Niedriger Blutdruck (systolisch 100 mm HG oder weniger)
3. Beschleunigte Atmung (Atemfrequenz von 22/min)

Jene drei Hauptkriterien der neuen Beurteilung werden als qSOFA-Score [5] bezeichnet (vgl. Singer M. et al. 2016). Ursprünglich diente der qSOFA-Score als klinisches Prognosetool. Diese Parameter können jedoch auch außerhalb eines klinischen Settings bei Verdacht auf eine Infektion rasch festgestellt werden. Die aktualisierten Definitionen und weitere klinische Kriterien sollen die frü-

(C) drpilulkin

heren Definitionen ersetzen, eine größere Konsistenz für epidemiologische Studien und klinische Versuche bieten und eine frühere Erkennung sowie rechtzeitige Behandlung von PatientInnen mit Sepsis oder einem Sepsis-Risiko ermöglichen (ebd.). Aber auch bei PatientInnen bei denen wiederkehrend neue Infektionen auftreten, welche auf ein geschwächtes Immunsystem hindeuten, kann ein engmaschiges, digitalgestütztes Vitalparameterscreening für eine rechtzeitige Detektion nützlich sein. Das Uniklinikum Heidelberg berichtet von ersten Studien mit Therapieansätzen, es fehle allerdings noch an diagnostischen Verfahren [6]. Das Feststellen und Auswerten der o.g. Parameter sollte engmaschig erfolgen, denn eine akute Sepsis beginnt nicht erst mittels Diagnostik auf einer Intensivstation, sondern in der Regel in der eigenen Häuslichkeit, im Pflegeheim oder auf dem Weg zur Arbeit. Leider zeichnet sich eine Sepsis durch ein nur selten einheitliches Erscheinungsbild aus. Umso wichtiger ist es, nebst den klinischen, leiblich fundierten Pflegeerfahrungen (Uzarewicz C., Moers M. 2012: 109) und dem Bauchgefühl von Ärzten und Ärztinnen, alle für eine Sepsis-Detektion relevanten Daten systematisch zu erfassen und auszuwerten. Die oben genannten drei Punkte des qSOFA-Score liefern dazu einen schnellen [7] Überblick über Organqualitäten. Allerdings zeigte sich, dass der qSOFAAlgorithmus allein nicht sonderbar spezifisch ist und sich somit als valider Prädiktor, auf Grund falsch-positiven, aber auch falsch-negativen Ergebnissen in der Vergangenheit, nicht als alleinstehende Verdachtsäußerung eignet. Es sei aber dennoch betont, dass der qSOFA-Score im präklinischen Bereich von hoher Relevanz ist. Dies lässt sich daran erkennen, dass sich dieser in DBRD-MusterAlgorithmen im Rahmen des NotSanG wiederfindet (vgl. DBRD 2023: 46). Weiterhin findet sich in der von der Deutschen-Sepsis-Gesellschaft e.V. veröffentlichten “S3 Leitlinie Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge (12/2018: 10)” die Empfehlung; “ […] bei Patienten außerhalb von Intensivstationen, bei denen der Verdacht auf eine Infektion besteht, den quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA)-Score regelmäßig zu bestimmen, um Risikopatienten mit vitaler Bedrohung frühzeitig zu erkennen.”

Lösungsansatz

Das C&S Institut und die Hochschule München haben sich das Ziel gesetzt, ein nichtstigmatisierendes digitales Tool zu entwickeln, das bereits in der Häuslichkeit das Risiko einer Sepsis erkennen und einschätzen kann, um Klinikeinweisungen und das damit verbundene Leid der Betroffenen zu reduzieren. Die Anwendung soll nicht auf die Häuslichkeit beschränkt sein, sondern durch interoperable open source Schnittstellentechnologien in klinische Informationssysteme und Dokumentationssysteme in Langzeitpflegeeinrichtungen[6] integrierbar sein. So kann beispielsweise die lückenlose/kontaktlose Vitalparametererhebung mit Hilfe einer Smartwatch, eines Smartshirts9 oder eines Kamerasystems einen passenden Baustein liefern, um die vulnerable Gruppe der 80–85-Jährigen in der häuslichen Pflege effektiver vor einem Sepsis-Geschehen zu schützen. Neben der Funktionalität spielen die Usability und die Akzeptanz der Zielgruppe eine übergeordnete Rolle – schließlich nützt beste Sensorik nichts, wenn sie nicht (richtig) verwendet wird. Deshalb sollen die potenziellen NutzerInnen bereits von Beginn an konsequent in die Entwicklung miteinbezogen werden. Ist dennoch ein Krankenhausaufenthalt, ein anschließender Aufenthalt in einer Kurzzeitpflege oder der Transfer in eine Langzeitpflegeeinrichtung unabwendbar, soll das Tool oder sollen die Tools auch in diesen Einrichtungen verwendet werden können. Sowohl der Co-Creative Entwicklungsprozess als auch die Pilotphase wird durch die Hochschule München pflegewissenschaftlich begleitet. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden im Sinne des PDCA-Zyklus bereits während der Entwicklung zurückgespiegelt und in den weiteren Prozess integriert, sodass eine größtmögliche Passgenauigkeit auf und Akzeptanz durch die Zielgruppe gewährleistet werden kann. Das C&S Institut sucht über bereits vorhandene ForschungspartnerInnen oder Institutionen hinaus nach weiteren AkteurInnen/Institutionen/Organisationen/Einrichtungen/Kliniken aus den Bereichen Pflege und Technik, um für diese Fragestellung eine schon bestehende Teillösung zur MenschTechnik-Organisationslösung am Gesundheitsstandort Haushalt und darüber hinaus weiterzuentwickeln. Dabei stehen zwei Szenarien im Vordergrund; Zum einen die Entlassung aus der Klinik mit anschließender Überleitung in eine stationäre Pflegeeinrichtung und zum anderen die Entlassung aus der Klinik mit anschließender Überleitung in eine ambulante Pflegeversorgung. Die Entwicklung von digitalen Hilfsmitteln zur Sepsis-Prävention durch unterschiedliche AktuerInnen des Gesundheitswesens, kann zur Verbesserung der PatientInnensicherheit beitragen sowie Komplikationen und Kosten reduzieren.

Fußnoten
[1] Sonstige Sepsis (A41)

[2] „Auf deutschen Intensivstationen hat der Anteil der 3MRGN-Enterobakterien und 4MRGN-Pseudomonasaeruginosa im Zeitraum von 2008–2014 signifikant zugenommen.“ (Valenza 2019: 263)

[3] Beispielhaft zu nennen wären hier „Deutschland erkennt Sepsis“, „Sepsis-Dialog“, „Sepsis-Stiftung“ sowie die „Deutsche Sepsis-Hilfe e.v.“

[4] systemisches inflammatorisches Response-Syndrom 5 quick sepsis-related organ failure assessment

[5] Sepsis: Bei welchen Patienten bricht das Immunsystem zusammen? (uni-heidelberg.de) [05.09.2023] 7 Das “q” steht in diesem Falle für “quick”

[6] ManagingCare Digital (MCD) - C&S Computer und Software GmbH in Augsburg 9 Als Smartshirt wird ein T-Shirt mit entsprechender Sensorik bezeichnet.

Literatur
Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland, die zu Hause und vollstationär versorgt werden, nach Altersgruppe im Jahr 2021; Statista. Statista GmbH. [online] Pflegebedürftige - Ambulante und vollstationäre Versorgung nach Alter | Statista [zugegriffen: 02.09.2023].

Arefian H, Heublein S, Scherag A, Brunkhorst FM, Younis MZ, Moerer O, Fischer D, Hartmann M. Hospital-related cost of sepsis: A systematic review. J Infect. 2017 Feb;74(2):107-117. doi: 10.1016/j.jinf.2016.11.006. Epub 2016 Nov 21. PMID: 27884733.

Bauer, M., Groesdonk, H. V., Preissing, F., Dickmann, P., Vogelmann, T., & Gerlach, H. (2021); Sterblichkeit bei Sepsis und septischem Schock in Deutschland. Ergebnisse eines systematischen Reviews mit Metaanalyse [Mortality in sepsis and septic shock in Germany. Results of a systematic review and meta-analysis]. Der Anaesthesist, 70(8), 673–680. [online] https://doi.org/10.1007/s00101-021-00917-8 [zugegriffen: 21.08.2023].

Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD) (2023); [online] DBRGAlgo23_Web.pdf (dbrd.de) [zugegriffen: 01.09.2023].

Epidemiologisches Bulletin, RKI,

Autor

Prof. Dr. rer. cur. Andreas Fraunhofer M.A.
Professor für angewandte Pflegewissenschaft der Hochschule München
Fakultät 11; Campus Pasing, Am Stadtpark 20, 81243 München
E-Mail: andreas.fraunhofer@hm.edu
Tel.: 089 1265-2320 Fax: 089 1265-2330
Web: www.sw.hm.edu

Autor

Bruno Ristock
Leiter C&S Institut in der C&S Computer und Software GmbH
Wolfsgäßchen 1, 86153 Augsburg
E-Mail: institut@cunds-ag.de Tel.: 0821 2582-0 Fax: 0821 2582 499
Web : www.managingcare.de

Autor

Paul Georg Lange
Wissenschaftlicher Mitarbeiter im C&S Institut in der C&S Computer und Software GmbH
Wolfsgäßchen 1, 86153 Augsburg
E-Mail: institut@cunds-ag.de Tel.: 0821 2582-0 Fax: 0821 2582 499
Web : www.managingcare.de

9/2017 [online] Epidemiolgisches Bulletin des Robert Koch-Institut Ausgabe 37/2017 (rki.de) [zugegriffen: 01.09.2023].

Fleischmann-Struzek C, Mikolajetz A, Schwarzkopf D, Cohen J, Hartog CS, Pletz M, Gastmeier P, Reinhart K. (2018); Challenges in assessing the burden of sepsis and understanding the inequalities of sepsis outcomes between National Health Systems: secular trends in sepsis and infection incidence and mortality in Germany. Intensive Care Med. 2018 Nov;44(11):1826-1835. doi: 10.1007/s00134018-5377-4. Epub 2018 Oct 4. PMID: 30284637; PMCID: PMC6244521.

Fleischmann-Struzek, C., Schwarzkopf, D., & Reinhart, K. (2022); Inzidenz der Sepsis in Deutschland und weltweit: Aktueller Wissensstand und Limitationen der Erhebung in Abrechnungsdaten [Sepsis incidence in Germany and worldwide : Current knowledge and limitations of research using health claims data]. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin, 117(4), 264–268. [online] https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-021-00777-5#citeas [zugegriffen: 04.09.2023].

Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, Langa KM. (2010); Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. JAMA, 304(16):1787–1794. doi: 10.1001/jama.2010.1553.

S3-Leitlinie Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge AWMF-Registernummer: 079 - 001 Deutsche Sepsis Gesellschaft e. V. (federführend) Kurzversion (2012); [online] *079-001k_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-02.pdf (awmf.org) [zugegriffen: 01.09.2023].

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10. doi: 10.1001/jama.2016.0287. PMID: 26903338; PMCID: PMC4968574.

Statistisches Bundesamt (2023); Anzahl der Hauptdiagnosen von Sepsis in deutschen Krankenhäusern nach Altersgruppe im Jahr 2021. Statista. Statista GmbH. [online] https://de.statista.com/statistik/daten/studie/326528/umfrage/anzahl-der-hauptdiagnosen-von-sepsis-indeutschen-krankenhaeusern-nach-altersgruppe/ [zugegriffen: 17.08 2023].

Uzarewicz C., Moers M., (2012); Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft – eine Annäherung. In: Pflege & Gesellschaft 17. Jg. H.2.

Valenza G., (2019); Multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien auf der Intensivstation. Epidemiologie, Prävention und Therapieoptionen. In: Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin 3.

World Health Organisation (2017); EB140/12: Report by the Secretariat: Improving the prevention, diagnosis andclinical management of sepsis [online] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273181/B140_12-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y [zugegriffen: 17.08.2023].

Weiterentwicklung psychiatrischer Pflege

Fortbildungstagungen der Jahre 1979 bis 1988

In diesem Artikel sollen einige Eckpunkte der in einem Jahrzehnt stattgefundenen Fortbildungen festgehalten und aufgezeigt werden wie zentral diese für die Weiterentwicklung und Diskussion für die berufliche Identität waren und auch künftige Fortbildungsveranstaltungen zentrale Bedeutung haben.

Einleitung

Die zunehmende Notwendigkeit einer ständig aktualisierenden Fort- und Weiterbildung, die durch Veränderungen und Entwicklungen in der Pflege sowohl in der Somatik als auch in der Psychiatrie in den 1970er Jahren deutlich wurde, ist unterschiedlich aufgegriffen und verfolgt worden. Um die Zusammenhänge von Psychiatrischer Pflege, Weiterbildungsangeboten wie Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung oder Fachweiterbildung und den Fortbildungs-Aktivitäten der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) im Zusammenhang mit der Psychiatrie-Enquête in den genannten Jahren zu verdeutlichen, ist es notwendig diese Aspekte in Beziehung zu setzen. Zum einen gilt es hervorzuheben, was alles an Entwicklungen möglich war und zum anderen, dass trotz starrer Rahmenbedingungen und hierarchischer Strukturen, gleichzeitig ein liberales und reformwilliges Umfeld notwendig war, um die Anstöße und Veränderungen aufzunehmen, um Neues auszuprobieren und andere Ansätze im Alltag zu leben und zu integrieren. Dabei waren die persönlichen Erfahrungen und Entwicklungen ebenso bedeutsam wie auch die Chancen, Diskussionen und Weiterentwicklung, die beispielsweise durch die APK-Pflegefortbildungstagungen mit Unterstützung des Bundesministeriums möglich waren, um über neue Aspekte und Inhalte Psychiatrischer Pflege zu informieren, zu interessieren und vielfältige Möglichkeiten pflegerischen Handelns für den Alltag anzuregen.

Kontext

Bereits in den 1970er Jahren zeigte Dr. Rainer Kukla (später Gesundheitsdezernent im Landschaftsverband Rheinland) in seiner Diplomarbeit Aspekte zur Situation von Pflegenden in der Psychiatrie auf, die unter anderem auf einer Befragung von Pflegepersonen in einem rheinischen Landeskrankenhaus beruhen. „Es zeigt sich, daß die Personalprobleme vor allem in der Rollenstruktur des Pflegepersonals und in den Strukturen und Funktionen der psychiatrischen Einrichtungen begründet ist. Das Personal – von Seiten einer psychodynamisch und interaktionistisch orientierten Psychiatrie als wichtigster therapeutischer Akteur gesehen – wird innerhalb der traditionell kustodial-orientierten Anstalt in der Freisetzung therapeutischer Aktivitäten blockiert. Die Orientierungsausrichtung der Krankenschwester im Verlauf ihrer Sozialisation in die Berufsrolle läuft auf eine Anpassung in die gegebenen Strukturen hinaus, ohne daß die in

(C) Andrii Yalanskyi

diesem Prozeß auftretenden Fiktionen innovative Impulse auslösen, die die verhärteten Strukturen der Institution verändern könnten. Verhaltensunsicherheit gegenüber den Patienten, Ausprägung einer kustodialen Rolle, mangelnde Berufszufriedenheit, Unzufriedenheit mit der Arbeitsorganisation und eine hohe Fluktuation sind die Folge.“[1]

Durch eine Untersuchung während der Psychiatrie-Enquête wurde festgestellt, dass eine Psychiatrie-Reform nur möglich ist, wenn Pflegepersonen ein berufliches Selbstverständnis entwickeln. Festgehalten wurde in diesem Zusammenhang, dass nur 42 % der in der Psychiatrie tätige Pflegemitarbeiter examiniert waren. Da sich zudem herausstellte, dass für den pflegerischen Umgang im psychiatrischen Bereich als wichtigstes stationsbezogenes Fortbildungselement Fallbesprechungen benannt wurde, entstand die Forderung in jedem Bundesland eine Weiterbildungsstätte für Pflege psychiatrische einzurichten.[2]

Weiterbildung zur Fachschwester/zum Fachpfleger für Psychiatrie

Zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Psychiatrie-Enquête 1975 bestanden, allerdings ohne staatliche Regelungen, in der Bundesrepublik vor allem an Universitätskliniken, folgende Weiterbildungsstätten, die eine Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung oder Psychiatrische Pflegeweiterbildung angeboten haben: An der Universitätsklinik Kiel wurde bereits in den 1950er Jahren eine einjährige Qualifizierung für Pflegende angeboten, die dann 1971 auf zwei Jahre erhöht wurde. Weitere Qualifizierungen folgten: an der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg (Mannheim) 1963, an der Medizinischen Hochschule Hannover 1968, an den Universitätskliniken Tübingen 1970, am Bezirkskrankenhaus München-Haar sowie am Psychotherapeutischen Zentrum in Stuttgart 1972 und in Bielefeld-Bethel 1973, ab 1975 auch beim Landschaftsverband Rheinland.

Dr. Maria Rave-Schwank leitete ab 1968 die Weiterbildungsstätte in Heidelberg und war mit dem Beschluss des Landschaftsausschusses 1975 Leiterin in der Weiterbildung im Landschaftsverband Rheinland. Zum „20-jährigen Bestehen der Fachweiterbildung zur Krankenpflege für Psychiatrie im Rheinland“ fand 1995 eine Fachtagung statt, die Beiträge wurden in einer „Eigendokumentation“ festgehalten. Zusammenfassend hielt Frau Rave-Schwank fest: „Die kustodiale Rolle des Pflegepersonals war als überholt und insuffizient erkannt worden. Aber es fehlten die Verhaltensweisen, Regeln und Vorbilder wie mit den Patienten und seinen Angehörigen gearbeitet werden kann. Der Weiterbildungslehrgang hat Möglichkeiten theoretisch begründet, aufgezeigt und eingeübt, mit den Patienten Zeit zu verbringen und sich nicht aus Unsicherheit Zurückzuziehen ins Dienstzimmer. Pflegen heißt in der Psychiatrie auch und vor allem Dasein.“ [3]

Die Weiterbildungsstätten für Fachpflege entwickelten sich in den letzten Jahrzehnten in allen Bundesländern. Schon in den 1970er Jahren bildete sich ein Arbeitskreis der Weiterbildungen. Heute kann man von ca. 50 Weiterbildungsstätten in der Bundesrepublik ausgehen, hinzukommen Studiengänge für Psychiatrische Pflege (Psychiatric Nursing). Die Bundearbeitsgemeinschaft der Weiterbildungsstätten für Psychiatrische Pflege (BWP) trifft sich auch weiterhin einmal jährlich.

Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung

1977 entstand durch Diskussionen im neu gegründeten Aus-, Fort- und Weiterbildungsausschuss (AFW) das Angebot der ersten Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung (SPZA) der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) In der Diskussion stand im Vordergrund, dass es darum gehen müsse, die unterschiedlichen Berufsgruppen gleichermaßen zu qualifizieren, um den veränderten Aufgaben gerecht zu werden. In der ersten Broschüre ist zu lesen: „Wir wollen, daß Mitarbeiter/innen psychiatrischer und psychosozialer Einrichtungen über alle beruflichen, durch Ausbildung und tarifliche Einordnung bedingten Schranken hinweg, gemeinsam eine Sprache und Grundhaltung lernen, die ihnen und den ihnen Anvertrauten entspricht. Kennzeichnend für eine sozialpsychiatrische Grundhaltung ist das Bemühen leidende und kranke Menschen als weltoffene, sich in ständiger Entwicklung befindliche, wenngleich oft sehr verwundbare Partner verstehen zu lernen.“ Der erste Kurs wurde von Peter Bastiaan und Hilde Schädle-Deininger durchgeführt und dokumentiert (Grundkurs und Aufbaukurs).[4]

Bis Ende der 1980er Jahre wurden ca. 80 Kurse mit je 18-24 Mitgliedern in vielen Bundesländern erfolgreich durchgeführt. Das Angebot gibt es heute in zwei unterschiedlichen Formen als regionales Angebot oder als überregionales mit anderen Strukturen (www.psychiatrie.de/dgsp). Auch andere Bildungsträger bieten die SPZA an.

Ein weiteres wichtiges Mosaik

Im Dezember 1986 fand im Erich-Ollenhauer-Haus in Bonn ein Werkstattgespräch der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen statt unter dem Titel „Pflegeberufe – Stiefkinder der Politik?“. Dort wurden Zahlen, Fakten und der derzeitige Stand der Pflege in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Arbeitsbedingungen diskutiert. Bereits bei der Veranstaltung wurde auf die notwendige Durchlässigkeit zum tertiären Bildungsbereich hingewiesen. Gleichzeitig wurde eine einheitliche Grundausbildung für alle Fachberufe des Gesundheitswesens und ein Konzept der „horizontalen Durchlässigkeit“ gefordert.[5] Von all den innovativen Ideen und Plänen wurde wenig umgesetzt und breit diskutiert.

Die Dokumentation der APK-Fortbildungstagungen „Pflege in der Psychiatrie“

In diesem Kontext war es ein Verdienst der Aktion Psychisch Kranke e. V., dass sie als Auswirkung der Enquête-Ergebnisse ab Ende der 1970er Jahre Fortbildungstagungen für die Pflege mit Bundesmittel finanziert hat, bis bei einer Finanzprüfung Ende der 1980er Jahre festgestellt wurde, dass die APK keine Fortbildungsveranstaltungen, sondern nur Informationsveranstaltungen finanzieren darf. Das war das Ende der regelmäßig stattfindenden APK-Pflegetagungen. Festzuhalten ist jedoch, dass durch die in diesem ca. 10-jährigen Zeitraum der jährlich stattfindenden APK-Pflegetagungen viele Diskussionen und Veränderungen angestoßen wurden.

Die zwei-tätigen Fortbildungen wurden rege besucht. Nach zwei „Vorläuferveranstaltungen“ in der Landesklinik Andernach fanden die Tagungen bis 1982 im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wunstorf statt, danach in Offenbach in Zusammenarbeit mit dem Stadtgesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst und der Klinik für Psychiatrie am Stadtkrankenhaus. Im Laufe der Jahre stieg die Teilnehmerzahl von ca. 60 auf knapp 300 Personen an. Wir führten am Anfang Teilnehmerlisten, in denen wir auch gefragt haben, wie lange die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Psychiatrie arbeiteten und wie oft sie bisher Fortbildungen besuchten. Unsere Ergebnisse, die nicht wissenschaftlichen Kriterien standhalten, waren in der Aussagekraft jedoch nicht zu übersehen.

Beispiel für Daten der Teilnehmenden: Im Jahr 1983 waren die gut 200 Teilnehmenden zwischen einem und 32 Jahren in der Psychiatrie tätig, im Durchschnitt ca. 12,4 Jahre. Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 23 und 58 Jahren, das Durchschnittsalter war 34,8 Jahre. Es gab nur wenige Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die schon andere (vor allem medizinische) Fortbildungen besucht haben, die meisten haben nach mehr als zehn Jahren Tätigkeit zum ersten Mal an einer Fortbildung teilgenommen.

Themen der Pflegetagungen der APK

Die Themen, die für die Teilnehmer*innen vor mehr als 35 Jahren Relevanz hatten, sollen hier exemplarisch aufgelistet werden, um zu verdeutlichen, dass die Pflege zu diesem Zeitpunkt bereits nach theoretischen Hintergründen und fundiertem Handeln strebte.

Wichtig erschien an den Gedanken anzuknüpfen, dass Heilkunst und Krankenpflege sich zur Aufgabe gestellt hatten, nicht nur die Krankheiten zu beseitigen und die Schäden zu reparieren, sondern die normalen Abläufe im Leben eines Menschen pflegend und umsorgend zu bewahren. Dabei war der Ausgangspunkt, den Blick mehr auf die (Grund-)Bedürfnisse des Menschen individuell zu richten, die Lebensumstände in den Mittelpunkt zu rücken und den einzelnen Menschen als Ganzes zu sehen:

Daraus ergaben sich Fragen und Feststellungen wie

- Wie kann ich dem Menschen helfen, mit seiner Erkrankung zurechtzukommen?
- Welche Faktoren tragen dazu bei, daß ein Mensch, daß dieser Mensch krank wird?
- Welche Bedürfnisse und Verrichtungen kann der Patient selbst in die Hand nehmen und für welche benötigt er Hilfe?

Daraus ergab sich sozusagen eine Vierteilung der Pflege:

1. Vorbeugende Pflege
2. Individuelle (persönliche) Pflege
3. Versorgende Pflege
4. Aktivierende Pflege

Die Pflegetagungen der APK haben immer versucht, aktuelle Fragestellungen aufzugreifen und sich in den Prozess der Weiterentwicklung, der Professionalisierung und der Etablierung der Pflege im Versorgungssystem einzumischen. Dabei war die Basis, dass im Mittelpunkt gemeindepsychiatrischen Handelns der chronisch erkrankte Mensch steht und stehen muss und dass deshalb psychiatrische Pflege, Gesundheits- und Krankenpflege unerlässlicher Bestandteil eines Hilfesystems ist, weil Pflege einen entscheidenden Beitrag zur Alltagsbewältigung leistet.

Ein-Blick in die Inhalte der Tagungen

Die vielfältigen Themen und die einzelnen Referenten lassen sich nicht mehr vollständig rekonstruieren, da es nur zwei Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie gibt, die einzelne Tagungen dokumentieren, die meisten Vorträge und Arbeitsgruppendiskussionen waren als Tagungsdokumentationen zusammengeheftet und wurden nicht systematisch archiviert. Deshalb ist die nachfolgende Übersicht teils bruchstückhaft, Themen und Inhalte werden kurz skizziert und zusammengefasst sowie Kernpunkte soweit möglich ausgewertet. Die Inhalte der immer auch stattgefundenen Arbeitsgruppen treten dabei weniger in den Blickpunkt.

Tab. 1 Übersicht der Themen der APK-Pflege-Fortbildungstagungen (1979 bis 1985)

Jahr	Rahmenthema	Referent/-in	Thema
1979	Weiterbildung für Pflegepersonal in der Psychiatrie	Asmus Finzen, Direktor des Nds. Landeskrankenhaus Wunstorf Hilde Schädle-Deininger, Wunstorf	Begrüßung und Einführung
		Renate Wienekamp, Norden	Motivation zur Weiterbildung durch innerbetriebliche Fortbildung
		Asmus Finzen, Wunstorf	Weiterbildung beim Pflegepersonal aus der Sicht der Krankenhausleitung
		Günter Meier, Mamolshöhe (Königstein)	Weiterbildung zur Fachkrankenpflege in der Psychiatrie aus der Sicht der Träger
		Reinhard Kluge, Göttingen Angela Heitmann, Essen	Was bringt die Fachweiterbildung für die praktische Arbeit aus Sicht der Teilnehmer
		Dorothea Winkelmann, Köln	Was bringt die Weiterbildung aus der Sicht der Kursleitung – Schwierigkeiten und Ansätze
		Ursula Hiltzinger, Düren	Organisatorische Schwierigkeiten der Weiterbildung aus der Sicht der Pflegedienstleitung
		Maria Rave-Schwank	Lerninhalte der Weiterbildung zur Fachkrankenpflege
		Ruth Schröck, Edinburgh	Weiterbildung – ein Weg zur gemeindenahen Psychiatrie

Jahr	Rahmenthema	Referent/-in	Thema
Dokumentation in Schädle-Deininger, Hilde (Hrsg.): Den psychisch Kranken im Alltag begleiten – Pflege in der Psychiatrie – Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 31 Psychiatrie Verlag Rehburg-Loccum 1981			
1980	Den psychisch kranken im Alltag begleiten – Pflege in der Psychiatrie	Aus dem Vorwort im Band 31 Hilde Schädle-Deininger Die Dokumentation dieser Tagung erscheint mir deshalb so wichtig, weil die psychiatrische Pflege – die Pflege am Menschen – bisher wenig beschrieben ist […] Heilkunde und Krankenpflege hatten sich zur Aufgabe gestellt, nicht nur die Krankheiten zu beseitigen und die Schäden zu reparieren, sondern die normalen Abläufe im Leben eines Menschen pflegend und umsorgend zu bewahren. […] Wenn wir näher unseren Blick auf die Grundbedürfnisse des Patienten, des einzelnen Menschen richten, die Lebensumstände in den Mittelpunkt rücken, den Menschen als Ganzes sehen, nicht nur seinen kranken Anteil oder sein krankes Organ, ergeben sich daraus andere Fragestellungen und Feststellungen: a. wie kann ich dem Menschen helfen, mit seiner Erkrankung zurechtzukommen? b. welche Faktoren tragen dazu bei, daß ein Mensch, daß dieser Mensch, krank wird? c. Welche Bedürfnisse und Verrichtungen kann der Patienten selbst in die Hand nehmen und für welche benötigt er Hilfe? d. Dabei werde ich feststellen, daß sich meine pflegerische Beobachtung nicht nur auf die Krankheit, die Störung beschränken darf, sondern den Patienten als ganzen Menschen mit und in seiner Umwelt wahrnehmen muss. e. Dabei werde ich außerdem feststellen, daß Menschen sich mit ähnlichem Krankheitsbild ganz unterschiedlich verhalten werden, deshalb auch unterschiedlich „betreut“ werden. #aus diesen Fragen ergibt sich für mich eine Vierteilung psychiatrischer Pflege: 1. Vorbeugende Pflege 2. Individuelle (persönliche) Pflege 3. Versorgende Pflege 4. Aktivierende Pflege Diese „Vierteilung“ ist natürlich nicht so strikt zu trennen, ist sicher auch schwerpunktmäßig in einer ambulanten psychiatrischen Pflege anders als auf einer Akutstation, in der Geriatrie, Im Langzeitbereich, bei geistig Behinderten, in einer Tagesklinik oder in einem Wohnheim. Darüber weiter und mehr nachzudenken, erhoffe und wünsche ich mir durch diesen Band.	

Jahr	Rahmenthema	Referent/-in	Thema
1981	Pflege in der Psychiatrie	Asmus Finzen, Direktor des Nds. Landeskrankenhaus Wunstorf Hilde Schädle-Deininger, Wunstorf	Begrüßung und Einführung
		Christa Winter-von Lersner Osnabrück	„Zwischen Illusion und Resignation – Überlegungen zum Berufsbild der psychiatrischen Pflege
		Wolfgang Münster, Langenberg	Die Welt der Patienten ist draußen – pflegerisches Handeln und institutioneller Rahmen
		Isolde Schmidt-Steden Langenfeld	Ist Pflege Therapie?
		Nach jedem Vortrag gab es mehrere parallele Arbeitsgruppen mit Thesen und Forderungen, deren Ergebnisse zusammengetragen wurden.	
1982	Vom Krankenhaus in die Gemeinde – Pflege in der Psychiatrie	Asmus Finzen, Direktor des Nds. Landeskrankenhaus Wunstorf Hilde Schädle-Deininger, Wunstorf	Begrüßung und Eröffnung
		Antje Grauhan Berlin	Pflege heute – Auf dem Weg zur Emanzipation?
		Maren Knop Hamburg	Spannungsfeld Krankenpflege – vom Werden einer psychiatrischen Krankenschwester
		Renate Wienekamp Aurich	Die Rolle der Pflege in der Psychiatrie – machen, was andere anordnen oder selbst bestimmen, was zu tun ist?
		Ulrike Villinger Riedstadt	Pflege von Langzeitpatienten – wieder auf dem Wege zu Verwahrung?
		Hilde Schädle-Deininger Dietzenbach	Pflege in der Gemeinde – im Spannungsfeld zwischen „Depot-Spritzen-Schwester und „Alltagsbegleiter“

LIVE
www.selpers.com/live

Freitag, 26. Januar 2024

Leben mit metastasiertem Brustkrebs: Ein ganzheitlicher Blick auf Therapie und Lebensqualität

Virtueller Patiententag
Kostenlos und ohne Anmeldung

Reaktion der lokalen Presse: Hannoversche Allgemeine Zeitung (Fortsetzung 1982)

ca. 150 Experten fordern Intensivierung der Gemeindepflege

Grundlegende Reformen in der Betreuung der Patienten haben 150 Teilnehmer einer Tagung der „AKTION PSYCHISCH KRANKE“ im Landeskrankenhaus Wunstorf gefordert. Experten aus dem gesamten Bundesgebiet diskutierten zwei Tage lang das Thema „Vom Krankenhaus in die Gemeinde – Pflege in der Psychiatrie“ und lieferten damit einen weiteren Beitrag zur Neugestaltung der Arbeitsbedingungen in den pflegerischen Berufen.

Viele Kranke, die in geschlossenen Anstalten leben, sind nach gründlicher Vorbereitung und bei ausreichender ambulanter Betreuung in der Lage, ein selbständiges Leben im eigenen Haushalt zu führen. Das ist seit Jahren bekannt und wird auch schon praktiziert. Dennoch verlangt diese Betreuung ein Umdenken bei den in der Psychiatrie beschäftigten Pflegern und Schwestern. Weg von der allgemeinen Pflege soll versucht werden, den Patienten durch seinen Pfleger zu mehr Selbständigkeit anzuleiten und ihn für das Leben außerhalb der beschützenden Anstalt zu trainieren.

„wir wollen mitarbeiten, daß die Patienten zurückkehren können in die Gemeinde“, sagt Hilde Schädle-Deininger, lange Jahre Krankenschwester im Landeskrankenhaus Wunstorf und engagiertes Mitglied der „AKTION PSYCHISCH KRANKE“. Mit dieser Bitte wendet sie sich an alle in der Psychiatrie Beschäftigten, wobei ihr durchaus bewußt ist, daß bei der Entlassung von Kranken aus geschlossenen Anstalten auch Arbeitsplätze frei werden. „Davor braucht sich keiner zu fürchten, wenn die frei werdenden Stellen in den ambulanten Pflegebereich übernommen werden“, lautet ihr Konzept für die Lösung.

Um das zu erreichen, fordert die „AKTION PSYCHISCH KRANKE“ mehr finanzielle Unterstützung für die Psychiatrie: Um eine bessere Betreuung der Patienten in kleinen Pflegegruppen zu gewährleisten, müssen mehr Pflegestellen geschaffen werden. Immer noch wird dem Patienten ein Teil seiner Selbständigkeit genommen, indem feste „Bettenbezieh- und Badetage“ angesetzt werden, damit mit wenigen Pflegern die organisatorischen Probleme bewältigt werden können.

Gefordert werden außerdem mehr Stellen im ambulanten Pflegebereich, um so den allein lebenden Patienten feste Anlauf- und Beratungsstellen zur Seite zu stellen. anknüpfen will man damit an die Gemeindekrankenpflege und am Beispiel der Sozialstationen, wie es sie auch in Wunstorf gibt. Zudem fachlich geschultes Personal zu Seite stellen. Krankenpflege als einen eigenständigen Bereich zu akzeptieren, war eine weitere Forderung. Dabei sollte eine strenge Trennung zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung der Patienten bestehen, und auch Verwaltungsarbeit ist nach Ansicht der Tagungsteilnehmer nicht ihr Arbeitsbereich. Diese Tätigkeiten nehmen den Pflegern die Zeit, sich um die eigenetlichen Aufgaben zu kümmern, den Patienten bei der Bewältigung des Alltags zu helfen.

In einem abschließenden gemeinsamen Gespräch sprachen sich alle Tagungsgäste dafür aus, die Anregungen bei der Arbeit in den Stationen umzusetzen. Es soll außerdem daran gearbeitet werden, die Probleme im Pflegebereich der Krankenhäuser und psychiatrischen Anstalten noch mehr publik zu machen und sich weiter für Lösungen einzusetzen.

Jahr	Rahmenthema	Referent/-in	Thema
1983	Psychiatrische Pflege „drinnen und draußen“	Herr Picard, Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke e. V. Herr Schmitt, Leiter des Gesundheitsamtes Herr Bauer, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Stadtkrankenhaus Offenbach Hilde Schädle-Deininger, Fachkrankenschwester im Sozialpsychiatrischen Dienst	Begrüßung und Einführung
		Antje Grauhan, Stuttgart	Welche pflegerischen Traditionen sind heute für uns wichtig?
		Ruth Schröck, Edinburgh	Der Beitrag der Pflege innerhalb der psychiatrischen Behandlung
		Podiumsdiskussion und thematische Gruppen: Elisabeth Anders, Offenbach Dorothee Becker, Offenbach Karin Bothe, Darmstadt Hendrik Graf, Köln Heinz Lepper, Köln Hilde Schädle-Deininger, Offenbach Ulrike Villinger, Riedstadt Peter Walter, Hildesheim Renate Wienekamp, Aurich	Der Alltag der psychiatrischen Pflege: Arbeitsbereiche: Akutstation, Tagesklinik, Wohnheim, Nachtklinik, Ambulanz, sozialpsychiatrischer Dienst, Langzeit und Geriatrie

Jahr	Rahmenthema	Referent/-in	Thema
1984	Der psychiatrische Alltag – Als gemeinsame Aufgabe verschiedener Berufe und psychosozialer Einrichtungen –	Herr Schmitt, Leiter des Gesundheitsamtes Herr Bauer, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Stadtkrankenhaus Offenbach Hilde Schädle-Deininger, Fachkrankenschwester im Sozialpsychiatrischen Dienst	Begrüßung und Einführung
		Alexander Veltin, Mönchengladbach-Rheydt	Was heißt Zusammenarbeit im psychosozialen Feld, insbesondere zwischen stationären und ambulanten Diensten
		Wolfgang Münster, Langenberg Hilde Schädle-Deininger, Offenbach	Psychiatrische Pflege – Standortbestimmung und Perspektiven
		Martin Waelsch, Nürtingen	Alltag auf einer psychiatrischen Station: eine Möglichkeit Sozialpsychiatrischer Arbeit
		Arbeitsgruppen: AG 1: Karin Bothe und Alois Fußer AG 2: Martin Waelsch und Rosel Simonis AG 3: Helga Venherm und Christina Winkler AG 4: Hilde Schädle-Deininger und Alexander Veltin AG 5: Isolde Schmid-Steden AG 6: Hartmut Berger AG 7: Wolfgang Münster AG 8: Renate Wienekamp	 „Die Aufnahme des Patienten“ „Gewalt in der Psychiatrie“ „Der Pflegeprozess – Pflegeplanung – Behandlungsplanung – Ziele“ „Pflege ‚drinnen und draußen‘ – Konkurrenz oder Kooperation“ „Wer leitet wen auf Station an? Wer bestimmt die Art und Weise der Behandlung?“ „Teamarbeit-Teamverantwortung oder ärztliche Verantwortung“ Welche Erwartungen haben Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen und andere Mitarbeiter aneinander? „Tagesablauf – Wochenplan: Wer schiebt wem was zu? Wer ist wann anwesend? Wann findet was mit wem statt?
		Diese Tagung konnte – trotz des unmittelbar zuvor schrecklichen Brandes- in den Räumen des Stadtkrankenhauses stattfinden. Obwohl lange nicht bekannt war, ob diese Veranstaltung abgesagt werden muss, kamen ca. 150 Teilnehmer und Teilnehmerinnen und die Tagung fand auch in der Presse regen und ausführlichen Zuspruch.	

Jahr	Rahmenthema	Referent/-in	Thema
1985	„Den psychiatrischen Alltag planen“ (Mi. abends bis Fr. nachmittags)	Begrüßung Holger Heupel Offenbach Hessische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Hilde Schädle-Deininger Wolfgang Münster und Isolde Schmid-Rüther	Begrüßung und Einführung
		Klaus Dörner, Gütersloh	Chronisch krank – mit Hindernissen leben?
		Ruth Schröck, Edinburgh	Der Pflegeprozeß – was bringt die Theorie für die psychoiatrische Praxis?
		Arbeitsgruppen und Pro- und Contra-Diskussion: Moderatoren: Elisabeth Anders, Offenbach Karin Bothe, Darmstadt Ilona Koppany, Darmstadt Wolfgang Münster, Langenberg Hilde Schädle-Deininger, Offenbach Isolde Schmid-Steden, Langenfeld Harald Schulte, Riedstadt Philomina Seidenstricker, Offenbach Ulrike Villinger, Riedstadt	AG 1 Der Pflegeprozeß als Modell für die psychiatrische Pflege AG 2 Woran wird Qualität der Pflege gemessen – Wann ist „Pflege“ gut? Wann wird Pflege gefährlich? AG 3 Fachkrankenpflege in der Psychiatrie – Aufgaben? Kompetenzen? AG 4 Zusammenarbeit – gemeinsame Planung der Berufsgruppen, mit dem Patienten/Klienten, wer bestimmt was?

	Fortsetzung Tagung 1985	Dorothea Winkelmann, Köln Renate Wienekamp, Aurich	AG 5 Mit der Krankheit leben – Regeln und Planung: - Ermöglichen bzw. Wiederermöglichen von Zusammenleben? - Fallen lassen, aufgeben, resignieren, abschieben? AG 6 Ambulante psychiatrische Pflege – Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen AG 7 Motivation im Alltag - Wer? – Wie? Wozu? – Warum?
Die Tagungen 1986 bis 1988	sind im Band 46 der Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie im Psychiatrie Verlag erschienen 1990, mit folgenden Tagungsthemen: 1986 „Psychiatrische Pflege – Bremsklotz des Fortschritts oder Schutz vor Utopien?“ 1987 „Psychiatrische Pflege – Qualität zum niedrigen Preis?“ 1988 „Psychiatrische Pflege im Jahr 2000 – was tun wir jetzt?“		
Diese Tagungen sind thematisch wie folgt veröffentlicht: • Der erste Teil befasst sich mit Psychiatrieentwicklung, Menschenbild, ethischen und politischen Grundlagen der Krankenpflege • Der zweite Teil hat den Schwerpunkt Pflegetheorien, Pflegeprozess, Pflegequalität und deren Bedeutung für den Alltag • der dritte Teil beschäftigt sich mit der Forderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und ihrer Folgen für pflegerisches Handeln			

Tab. 2 Thematisch dokumentierte Inhalte der Tagungen 1985 bis 1988

Teil	Thematik	Referent	Thema
1. Teil	Psychiatrieentwicklung, Menschenbild, ethische und politische Grundlagen	Koenning, Konstanze, Haldenwang	Der Weg entsteht beim Gehen – Entwicklung in der Psychiatrie
		Grauhan, Antje, Stuttgart	Menschenbild in der Pflege
		Steppe, Hilde, Frankfurt am Main	Das Dilemma der pflegerischen Ethik
		Ruth Schröck, Osnabrück	Wissen und Verantwortung – Gedanken zu politischen Aufgaben der psychiatrischen Pflege
2. Teil	Pflegetheorien, Pflegeprozess und Pflegequalität	Steppe, Hilde, Frankfurt am Main	Die Bedeutung von Pflegetheorien für die Pflegepraxis
		Clauss, Helgard, Dieburg	Pflegen als Lernprozeß – Was kostet uns das? – Wie zahlt es sich aus?
		Schröck, Ruth, Osnabrück	Die unbekannte Dimension der Pflegequalität
		Villinger, Ulrike, Darmstadt	Wie geht es uns denn heute – wir baden jetzt … Der Alltag gefährlicher Pflege
		Bothe, Karin, Darmstadt Villinger, Ulrike Darmstadt	Psychiatrische Pflege – Bremsklotz des Fortschritts oder Schutz vor Utopien?
3. Teil	„Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“	Clauss, Helgard, Dieburg	„Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 – Ziele der Weltgesundheitsorganisation“
		Schmid-Rüther, Isolde, Köln	„Gesunde Beziehungen – gesundes Milieu: der Beitrag psychiatrischer Pflege zu diesen Zielen“
		Schädle-Deininger, Hilde, Offenbach	Lernen fürs Jahr 2000 – Konsequenzen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung heute

Ein wichtiger Bestandteil der Tagungen war das 1977 ins Leben gerufene „Knofl-Theater“ aus der Rheinischen Landesklinik Langenfeld. Mitarbeiter der Klinik traten zu unterschiedlichen Anlässen mit sehr verschiedenen Stücken auf, gingen auf Trödelmärkte und machten Lesungen, um sich zu finanzieren. Sie bereicherten die Tagungen mit „Szenen aus der Psychiatrie“, die den Alltag gespiegelt haben und komisch und ernst zugleich den „Alltagsspiegel“ vor Augen führten und Situationen plastischer machten und zum Nachdenken anregten.

Ein zweiter wichtiger Bestandteil war das Gemütliche Beisammensein, das am Abend des ersten Tages immer seinen Platz hatte, denn da wurden viele Kontakte geknüpft, sich ausgetauscht, aber

auch Abstand zum Alltag war angesagt durch Musik und Tanz.

Zusammenfassung

Wenn wir die Inhalte psychiatrischer Pflege dieser zehn Jahre APK-Fortbildungstagungen und die Diskussionen der letzten ca. 40 Jahre synoptisch zu heute betrachtet werden, ergeben sich viele Berührungspunkte, wenn auch teils mit etwas veränderten Schwerpunkten. Wenn wir zusätzlich die Ausführungen im Kontext der Entwicklung betrachten, wird deutlich, dass in Folge der Psychiatrie-Enquête viele Veränderungen möglich waren und einiges bereits im Vorfeld der Enquête nach dem vorhandenen Stand und den Möglichkeiten angestoßen, erweitert und vertieft wurde. Dass im Nachhinein gesehen durchaus auch andere Aspekte bzw. Schwerpunkte hätten eingehen können, ist aus heutiger Sicht durchaus zu bedauern. Ein paar wenige Punkte nachfolgend.

Fragen, die aus meiner Sicht im Nachhinein zu stellen sind:

Für die Psychiatrische Pflege gibt es nach wie vor Vieles weiterzuverfolgen und im Alltag umzusetzen. Trotzdem werden im Rückblick Fragen aufgeworfen wie beispielsweise

- Warum sind in den Uni-Kliniken, die fortschrittlichere Ansätze hatten, die Enquête-Ergebnisse unterstützt haben, nicht von der Pflege forciert oder vehement gefordert worden z. B., dass sich Wissenschaft nach internationalem Vorbild auch auf den Bereich der Pflege ausweitet und Konzepte der akademischen Pflegebildung als Modellversuch etabliert wurden, um damit die Pflegebildung im Ansatz radikal zu verändern und sich den internationalen Anforderungen anzupassen?
- Warum ist im Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung nicht gefordert worden auch eine Region mit einem „Budget Globale“ zu realisieren, um alternative Finanzierungsstrukturen zu erproben, auch um die ambulante psychiatrische Pflege flächendeckend in psychosozialen Versorgungsstrukturen zu etablieren, Erfahrungen in diesem Bereich lagen vor?
- Warum ist nicht versucht worden eine Kassenärztliche Vereinigung dazu zu gewinnen, dass neue Wege in der pflegerischen Verordnungspraxis ausprobiert werden (dass Pflegeexperten den Pflegebedarf selbst erheben)?
- Warum ist die Gewerkschaft nicht mehr für eine gerechte Bezahlung der Pflegenden außerhalb der Kliniken von reformwilligen Pflegenden unter Druck gesetzt oder gar zum Organisieren eines Streiks aufgefordert worden?

Die Fragen ließen sich fortsetzen …

Fazit

Die wichtigsten „Baustellen“ der Pflege, auch der psychiatrischen Pflege sind Bildung, die Eigenständigkeit des Berufes und die theoretischen Inhalte. Wenn wir davon ausgehen, dass aus Wissen eine Haltung entsteht, die pflegerische Expertise in den Vordergrund stellt und sich mit gesellschafts- und sozialpolitischen Anforderungen auseinandersetzt, geht es darum für das berufliche Handeln Verantwortung zu übernehmen, sowohl für das berufspolitische als auch für das bürgerschaftliche. Dabei stehen die spezifischen Aufgaben der Pflege mit den wissenschaftlichen und theoretischen Grundlagen im Mittelpunkt des alltäglichen Handelns.

Dazu gehört selbstverständlich auch, sich mit gesellschafts- und sozialpolitischen Gegebenheiten und Entwicklungen auseinanderzusetzen. Eine Akademisierung und damit verbundenen beruflichen Autonomie wird sich in der Versorgungslandschaft, den unterschiedlichen Hilfsangeboten der Psychosozialen Versorgung bemerkbar machen und zur Verbesserung des Systems beitragen. Außerdem wird der Pflegeberuf wieder attraktiver, wenn endlich zwischen der mitmenschlichen Tätigkeit „pflegen“ und der professionellen Pflege (Pflegeexperten) unterschieden wird und entsprechende Qualifikationsniveaus beschrieben werden.

Literatur

Bastiaan, P.; Schädle-Deininger, H. (1978). Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale

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

Psychiatrie – Erfahrungsberichte, Protokolle über einen Grundkurs. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 24. Wunstorf Psychiatrie Verlag GmbH

Bastiaan, P.; Schädle-Deininger, H. (1980). Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie II – Übersicht über die Entwicklung in der BRD, Lehrplan und Konzept, Erfahrungsbericht über einen Aufbaukurs. Werkstattschrift zur Sozialpsychiatrie Band 28. Rehburg-Loccum Psychiatrie Verlag, GmbH

Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1975). Drucksache 7/4200

Kukla, R. (1973.) Zur Sozialisation von Krankenschwestern in der Psychiatrie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (KZfSS)

Landschaftsverband Rheinland – Der regionale Kommunalverband der rheinischen Städte und Kreise – Gesundheitspflege/Heilpädagogische Heime: Materialien zur Rheinischen Psychiatrie: 20 Jahre Fachweiterbildung zur Krankenpflege für Psychiatrie im Rheinland, Fachtagung am 27.06.1995

Schädle-Deininger, H. Hrsg. (1981). Den psychisch Kranken im Alltag begleiten – Pflege in der Psychiatrie. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 31. Rehburg-Loccum Psychiatrie Verlag

Schädle-Deininger, H. Hrsg. (1990). Pflege Pflege-Not Pflege-Not-Stand – Entwicklungen psychiatrischer Pflege. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 45 Bonn Psychiatrie Verlag

Schädle-Deininger, H. (2015). Entwicklungen in der Pflegebildung – Einige unfrisierte Gedanken zur Pflegebildung in Deutschland. PADUA 10 (3) 2015, S. 192-196, Bern Hogrefe

SPD-Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen. (1986). Pflegeberufe –Stiefkinder der Politik? – Tagungsergebnis – (Erich-Ollenhauer-Haus, 5300 Bonn)

Fußnoten

[1] Kukla, Rainer: (1973) Zur Sozialisation von Krankenschwestern in der Psychiatrie, Köln, Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 25:484-498

[2] Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 7/4200, Seite 333-334

[3] Landschaftsverband Rheinland – Der regionale Kommunalverband der rheinischen Städte und Kreise – Gesundheitspflege/Heilpädagogische Heime: Materialien zur Rheinischen Psychiatrie: 20 Jahre Fachweiterbildung zur Krankenpflege für Psychiatrie im Rheinland, Fachtagung am 27.06.1995

[4] Bastiaan, Peter; Schädle-Deininger, Hilde: (1978) Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie – Erfahrungsberichte, Protokolle über einen Grundkurs, Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 24 Psychiatrie Verlag GmbH Wunstorf

Bastiaan, Peter; Schädle-Deininger, Hilde: (1980) Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie II – Übersicht über die Entwicklung in der BRD, Lehrplan und Konzept, Erfahrungsbericht über einen Aufbaukurs, Werkstattschrift zur Sozialpsychiatrie Band 28, Psychiatrie Verlag, GmbH Rehburg-Loccum

[5] SPD-Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen: Pflegeberufe –Stiefkinder der Politik? – Tagungsergebnis12-90-A1-5 (Erich-Ollenhauer-Haus, 5300 Bonn)

(C)Wolfilser

Pflegenotstand: Mittendrin oder knapp davor?

Nursing Crisis: Right in the Middle or Just Before?

Zusammenfassung[1]

Diskussionen rund um das Thema Pflegepersonalbedarf und Pflegenotstand begleitet uns seit jeher. Anfang der 2000er-Jahre wurde der Zusammenhang von Personalmangel, Qualitätsmängel und die Konsequenzen für da Pflegepersonal modellhaft beschrieben. Mehr als 20 Jahre später ist das Phänomen des Pflegenotstandes so präsent wie nie zu vor. Der Fachkräftemangel ist in allen Branchen, auch im Pflege- und Gesundheitswesen angekommen. Daher müssen Maßnahmen gesetzt werden, die an den beeinflussbaren Stellschrauben des Pflegenotstandes ansetzen: Das sind Personalbindung, Personalanwerbung sowie Maßnahmen, die der Effizienzsteigerung dienen. Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind konsequent umzusetzen, sodass die gesunden Lebensjahre erhöht werden und Pflegebedürftigkeit hintangestellt wird. Erst durch ein Zusammenspiel aller Verantwortungsbereich: die Ebene des Bundes, der Länder, der Gemeinden und Städte, der Sozialversicherungen – also die Makroebene –, aber auch die der Trägerorganisationen (Arbeitgeber), der Ausbildungseinrichtungen sowie der Interessenvertretungen – die Mesoebene – und vor allem jene der Pflegepersonen und Betroffenen – die Mikroebene selbst, kann es gelingen, den künftigen Bedarf zu bewältigen.

Schlüsselwörter: Pflegenotstand, Pflegekrise, Pflegepersonal

Englische Zusammenfassung

Discussions surrounding the issue of nursing staff requirements and the nursing shortage have been with us for a long time. In the early 2000s, the relationship between staffing shortages, quality deficiencies, and the consequences for nursing staff was described. More than 20 years later, the phenomenon of the nursing shortage is as prevalent as ever. The goal of this article is to expand upon the model from the 2000s by incorporating current influencing factors. These factors are primarily caused by (inter)national crises, demographic dynamics, and the resulting competition for labor.

A shortage of skilled professionals is prevalent in all sectors, including the area of healthcare and nursing. Therefore, measures must be taken that target the controllable aspects of the nursing shortage: these include personnel retention, recruitment, and efficiency-enhancing measures. Actions in the realm of health promotion and prevention must be consistently implemented to increase healthy years of life and postpone the need for care. Only through a concerted effort across all levels of responsibility – at the federal, state (or regional), municipal, and social insurance levels (i.e., the macro level) – as well as among the employing organizations, educational institutions, and advocacy groups (the meso level), and especially involving nursing personnel and those affected (the micro level), can we succeed in addressing future needs.

Keywords: nursing crisis, nursing shortage, nursing workforce

[1] Es besteht kein Interessenskonflikt

Pflegenotstand: Mittendrin oder knapp davor?

Diskussionen rund um das Thema Pflegepersonalbedarf und Pflegenotstand haben in den letzten Jahren an Intensität zugelegt. Spannend ist, dass diese Themen periodisch wiederkehren und mit jedem Aufflammen an Gewicht gewinnen. Bereits Anfang der 2000er-Jahre wurde der Pflegenotstand von Kraijc et al. zunächst generell (Krajic, Vyslouzil, & Nowak, 2003) und in einem zweiten Schritt für die mobilen Dienste (Krajic, Nowak, & Rappold, 2005) beschrieben. Das Phänomen des Pflegenotstands basiert auf der Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit von Pflegepersonal, der Qualität in der Pflege und der Zufriedenheit mit dem Beruf besteht. Die COVID-19-Pandemie hat verdeutlicht, wie fragil das Zusammenspiel dieser Faktoren ist.

In diesem Artikel wird das Phänomen des Pflegenotstands aus den 2000er-Jahren um aktuelle Faktoren erweitert und diskutiert. Durch diesen erweiterten Blick auf das Phänomen können Lösungsansätze entwickelt werden, welche dazu beitragen, die pflegerische Versorgung zu verbessern. Der Bedarf an Pflegepersonal wurde sowohl in Österreich (Rappold & Juraszovich, 2019) als auch international (Buchan, 2022; Tomblin Murphy et al., 2012) erläutert.

1 Hintergrund

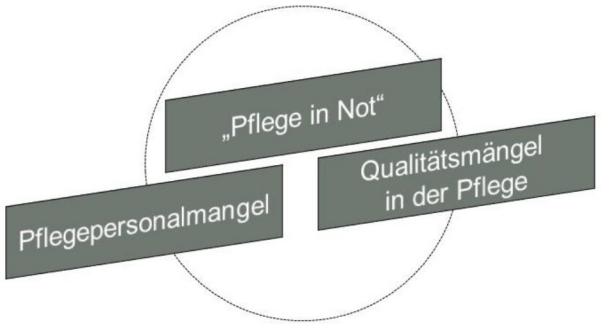
Im Nachhall der COVID-19-Pandemie wird seitens der Einrichtungen (Krankenanstalten, Pflegeheime und mobilen Diensten) von einem Mangel an Pflegepersonen berichtet. Dies manifestiert sich in Bettensperren, der Reduktion von Interventionen oder längeren Wartezeiten – egal ob dies Operationen oder die Aufnahme in ein Pflegeheim oder in die mobile (spitalsexterne) Pflege betrifft. Cartaxo belegt, dass auch in Österreich aufgrund von Personalmangel auf Allgemeinstationen in Krankenanstalten pflegerische Handlungen nicht oder nur unzureichend umgesetzt werden (Cartaxo, Eberl, & Mayer, 2022b). Damit wird auch für Österreich bestätigt, was aus internationalen Studien schon lange bekannt ist: Pflegeleistungen werden implizit rationiert (vgl. Aiken et al., 2016; Ausserhofer et al., 2014; Zander, Dobler, Bäumler, & Busse, 2014). Die Arbeitsverdichtung, die mit dem Personalmangel einhergeht, belastet das Pflegepersonal zusätzlich. Die Entwicklung der Krankenstandstage zeigt, dass sich 2018 im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen 75.974 Tage ansammelten, 2019 waren es 74.288, einen Einbruch gab es 2020 – in diesem Jahr sank die Zahl auf 54.437 Tage und stieg 2021 sprunghaft auf 87.640 Tage an (Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger). Möglicherweise ist dies eine Erkenntnis aus der COVID-19-Pandemie: Kranksein wird ernster genommen und bei bestehenden Symptomen bleiben die Menschen nun konsequent zu Hause. Ein Vergleich des Personalwachstums in Krankenanstalten zeigt, dass es in den letzten zehn Jahren zu einem Personalanstieg um sieben Prozent kam (Hebammen um 13 %, Ärztinnen und Ärzte um 11 %, medizinisch-technische Dienste um 10 %, Pflegeassistenzberufe und Sanitätshilfsdienste um 8 % und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen um 3 % - Quelle: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz). Zwischen 2013 und 2019 nahmen die Belagstage um ein Prozent ab. Wird die Zeit der Coronapandemie mitbetrachtet, sank die Zahl der Belagstage aufgrund der Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie zwischen 2019 und 2021 um zwölf Prozent (Quelle: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz). 37 Prozent der Aufenthalte im Jahr 2021 fiel auf Menschen über 70 Jahre. 2021 wurden rund 115.200 Menschen in Pflegeheimen betreut, 96.000 wohnten in einer Pflegeeinrichtung, von mobilen Diensten wurden rund 154.600 Personen betreut. Insbesondere in Pflegeeinrichtungen sind die Bewohner_innen zu mehr als 50 Prozent 85 Jahre oder älter, in alternativen Wohnformen ist ein Drittel der Bewohner_innen zwischen 60 und 75 Jahre alt. Die Anzahl der Bewohner_innen von Pflegeheimen sank von 117.846 im Jahr 2019 auf 113.575 im Jahr 2020, dem ersten Jahr der Pandemie; 2021 stieg die Zahl wieder leicht an, auf 115.196 Personen (Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik). Der Trend zur Teilzeitarbeit zeigt sich am stärksten bei den mobilen Diensten: Um zehn Vollzeitstellen zu besetzen, sind 17 Personen notwendig, in Pflegeheimen sind es 13 Personen und in Krankenanstalten zwölf.

2 Das Phänomen Pflegenotstand

Von einem Pflegenotstand wird in diesem Denkmodell gesprochen, wenn drei Bedingungen erfüllt sind: Pflegepersonalmangel, Qualitätsmängel und „Pflege in Not“ (vgl. Abb. 1). Die erste Dimension des Konzeptes Pflegenotstand beschäftigt sich mit dem Pflegepersonal. Dieses ist in zu geringem Ausmaß vorhanden (also ein quantitativer Mangel) und/oder es gelingt nicht, die Personalzusammensetzung (Skill- und Gra-

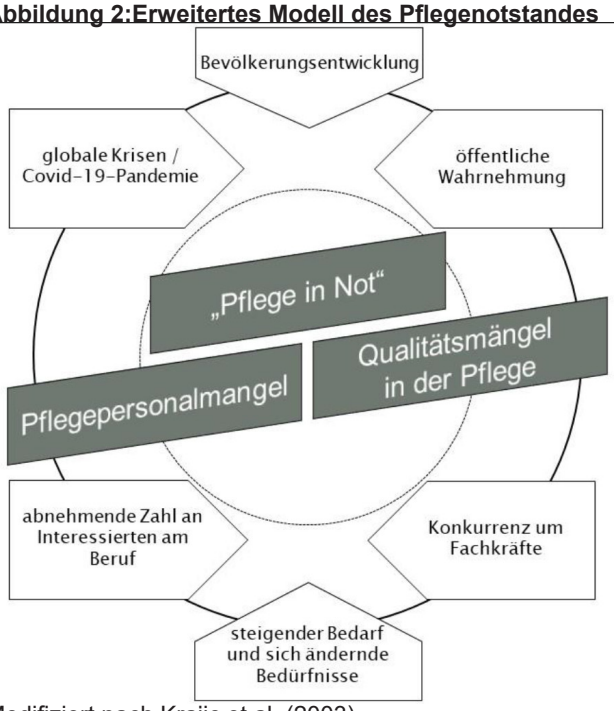
de-Mix) entsprechend der fachlichen Anforderungen zu gestalten (qualitativer Mangel). Die zweite Dimension umfasst die Pflegequalität. Damit ist gemeint, dass die Arbeit vom Pflegepersonal nicht mehr ausreichend qualitätsvoll umgesetzt wird und Mängel entstehen. Das bedeutet, dass bei den pflegebedürftigen Personen z. B. keine oder zu wenige präventive Maßnahmen gesetzt werden (z. B. keine Delirprävention), die Zeit für den Beziehungsaufbau fehlt, unerwünschte Ereignisse eintreten oder Pflegeleistungen reduziert werden und damit die Qualität beeinträchtigt wird (Cartaxo, Eberl, & Mayer, 2022a; Leichsenring, Schmidt, & Staflinger, 2021; Trukeschitz, Hajji, Litschauer, Kieninger, & Linnosmaa, 2018; Wimmer, 2021). Im Zusammenspiel führen diese beiden Dimensionen dazu, dass Pflegepersonen ihre Arbeit als unbefriedigend und herausfordernd erleben. Ihre berufliche Identität wird infrage gestellt, sie erleben moralischen Stress – langfristig kann diese Situation zu Überlastungen, Burn-out, innerer Kündigung oder tatsächlichem Berufsaustritt führen – die dritte Dimension. Belege dafür, dass Pflegepersonen diese „Not“ erleben, sind gut dokumentiert (Ausserhofer et al., 2014; Büscher & Hasselhorn, o.J.; Cimiotti, Aiken, Sloane, & Wu, 2012; Gferer & Radinger, 2021; White, Aiken, M., & McHugh, 2019).

Abbildung 1:Kerndimensionen eines Pflegenotstandes



Modifiziert nach Krajic et al. (2003)

Abbildung 2:Erweitertes Modell des Pflegenotstandes



Modifiziert nach Krajic et al. (2003)

2.1 Das erweiterte Modell des Pflegenotstandes

Seit den 2000er-Jahren hat sich nicht nur die Pflege als Beruf, sondern haben sich das Feld, in welchem Pflege agiert, und die Rahmenbedingungen maßgeblich verändert. Diese veränderten Rahmenbedingungen wirken als äußere Faktoren auf das Modell des Pflegenotstandes und verstärken, ohne Gegenmaßnahmen, die Dramatik. Die Kerndimensionen des Pflegenotstandes (oder der innere Kreis) können daher noch um einen äußeren Kreis erweitert werden (vgl. Abb. 2).

Sechs äußere Einflussfaktoren erhöhen den Druck auf den Pflegenotsand: Das sind die COVID-19-Pandemie sowie andere (globale) Krisen wie die Umweltkrise oder Kriege, die Dynamik in der Bevölkerungsstruktur (steigender Bedarf bzw. die Entwicklung der Fertilität), die öffentliche Wahrnehmung von Pflege und Pflegeberufen, die Konkurrenz um Fachkräfte (über Gesellschaftsbereiche hinweg) sowie eine abnehmende Zahl an Personen, die für Ausbildungen zur Verfügung stehen.

2.1.1 Steigender Bedarf, sich ändernde Bedürfnisse

Die Personalbedarfsprognose für Österreich von 2017 hat aufgezeigt, dass bis 2030 mit einem deutlich erhöhten Bedarf zu rechnen ist (Rappold & Juraszovich, 2019). Dieser lässt sich zu einem Großteil auf die demografische Entwicklung zurückführen. Um diesem Bedarf frühzeitig zu begegnen, reicht es nicht aus, mehr Personal bereitzustellen, sondern

es geht darum, Maßnahmen zu setzen, welche die Gesundheit der Bevölkerung stärken (Kickbusch, 2021; Rappold, 2022; Rojatz et al., 2022; Rojatz, Holzweber, & Nowak, 2021; Straßmayr, Griebler, Dietscher, & Nowak, 2022). Dies ist insbesondere für Österreich von Bedeutung, da bei Männern und Frauen in Österreich zwischen 2010 und 2016 ein Verlust gesunder Lebensjahre wahrgenommen worden ist (bei Männern von 59,4 Jahren auf 57,0 Jahren und bei Frauen von 60,8 Jahren auf 57,1 Jahren; (Bundesministerium für Arbeit, 2019)). Menschen erwarten heute von der Pflege und Betreuung eine „Ausrichtung der Betreuungs- und Pflegeleistungen am Menschen, an Familien und Gemeinschaften, an deren Lebenswelten, Zielen, Wünschen und Ressourcen“ (GÖG, 2022, p. S. 1). Dies bedeutet „die Berücksichtigung persönlicher und kultureller Werte der zu betreuenden/pflegenden Person(en), Respekt gegenüber dieser (diesen) und Rücksichtnahme auf ihre Würde, Partizipation, Selbstbestimmung und Selbstkompetenz [sowie] eine professionell sorgende Haltung“ (GÖG, 2022, p. S. 1). Damit verbunden sind auch Veränderungen in den Pflegeberufen, im Selbstverständnis der Pflege, aber auch in der Entwicklung der Pflegeberufe und der Zusammenarbeit mit anderen Berufen.

2.1.2 Bevölkerungsentwicklung

Die Dynamiken in der Bevölkerung beeinflussen die Pflege auf mehreren Ebenen. Zunächst geht die Babyboomergeneration in Pension. Dies bedeutet konkret, dass rund ein Drittel der beruflich Pflegenden bis 2030 in Pension gehen und zu ersetzen sein wird (Rappold & Juraszovich, 2019). Die Gruppe der unter 20-Jährigen wird bis 2035 bei 19 Prozent der Bevölkerung liegen, die der 20- bis unter 65-Jährigen wird sich zwischen 2021 und 2035 von 61 Prozent auf 56 Prozent reduzieren, während der Anteil der 65- und Mehrjährigen von 19 Prozent auf 25 Prozent steigen wird (Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2022). Das bedeutet, dass insbesondere jene Gruppe an Personen, die potenziell Pflege braucht, zunehmen wird.

2.1.3 Abnehmende Zahl an Auszubildenden

Für den beruflichen Nachwuchs sind mehrere Altersgruppen von Interesse, eine davon sind Jugendliche, die erstmals einen Beruf ergreifen. Wie groß diese Gruppe ist, wird von der Gesamtfertilitätsrate beeinflusst. Die heute 16- bis 18-Jährigen wurden zwischen 2002 und 2004 geboren. In diesem Zeitraum erreichte die Gesamtfertilitätsrate mit 1,33 bzw. 1,41 und 1,42 Kinder pro Frau einen Tiefpunkt[2]. Während 1990 noch 514.000 Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren in Österreich lebten, waren es 2010 493.000 und 2020 439.000. Eine leichte Erholung zeichnet sich 2030 mit voraussichtlich 451.000 und 2040 mit voraussichtlich 464.000 Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren ab (Schipfer, 2020). Parallel dazu wird deutlich, dass durch den Fachkräftebedarf in allen Bereichen die Konkurrenz um Auszubildende zunehmen wird. Aktuell wird von einem „Allzeithoch“ beim Mangel an Fachkräften gesprochen (Dornmayr, 2022; Rappold, Pfabigan, & Brauneis, 2018). Allein vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass weitere Alters- und Zielgruppen für die Ausbildung in einem Pflegeberuf gewonnen werden müssen.

Neben der abnehmenden Zahl von jungen Menschen, die ins Berufsleben einsteigen, wird der Pflegeberuf von dieser Gruppe auch als Out-Beruf klassifiziert. Dabei würden Pflegeberufe grundsätzlich die Ansprüche von Jugendlichen an Berufe erfüllen: Sie suchen krisensichere Berufe, die ermöglichen, mit Menschen zu arbeiten, etwas Sinnvolles zu bewirken sowie Freude und Spaß an der Arbeit zu haben (Pfabigan & Rappold, 2021). Die öffentliche Wahrnehmung von Pflege durch die mediale Berichterstattung rückt Pflege als Beruf in ein wenig attraktives Licht.

2.1.4 Konkurrenz um Fachkräfte

Nicht nur innerhalb des Gesundheits- und Pflegewesens buhlen verschiedene Bereiche um Arbeitskräfte, auch andere Branchen stehen vor der Herausforderung, Arbeitskräfte zu gewinnen. Dies ist durch Pensionierungen bedingt: Alleine in Österreich wird rund ein Drittel aller Pflegepersonen bis 2030 in Pension gehen und der Bedarf an Pflegepersonen wird weiter zunehmen (Rappold & Juraszovich, 2019). Von Pensionierungen sind jedoch alle Bereiche betroffen. Die Tatsache, dass in den nächsten Jahren Arbeitskräfte aus der Babyboomergeneration in Pension gehen, weist auf eine deutliche Verschärfung der Mangelsituation hin. Umgekehrt zeigt ein Blick auf die Daten, dass die Erwerbstätigenquote in Österreich mit 74,7 Prozent im 3. Quartal 2022 um 0,7 Prozentpunkte höher war als im entsprechenden Vorjahresquartal, dass es um 91.300 mehr Erwerbstätige gab als im entsprechenden Vorjahresquartal, dass die Arbeitslosenquote mit 4,7 Prozent gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal (5,3 %) weiter gesunken ist. Die Daten zeigen aber auch, dass jede zweite Frau (50,3 %), aber nur jeder achte Mann (12,6 %) Teilzeit

[2] Demographische Zeitreihenindikatoren - STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager [Zugriff: 08.10.2023]

arbeitet (Statistik Austria, 2022). Dabei ist die Teilzeitarbeit nicht immer freiwillig gewählt, sondern oft darin begründet, dass nicht ausreichend Kinderbetreuungsplätze zur Verfügung stehen; es fehlen vor allem Plätze, die zeitlich den Arbeitsanforderungen im Sozialbereich entsprechen.

2.1.5 Globale Krisen / COVID-19-Pandemie

Krisen kommen immer wieder vor, neu in Mitteleuropa ist, dass mehrere Krisen gemeinsam auftreten, welche sowohl allein als auch in Kombination das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bevölkerung beeinträchtigen. Neben der Klimakrise sind das der Krieg in der Ukraine und dem Nahen Osten sowie die COVID-19-Pandemie. Die gleichzeitige Wirkung dieser Stressoren gilt es noch zu verstehen (Weierstall-Pust et al., 2022), die COVID-19-Pandemie hat jedoch deutlich gemacht, wie fragil das Gesundheits- und Pflegewesen ist. Nicht nur, dass in den ersten Monaten der Pandemie die gesamte Beschaffung von Schutzausrüstung, der Umgang mit einer internationalen Krise sowie die Unplanbarkeit der Situation die politisch Handelnden herausgefordert haben, es hat sich gezeigt, dass weder die Datengrundlagen für eine Steuerung und Planung in ausreichendem Ausmaß vorhanden gewesen sind noch fachliche Leitlinien existiert haben. Die getroffenen Maßnahmen in Einrichtungen wie Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen führten zu Menschenrechtsverletzungen. Die Frustration und Machtlosigkeit der Angehörigen wurden auf das Pflegepersonal übertragen und es kam zu verbalen und körperlichen Übergriffen. Die Pflegepersonen selbst hatten Sorge, infiziert nach Hause zu kommen und ihre Angehörigen anzustecken. Dienstpläne wurden so umgestaltet, dass immer die gleichen Gruppen Dienst hatten, um so Übertragungen zu minimieren und den Betrieb aufrechtzuerhalten. Versorgungsleistungen im Bereich der Rehabilitation oder auch der elektiven Chirurgie wurden reduziert und die Wartelisten wurden immer länger. Hinzu kam die körperliche und psychische Belastung: Seit Beginn der Pandemie arbeiteten Pflegekräfte unter zusätzlich erschwerten Rahmenbedingungen, sie trugen Masken und unterzogen sich ständigen Tests. Als besonders belastend wurde erlebt, dass die Kommunikation mit beeinträchtigen Personen durch das Tragen von Masken erschwert und die Beziehungsqualität negativ beeinflusst wurde (vgl. u.A Benzinger et al., 2021; Eglau, Röthlin, & Schmidt, 2021; Hasseler & Hartleb, 2021; Kröll, Platzer, Ruckenbauer, & Schaupp, 2020; Lob-Hüdepohl, 2021).

2.1.6 Öffentliche Wahrnehmung von Pflege

Die Medienberichterstattung über die Pflege hat bereits vor der COVID-19-Pandemie zugenommen (BGW, 2020). Während der ersten Zeit der COVID-19-Pandemie wurde zunächst positiv berichtet, doch mit der Zeit kam es zu einem Wandel in der Berichterstattung. Es wurde und wird vermehrt über schwierige Arbeitsbedingungen, Mangel und unzumutbare Zustände berichtet. Mögen die Themen zwar relevant sein, vermitteln sie doch ein Bild in der Öffentlichkeit, welches keinesfalls zur Attraktivierung des Berufes beiträgt und daher auch nicht dazu animiert, den Beruf zu ergreifen.

3 Ansätze, um den Einflussfaktoren und damit dem Mangel entgegenzuwirken

Der Mangel an Berufsangehörigen und Interessierten am Beruf kann nicht durch einzelne Maßnahmen

(C) TopMicrobialStock

nachhaltig beeinflusst werden, es braucht ein Bündel an Maßnahmen, welche an den verschiedenen Dimensionen ansetzen. Blickt man auf das erweiterte Modell des Pflegenotstands (vgl. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.), so zeigt sich, dass die äußeren Dimensionen dieses Modells teilweise bzw. nur bedingt beeinflussbar sind. Eine höhere Wirksamkeit wird von der Beeinflussung der Faktoren im inneren Kreis erwartet – mit systemischer Wirkung nach außen. Diese Maßnahmen setzen bei der Personalbindung, Personalrekrutierung und Effizienzsteigerung an. Dieses Bündel an Maßnahmen wurde seit mehreren Jahren im Rahmen der Personalprognosen der GÖG (Burgenland, Kärnten, Salzburg, Vorarlberg, Wien und Österreich) sowie im Rahmen der der „Taskforce Pflege“ gesammelt, aufbereitet und umfassend beschrieben. Im Folgenden werden sie zusammengefasst und skizzenhaft dargestellt.

3.1 Herausforderung: Personal in Einrichtungen halten

Personalbindung bedeutet, beschäftigte Personen im Unternehmen bzw. im Beruf zu halten. Von besonderer Bedeutung ist für die Mitarbeiter_innen, dass die Arbeitsbedingungen so gestaltet sind, dass ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeit und Freizeit möglich ist. Der Wechsel zwischen Voll- und Teilzeitarbeit entsprechend der Lebenssituation kann flexibilisiert werden. Allerdings bedarf es flankierender Maßnahmen, damit Teilzeitarbeit nicht zu prekären Lebensverhältnissen führt. Ebenfalls wichtig sind die Dienstplansicherheit – z. B. kein Einspringen im Urlaub oder an freien Tagen – sowie eine faire Bezahlung. Eine Aufgabenverteilung, die den Kompetenzen entspricht, sowie die Einführung von Spezialrollen (advanced practice nurses, community health nurses, school nurses …), welche Fachentwicklungen ermöglichen, sind hilfreich. Dies erhöht nicht nur die Attraktivität des Arbeitsfeldes, sondern auch die Qualität in der Pflege und damit die Versorgung der Bevölkerung. Darüber hinaus stärkt es das berufliche Selbstverständnis und erhöht die Zufriedenheit mit dem Beruf. Die Bereinigung des Berufs von Aufgaben, die außerhalb des Berufsbildes liegen – wie beispielsweise organisatorische oder administrative Aufgaben –, erhöht ebenfalls die Zufriedenheit. Eine Karriereentwicklung muss aber für alle Pflegeberufe, also auch Assistenzberufe, möglich sein.

Darüber hinaus sind auch die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit, eine als angemessen empfundene Bezahlung, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. soziale Angebote sowie shared leadership hilfreich, um Personal zu binden. Insbesondere Führungskräfte müssen über hohe Kompetenzen verfügen und fähig sein, generationengerecht zu führen. Eine weitere Möglichkeit ist, sich an den sogenannten „Magnetfaktoren“ auszurichten, diese geben eine gute Orientierung (Lasater, Richards, Dandapani, Burns, & McHugh, 2019). Personalbindung beginnt aber bereits in der Ausbildung. In dieser gilt es, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Auszubildende die Ausbildung abschließen und in den Beruf einsteigen. Neben Angeboten zur Unterstützung in der theoretischen Ausbildung (z. B. Lernen lernen, entzerren von Lehrinhalten) muss vor allem die praktische Ausbildung professionell gestaltet werden.

3.2 Herausforderungen: Personal und Auszubildende anwerben

Um Personal und Auszubildende anzuwerben, müssen die Rahmenbedingungen so attraktiv sein, dass Menschen gerne einen Pflegeberuf ergreifen möchten. Dazu muss das Berufsbild realistisch kommuniziert und von der primär negativen Berichterstattung Abstand genommen werden. Erfolgreich Personal anzuwerben, bedeutet auch, den Berufseinstieg so zu gestalten, dass Berufsneulinge, Wiedereinsteiger_innen oder Umsteiger_innen gut im Beruf bzw. in der Einrichtung ankommen können und auch bleiben möchten. Im Ausbildungsbereich sind ebenfalls Angebote zu schaffen, die ermöglichen, Ausbildungen in allen Lebensphasen zu beginnen und diese erfolgreich zu beenden. Insbesondere Berufsumsteiger_innen brauchen ausreichend Möglichkeiten, um in die verschiedenen Ausbildungen einzusteigen und gleichzeitig den Lebensunterhalt bestreiten zu können, sowie ausreichend flexible, aber attraktive Ausbildungsformen, um diese berufsbegleitend (in vernünftiger Zeit) zu absolvieren. Die Anwerbung von Personal aus dem Ausland ist vor dem Hintergrund des WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (WHO Code, 2010) sorgsam zu planen und es sind flexible, modulare und arbeitsplatznahe Ausbildungsangebote zu schaffen, damit Nostrifikationen rasch abgewickelt werden können. Derzeit wird, zumindest in Österreich, unabgestimmt und trägerindividuell Personal aus dem Ausland angeworben. Dies könnte zu Konkurrenzsituationen zwischen den anwerbenden Trä-

gern führen und den Mangel an Pflegepersonen in den Herkunftsländern verschärfen. Daher wäre die Einrichtung einer nationalen Agentur für „International Recruitment of Health Personnel“, die sich dem WHO-Code verpflichtet fühlt, eine Möglichkeit, Anwerbungen gerechter zu gestalten. Darüber hinaus sind die Möglichkeiten zur Unterstützung der Pflegekräfte aus dem Ausland vielfältig, das Spektrum reicht von Mentorinnen und Mentoren bis zum systematischen Einsatz von landesweit abgestimmten Einstiegsprogrammen und Deutschkursen. Ziel sollte sein, die Integration in das Berufs- und Sozialleben zu fördern sowie Hürden und Irrwege zu minimieren.

3.3 Herausforderung: Die Effizienz steigern

Maßnahmen, die die Effizienz in der Versorgung fördern, sind divers. Effizienz soll sich auf Organisationsstrukturen und -form fokussieren sowie auf Prozesse. Insbesondere Reibungsverluste an Systemübergängen oder auch in der interprofessionellen Arbeitsteilung stehen noch an der Tagesordnung. Daraus resultieren Mehraufwand und Belastungen für Beschäftigte sowie für Patientinnen und Patienten. Ziel sollte also eine Verbesserung der setting- bzw. trägerübergreifenden Kooperation, Koordination und Kommunikation sein. Das bedeutet neben einer funktionierenden integrierten Versorgung den systematischen Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien. Durch eine systematische Nutzung intelligenter Technologien sowie Informations- und Kommunikationstechnologien (u. a. ambient assisted living – AAL, Digitalisierung) können Prozesse beschleunigt und kann das Personal entlastet werden. Ineffizienzen entstehen auch durch Versorgungslücken, deren Ursachen vielfältig sind. Diese könnten zum Teil durch den Einsatz von advanced practice nurses (APN) gut gedeckt werden – APN sind Expertinnen und Experten für komplexe und schwierige Fälle. Pflegepersonen ohne Spezialkenntnisse profitieren von deren vertieftem und erweitertem Wissen und können sich so Erleichterung in ihrem Arbeitsalltag verschaffen. APN haben präsent, was in Forschung und Praxis State of the Art ist, und haben gelernt, dieses Wissen in die Praxis einzubringen, und können Versorgungslücken im medizinischen Bereich gut abdecken (Rappold und Pfabigan 2020).

4 Das Zusammenspiel mehrerer Ebenen: der Makro-Meso-Mikro-Link

Ausreichend Personal für alle Bereiche der Pflege zu gewinnen und zu halten, braucht das Zusammenspiel aller relevanten Ebenen: die Ebene des Bundes, der Länder (oder Kantone), der Gemeinden und Städte, der Sozialversicherungen – also die Makroebene –, aber auch die der Trägerorganisationen (Arbeitgeber), der Ausbildungseinrichtungen sowie der Interessenvertretungen – die Mesoebene – und vor allem jene der Pflegepersonen und Betroffenen – die Mikroebene selbst.

Erst durch eine abgestimmte Interaktion der drei Ebenen kann eine dynamische Gestaltung gelingen. Dazu braucht es insbesondere die Mikroebene – also die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen selbst. Während auf Makroebene die Verantwortung der Gesetzgebung und der Finanzierung angesiedelt ist, liegt der Schwerpunkt der arbeitsplatzbezogenen Rahmenbedingungen bei den Trägern (und Sozialpartnern) auf der Mesoebene. Auch Bildungseinrichtungen haben Gestaltungsmöglichkeiten, sie können Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass Lernende mehr Unterstützung erhalten, damit die Drop-out-Quoten gesenkt werden. Pflegepersonen selbst haben aber eine Aufgabe, die niemand anderer wahrnehmen kann: An ihnen ist es, zu vermitteln, dass, selbst wenn Digitalisierung oder Pflegeinformatik an Bedeutung gewinnen, die zentralen Aufgaben der Pflegeberufe, nämlich Integritätsstiftung, Beziehungsarbeit und Interaktion, durch Technologien nicht ersetzt werden können. Das Besondere am Pflegeberuf ist, dass Pflegepersonen Menschen helfen, das Leben trotz Erkrankung oder Beeinträchtigung zu bewältigen. Sie unterstützen Menschen darin, ihre körperliche Integrität zurückzugewinnen, helfen Betroffenen, Vertrautes oder Emotionen im Moment neu zu entdecken und sich selbst wahrzunehmen. Das gelingt, indem Pflegepersonen in der Situation kreativ sind, sinnlich begreifen, über erfahrungsgeleitetes Handeln verfügen und ganzheitlich verstehen und deuten können. Dazu müssen sie in der Lage sein, ein interaktiv-dialogisches Vorgehen und genuines Situationsverstehen mit hoher fachliche und sachlicher Kompetenz im Moment der Pflegehandlung zu realisieren (Pfabigan, Rappold, & Schrems, 2021). Das kann in der öffentlichen Wahrnehmung und Berichterstattung sowie in politischen Aushandlungsprozessen nur durch die öffentliche Präsenz von Pflegepersonen vermittelt werden. Eine wesentliche Aufgabe von Berufsangehörigen ist, ausgewogen über den beruflichen Alltag zu informieren, die guten und die

herausfordernden Aspekte. Weiters braucht es (pflege-)politisches Engagement; dies bedeutet, aktiv zu werden und zu wissen, an welchen Stellen mit welchen Argumenten die Anliegen des Berufs, der Patientinnen und Patienten vertreten werden müssen.

Es liegt an den Entscheidungsträgerinnen und -trägern, Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, aber Botschafter_innen der Pflege oder das Gesicht der Pflege sind die Berufsangehörigen selbst. Sie sind es, die der Öffentlichkeit zeigen, was Pflege ist und was sie nicht ist. Mit jeder Handlung, mit jedem Wort, mit jedem Satz. Pflegepersonen können gemeinsam mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen positive Öffentlichkeitsarbeit leisten. Pflegepersonen können die Vielfalt des Berufs vermitteln. Die Herausforderung liegt darin, diese Vielfalt für die Öffentlichkeitsarbeit oder die eigene Karriereentwicklung zu nutzen: Es gibt kaum einen Beruf, der Beschäftigungsmöglichkeiten im wahrsten Sinn des Wortes von der Wiege bis zur Bahre bietet. Nationale und internationale Karrieren sind in allen Fachbereichen, der Lehre und der Forschung möglich.

5 Schlussfolgerungen

Die Auswirkungen des demografischen Wandels sind angekommen: Die Babyboomergeneration geht in Pension - in allen Wirtschaftsbereichen -, gleichzeitig wird die Gruppe an Personen, die Pflege oder Betreuung benötigen, größer. Ein Fachkräftemangel ist somit überall spürbar, auch im Pflege- und Gesundheitswesen. Pflege bleibt in den nächsten Jahrzehnten eine wichtige Säule im Gesundheits- und Sozialwesen, die Zeichen, dass sich der Personalmangel verschärfen wird, sind jedoch vorhanden. Daher müssen Maßnahmen gesetzt werden, die an den beeinflussbaren Stellschrauben des Pflegenotstandes ansetzen: Das sind Personalbindung, die Gestaltung des Arbeitsumfelds, Empowerment des Personals und eine wertschätzende Kommunikation. Damit Maßnahmen der Personalanwerbung funktionieren, müssen das Schöne, das Vielfältige und die Wirksamkeit von Pflege aktiv kommuniziert werden. Stärker als bisher sind Maßnahmen im Rahmen der Effizienzsteigerung – integrierte Versorgung, technische Innovationen oder kompetenzorientierter Personaleinsatz zu berücksichtigen Darüber hinaus gilt es, Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention konsequent umzusetzen, sodass die gesunden Lebensjahre erhöht werden und Pflegebedürftigkeit hintangestellt wird.

6 Literatur

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C., Moreno-Casbas, T., Ball, J., Ausserhofer, D., & Sermeus, W. (2016). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care (Vol. 26).

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., & Heinen, M. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. BMJ quality & safety, 23(2), 135.

Benzinger, P., Kuru, S., Keilhauer, A., Hoch, J., Prestel, P., Bauer, J. M., & Wahl, H. W. (2021). Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner von Pflegeheimen sowie deren Angehörige – Ein systematisches Review. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 54(2), 141-145. doi: 10.1007/s00391-021-01859-x

BGW, B. f. G. u. W. (2020). Ein Heim, kein Zuhause? Altersbilder und Berufsprestige Altenpflege in Nachrichtenmedien und Social Media im Jahr 2019.

Buchan, J. C., Howard; Shaffer, Franklin A.;. (2022). Sustain and Retain in 2022 and Beyond. Philadelphia.

Bundesministerium für Arbeit, S., Gesundheit und Konsumentenschutz, (Ed.) (2019). Aktiv und gesund altern in Österreich, durchgeführt von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien: AutorInnen: Antony, Gabriele; Fried, Andrea; Habimana, Katharina; Ostermann, Herwig unter Mitar-

Autorin

MMag.ª Dr.ⁱⁿ Elisabeth Rappold

Studium der Soziologie und Pflegewissenschaft; Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin; Seit 2000 Mitarbeit an und Leitung von unterschiedlichen Forschungs- und Umsetzungsprojekten im Bereich des Gesundheits- und Pflegewesens wie beispielsweise Berufsentwicklung, Bedarfsprognosen, Pflegedokumentation, Praxisentwicklungsprojekte in der Akut- und Langzeitpflege sowie fachliche Beratung, Moderation und Lehrtätigkeit.
elisabeth.rappold@goeg.at

beit von Delcour, Jennifer; Engel, Bettina; Griebler, Robert . Online abrufbar unter: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:3d309dc8-ca07-464c-89c6-9ab81e675476/aktiv_und_gesund_altern_in_oesterreich_final.pdf.

Büscher, A., & Hasselhorn, H. M. (o.J.). Endbefragung für Personen, die vor einem Jahr eine Pflegeeinrichtung verlassen haben. Europäische NEXT-Studie 2002-2005 (pp. 23). Witten/Herdecke: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität.

Cartaxo, A., Eberl, I., & Mayer, H. (2022a). Die MISSCARE-Austria-Studie – Teil II. HeilberufeSCIENCE, 13(2), 43-60. doi: 10.1007/s16024-022-00389-9

Cartaxo, A., Eberl, I., & Mayer, H. (2022b). Die MISSCARE-Austria-Studie – Teil III. HeilberufeSCIENCE, 13(2), 61-78. doi: 10.1007/s16024-022-00390-2

Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection. American Journal of Infection Control, 40(6), 490.

Dornmayr, H. R., Marlis;. (2022). Unternehmensbefragung zum Fachkräftebedarf/-mangel - Fachkräfteradar 2022. Wien:

Eglau, K., Röthlin, F., & Schmidt, A. E. (2021). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung 2020 anhand ausgewählter Bereiche. Factsheet. Wien: Gesundheit Österreich

Gferer, A., & Radinger, O. (2021). Ausstieg oder Verbleib von diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen im Pflegeberuf in Österreich. Bedeutung für das Pflegemanagement im Krankenhaus. Österreichische Pflegezeitschrift, 74(2), 24.

GÖG, G. Ö. G. (2022). Arbeitsdefinition: Qualität professioneller Betreuung und Pflege. Pflegereporting. Gesundheit Österreich

Hasseler, M., & Hartleb, B. (2021). Stationäre Langzeitpflege unter COVID-19 Bedingungen – ein reflektiert-kritischer Blick auf die derzeitige Situation und zukünftige Entwicklungen. In M. Bonacker & G. Geiger (Eds.), Pflege in Zeiten der Pandemie: Wie sich Pflege durch Corona verändert hat (pp. 60). Opladen: Barbara Budrich.

Kickbusch, I. (2021). Health literacy—politically reloaded. Health Promotion International, 0, 1-4, doi: 10.1093/heapro/daab1121. doi: 10.1093/heapro/daab121

Krajic, K., Nowak, P., & Rappold, E. (2005). Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie

Krajic, K., Vyslouzil, M., & Nowak, P. (2003). Pflegenotstand in Österreich? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Wien: Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie

Kröll, W., Platzer, J., Ruckenbauer, H.-W., & Schaupp, W. (Eds.). (2020). Die Corona-Pandemie: Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise (1 ed. Vol. 10). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Lasater, K. B., Richards, M. R., Dandapani, N. B., Burns, L. R., & McHugh, M. D. (2019). Magnet hospital recognition in hospital systems over time. Health Care Manage Rev, 44(1), 19-29. doi: 10.1097/hmr.0000000000000167

Leichsenring, K., Schmidt, A. E., & Staflinger, H. (2021). Fractures in the Austrian Model of Long-Term Care: What are the Lessons from the First Wave of the COVID-19 Pandemic? Journal of Long Term Care, 33-42. doi: 10.31389/jltc.54

Lob-Hüdepohl, A. (2021). Gerechte Priorisierungen? Pflegeethische Aspekte der COVID-19-Maßnahmen für pflegebedürftige Personen. In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Eds.), Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen (pp. 21-31). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Pfabigan, D., & Rappold, E. (2021). Who cares? – Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. In G. Sailer (Ed.), Pflege im Fokus - Herausforderungen und Perspektiven - warum Applaus alleine nicht reicht (pp. 63). Berlin, Heidelberg: Springer.

Pfabigan, D., Rappold, E., & Schrems, B. (2021). Pflegeberufe: vielseitig, interessant und anspruchsvoll. In G. Sailer (Ed.), Pflege im Fokus - Herausforderungen und Perspektiven - warum Applaus alleine nicht reicht (pp. 33). Berlin, Heidelberg: Springer.

Rappold, E., & Juraszovich, B. (2019). Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Rappold, E., Pfabigan, D., & Brauneis, C. (2018). Fachkräftemangel in der Pflege: Mehr vom Gleichen wird nicht helfen. Pflege professionell(17/2018), 53.

Rappold, E. e. a. (2022). Community-Nursing-Pilotprojekt im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans 2020-2026. Case Management, 02/2022, 5.

Rojatz, D., Antosik, J., Ecker, S., Weitzer, J., Fenz, L., & Haas, S. (2022). Social Prescribing als zukunftsträchtiges Konzept für die österreichische Primärversorgung. Erste Umsetzungserfahrungen. Paper presented at the Primärversorgungskongress, Graz.

Rojatz, D., Holzweber, L., & Nowak, P. (2021). Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgungseinheit. Info-Mappe. Version 2.0. Wien: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen und Fonds Gesundes Österreich

Schipfer, R. K. (2020). Fokus Jugend 2020. Ein Überblick in Zahlen. Wien: Projekt: Familienforschung in Österreich, Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien

Statistik Austria. (2022). Arbeitsmarktstatistik - 3. Quartal 2022 Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung.

Straßmayr, C., Griebler, R., Dietscher, C., & Nowak, P. (2022). Von Daten zu Taten–Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Das Gesundheitswesen, 84(08/09), 876.

Tomblin Murphy, G., Birch, S., MacKenzie, A., Alder, R., Lethbridge, L., & Little, L. (2012). Eliminating the shortage of registered nurses in Canada: an exercise in applied needs-based planning. Health Policy, 105(2-3), 192-202. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.11.009

Trukeschitz, B., Hajji, A., Litschauer, J., Kieninger, J., & Linnosmaa, I. (2018). Wie wirken sich Pflegedienste auf die Lebensqualität aus. Trendreport, 1/2018, 17.

Weierstall-Pust, R., Schnell, T., Heßmann, P., Feld, M., Höfer, M., Plate, A., & Müller, M. J. (2022). Stressors related to the Covid-19 pandemic, climate change, and the Ukraine crisis, and their impact on stress symptoms in Germany: analysis of cross-sectional survey data. BMC Public Health, 22(1), 2233. doi: 10.1186/s12889-022-14682-9

White, E. M., Aiken, L. H., M., S. D., & McHugh, M. D. (2019). Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. Geriatric Nursing 41(2), 164. doi: doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.08.007

WHO Code. (2010). WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly. . WHA63.16. Retrieved 08. 03. 2012 from http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf

Wimmer, S. (2021). Lebensqualität – Was am Ende zählt. Ein Praxisbericht aus dem Bezirksalten- und Pflegeheim Sierning während der Covid-Pandemie. Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik- Imago Hominis, 28(2), 162-168.

Zander, B., Dobler, L., Bäumler, M., & Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pfl egeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pfl egestudie RN4Cast. Gesundheitswesen(76), 734. doi: http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1364016

CED-PatientInnen im akuten, stationären Setting - Was wünschen sie sich von den Pflegefachkräften?

Klinisch-stationäre Aufnahmen/ Einweisungen aufgrund akuter Symptome sind in der Regel zeitlich begrenzt und nicht mit wiederkehrenden Aufnahmen assoziiert. Anders verhält es sich bei chronischen Erkrankungen – bei chronischen (aus dem griechischen χρόνος chrónos ‚die Zeit') Erkrankungen handelt es sich um Krankheiten, die sich über einen längeren Zeitraum (mind. drei bis sechs Monate) erstrecken; meist jedoch lebenslänglich andauern. Zu chronischen Erkrankungen zählen z.B. Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED).

Aus der Studie „Gesundheitsorientierung und Informationsverhalten chronisch Kranker" der Stiftung Gesundheitswissen von 2022 geht hervor, dass 40 % der deutschen Bevölkerung eine oder mehrere chronische Erkrankungen aufweisen (vgl. S. 1).

Menschen mit chronischen Erkrankungen haben bedingt durch ihre Grunderkrankung(en) zwangläufig häufiger Kontakt mit dem Gesundheitssystem und in besonderer Weise mit dem klinisch-stationären Angebot. Es ergibt sich ein Kreislauf, den die genannte PatientInnengruppe nicht leicht verlassen kann und es stellt sich die Frage, wie der gesamte klinisch-stationäre Bereich sich verstärkt auf diese PatientInnengruppe und deren Anliegen sensibilisieren kann. Genau mit dieser Forschungsfrage setzten sich die AutorInnen im Rahmen einer Bachelorarbeit auseinander. Ziel war die Erarbeitung einer Empfehlung wie Pflegefachkräfte zu einer positiven Veränderung eines stationären Aufenthalts von chronischen kranken PatientInnen beitragen können. Hierfür wurden die Wünsche von Betroffenen gesammelt, analysiert und interpretiert. Konkret wurde in der Arbeit auf die Patientengruppe mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) eingegangen.

Theoretischer Hintergrund

Bei den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Englisch: inflammatory bowel disease, IBD) (CED) handelt es sich um eine autoimmun bedingte, entzündliche Veränderung der Darmwand. Die Ursache für diesen chronischen Prozess ist bis heute nicht bekannt. Von einer alleinigen Ursache für die Krankheitsentstehung wird jedoch eher nicht ausgegangen. Sturm (2023) schreibt von einem Zusammenspiel von „a) genetischer Veranlagung, b) umweltbedingten Risikofaktoren und c) individuelle[m] Lebenswandel" (S. 11) als mögliche Ursachen für die abnorme Immunreaktion, wodurch es zu den schubweise oder chronisch aktiv auftretenden entzündlichen Veränderungen der Darmwand kommt. Eindeutige Unterschiede zwischen den Hauptvertretern der CED - der Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn - finden sich auf histologischer und makroskopischer Ebene, sowie in ihrem jeweiligen Verteilungsmuster. Erhebliche Überschneidungen hingegen liegen in der Symptomatik und den extraintestinalen Begleiterkrankungen vor (vgl. Braun und Müller-Wieland 2018, S.551). Leitsymptome sind Bauchschmerzen, Diarrhö und Müdigkeit, oft in Zusammenhang mit einem Leistungsknick. Zusätzlich kommen bei beiden Erkrankungen in etwa 20% der Fälle extraintestinale Manifestationen hinzu; häufig an den Gelenken, den Augen oder auf der Haut. Beide Erkrankungen sind nicht heilbar, die medikamentöse Therapie hat sich in den letzten Jahren weiterentwickelt und verbessert. Entzündungshemmende Medikamente, Biologika (z.B. Azathioprin und insbesondere die TNF-Antikörper) und Glukokortikoide werden je nach Schwere und Verlauf der Krankheit meist über einen längeren Zeitraum verordnet. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt in der Therapie ist die interdisziplinäre Betreuung: psychologisch bzw. psychotherapeutisch und chirurgisch (vgl. Tilg und Zoller 2021, S.56ff.).

In der Fachliteratur finden sich unterschiedliche Zahlen und Aussagen zu Prävalenz und Inzidenz von CED-PatientInnen in Deutschland. Die Zahlen schwanken zwischen 320.000 und 400.000 (u.a. Plachta-Danielzik et al. 2018, S.17; Mathey et al. 2021, S. 1269; BMBF 2019, Forschung).

2016 wurden deutschlandweit circa 110.000 PatientInnen mit der Hauptdiagnose CED im Krankenhaus stationär behandelt (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 31). Das bedeutet, dass in dem Jahr etwa jede/r dritte Betroffene mindestens einmal pro Jahr stationär behandelt werden musste. Die Anzahl der stationären Aufenthalte, bei denen eine CED als Nebendiagnose bestand, ist nicht bekannt und damit eine Dunkelziffer. So das davon ausgegangen werden kann, dass der Anteil der stationär behandelten CED-PatientInnen höher liegt.

Schrober stellt 2021 fest, dass subjektiv betrachtet PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung im Setting eines akut stationären Aufenthalts zu kurz kommen. Chronisch kranke Menschen haben das Gefühl, dass die Chronifizierung zu wenig ernstgenommen wird und Pflegefachkräfte ihnen mit mangelndem Verständnis begegnen. So wird z.B. berichtet, dass chronisch kranke Menschen durch Pflegefachkräfte vorschnell als psychisch auffällig charakterisiert/ abgestempelt werden. Die chronische Symptomlast wird selten berücksichtigt. Dies kann bei den Betroffenen zu Unzufriedenheit, Frustration, Ärger, Vertrauensverlust bis hin zu körperlichen Schäden führen. Objektiv kann seitens der epidemiologischen Datenlage, wie bereits beschrieben, eine steigende Relevanz wahrgenommen werden. So stellt Schober fest, dass PatientInnen mit chronischen Erkrankungen im Krankenhaus nicht die Zuwendung erhalten, die sie benötigen, um angemessen regenerieren zu können. Der Expertenstandard zu chronischen Schmerzen zeige ferner, dass Menschen mit chronischem Leiden besondere Aufmerksamkeit brauchen. Die Aufgaben für Pflegefachkräfte werden immer vielfältiger und gerade bei chronischen Erkrankungen sei eine individuelle Pflege notwendig. PatientInnen als anonymen Krankheitsfall zu betrachten, spreche in jeglicher Weise gegen eine gute Pflege (vgl. Schober 2021, S.14).

Eine enge Zusammenarbeit mit den PatientInnen ist für eine gelingende Pflege wesentlich. Das Menschenbild in der Pflege wird von dem Begriff der „Ganzheitlichkeit“, d.h. den Menschen als Ganzes mit seinen physischen, psychischen und sozialen Zusammenhängen wahrzunehmen, geprägt. Auch wenn dessen absoluter Anspruch in der Praxis nur bedingt realisierbar ist, ist es die Aufgabe der Pflege (entsprechend der gegebenen Möglichkeiten), alle gesundheitsfördernden Kräfte und Ressourcen der PatientIn zu identifizieren und zu aktivieren, bestehende Krankheiten zu beachten und sie in der Situation, in der sie sich befindet, zu behandeln und sehen (vgl. Heiligmann et al. 2019, S. 47 ff.).

Die spezielle Zuwendung zu jedem/r PatientIn sollte sich darin spiegeln, dass der/die PatientIn trotz Beeinträchtigung durch ihre Erkrankung zum Zeitpunkt der Entlassung über eine größtmögliche Autonomie und Lebensqualität für den Alltag verfügt (vgl. Schober 2021, S. 14).

Pflegekräfte verbringen viel Zeit mit den PatientInnen - sie sind die ersten AnsprechpartnerInnen für Ängste, Bedürfnisse und Sorgen und greifen, bedingt durch pflegerische Tätigkeiten, oftmals in die Intimsphäre ein. Basierend auf den unterschiedlichsten Bedürfnissen der PatientInnen und dem Handeln der Pflegekraft, begegnend auf einer sensiblen Ebene, können letztlich auch Konflikte entstehen. Dies kann unter Umständen einen relevanten Einfluss auf die Lebensqualität der PatientInnen haben. „Also eine positive Veränderung wäre auf den Patienten einzugehen // I: hm (bejahend) / zu versuchen mehr auf den Patienten einzugehen und das halt auch bisschen individuell anzupassen auf jeden Fall.“ (I5 / Z 160-162)

Pflegerisches Handeln ist ethisch begründetes Handeln. Der Ethikkodex der ICN und die Pflegecharta, angelehnt an die Grundrechte des Grundgesetzbuches und den Gesetzen des Sozialrechts. (Vgl. Heiligmann 2019, S. 313 f.) zeigen die wesentlichen Rahmenbedingungen hierzu auf. Sie bieten wichtige Orientierungspunkte für die Pflegepraxis, die auf dem Schutz der Menschenwürde und den Grundrechten basieren.

Eine zusammenfassende, wissenschaftliche Empfehlung für den pflegerischen Umgang mit CED-PatientInnen – z.B. im Rahmen eines Expertenstandards oder einer Leitlinie – konnte über eine im ersten Quartal 2023 durchgeführte Literaturrecherche nicht identifiziert werden. Bestehende Handlungsempfehlungen und Standards zur medizinischen und pflegerischen Versorgung von CED-PatientInnen geben keine Auskünfte, inwieweit die Anliegen der Betroffenen erhoben bzw. berücksichtigt wurden. Die Anliegen der CED-PatientInnen zu kennen hat eine hohe Priorität, da Pflege nicht unabhängig von den Bedürfnissen der Betroffenen gestaltet werden kann.

Neben den klinischen Beschwerden (wie z.B. abdominelle Beschwerden, Diarrhö, blutiger Stuhlgang, Fatigue, Müdigkeit und Gewichtsverlust) stellen invasive oder auch operative Eingriffe für die PatientInnen belastende Situationen dar. Aber auch die psychischen/ psychosozialen Stressfaktoren (wie z.B. ungewohnte Umgebung im Krankenhaus, Belastung durch Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Ängste, Depression, Verzweiflung) seien laut Sturm (2023) nicht zu unterschätzen. In diesen belastenden Situationen sei es umso wichtiger, die PatientInnen zu unterstützen und mit ihnen eine therapeutische Beziehung aufzubauen, in der sie sich öffnen und ihrer Angst, Enttäu-

schung, Einsamkeit oder gar ihrem Kontrollverlust Raum geben können. Eine entsprechend patientenzentrierte Pflege wäre wünschenswert, wenngleich der enorme Zeitdruck der Pflegefachkräfte auf den ersten Blick ein Hindernis darstellen mag. (vgl. Sturm 2023, S. 229 f.) Die AutorInnen haben sich daher die Fragen gestellt:

‚Was würden sich erwachsene Menschen mit CED bei einem stationären Aufenthalt von Pflegefachkräften wünschen?' und ‚Welche Empfehlungen für ein gutes pflegerisches Setting lassen sich daraus ableiten?'

Methodik

Nach einer, im ersten Quartal 2023, durchgeführten Literaturrecherche in ausgewiesenen Fachdatenbanken, konnten keine ausgewiesenen Wissensbestände zur Beantwortung der gesetzten Fragestellungen gefunden werden, so dass sich eine empirische Herangehensweise und ein qualitatives Studiendesign ergab. Hierbei wurde der Blick auf die inneren Mechanismen und Phänomene der Befragten gerichtet. Dieses Vorgehen versprach, unerwartete und neue Zusammenhänge zu identifizieren und folglich ein offeneres Ergebnis im Gegensatz zu einer hypothesen- prüfenden quantitativen Forschung zu liefern (vgl. Vogt und Werner 2014, S.5 f.). Um die individuellen Erfahrung der PatientInnen bestmöglich erfassen und verstehen zu können, wurden ExpertInneninterviews durchgeführt – denn eine erarbeitete individuelle Erfahrung lässt sich nicht durch eine durch Dritte gewonnene externe Evidenz ersetzen (vgl. Behrens und Langer 2016, S.137), In Anlehnung an dieses methodische Vorgehen wurde die Forschungsfrage bewusst sehr allgemein gehalten. Die Frage nach den „Wünschen" der PatientInnen sollte einen weiten Raum für die individuellen Perspektiven schaffen. Die individuellen Erfahrungen - und somit der Kern der Methodik - wurden mittels leitfadengestützter Interviews erhoben. Die Interviews wurden transkribiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Für die Teilnahme an der Studie gab es drei Eignungskriterien: die TeilnehmerInnen sollten erwachsen (> 18 Jahre) und an einer CED erkrankt sein. Zudem mussten sie in den letzten fünf Jahren (ab 01.01.2018) mindestens einen Klinikaufenthalt gehabt haben. Die zeitliche Einschränkung auf 5 Jahre wurde gewählt, um eine möglichst genaue Erinnerung an den stationären Aufenthalt und somit eine exaktere Aussage der TeilnehmerInnen zu erhalten/ gewährleisten. Aber auch die sozialen und strukturellen Umbrüche der letzten Jahre, wie z.B. die COVID-19-Pandemie, sollten berücksichtigt werden.

Ergebnisse

Die Inhaltsanalyse ergab insgesamt neun Oberkategorien, welche unterschiedlich oft von den InterviewpartnerInnen (n = 9) genannt wurden. Je mehr Aussagen einer Kategorie gefunden wurden, desto relevanter der Punkt. Die daraus entstandene Häufigkeitsverteilung der Oberkategorien ist in Abb. 1 abgebildet.

Der Wunsch nach Professionalität (n = 38) lässt sich, als ein Wunsch nach gut ausgebildeten Pflegefachkräften zusammenfassen, was die Relevanz der 3-jährigen Ausbildung zeigt. Es ist wichtig, sicherzustellen, dass bereits Auszubildende Gelegenheiten haben, die notwendigen Handlungskompetenzen einzuüben, zu vertiefen und erforderliche praktische Fertigkeiten zu entwickeln, ehe sie selbstständig und eigenverantwortlich für PatientInnen Verantwortung übernehmen/ zuständig sind. „Ich find es so wichtig, dass du dort Leute hast, die gut ausgebildet sind." (I6 / Z203-204) Berufliche Handlungskompetenzen

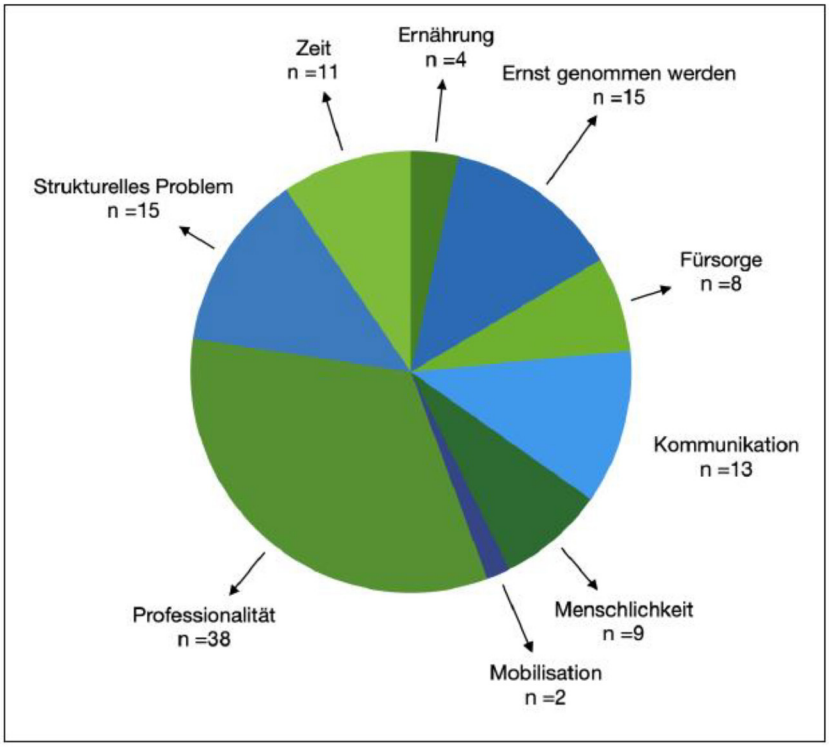


Abbildung 1: Grafische Darstellung der Ergebnisse; Quelle: eigene Darstellung 2023

ermöglichen es Pflegefachkräften die Aufgaben und Herausforderungen des Pflegealltags zu bewältigen (vgl. Heiligmann et al. 2019, S. 26 f.). Es ist nicht überraschend, dass es so viele Äußerungen zu Professionalität gab, welche den Wunsch nach guter Pflege deutlich machen. Denn Pflegehandlungen erfolgen auf der Basis einer nahen zwischenmenschlichen Beziehung zwischen PatientInnen und Pflegefachkräften. Der Wunsch der PatientInnen sich auf sein/ ihr Gegenüber verlassen zu können und ihm/ ihr zu vertrauen ist in dem, oftmals natürlichen Gefälle zwischen InformationsgeberIn und Informationssuchender/dem, allgemeinverständlich. Ein Wunsch, sich auf die Person gegenüber verlassen zu können, was sich z.B. hinsichtlich der Umsetzung und Durchführung der Medikamentengabe zeigt. Um dabei Professionalität herzustellen und zu bewahren, sollten Pflegende die 10 R-Regel beachten (vgl. Schmid 2020, S. 9). Sie besagt: »der richtige Patient sollte zur richtigen Zeit das richtige Arzneimittel in der richtigen Arzneiform und in der richtigen Dosierung erhalten. Zudem ist die Verabreichung richtig zu dokumentieren.« (ebd., S. 9).

Die Bedeutung der intensiven Erhebung des individuellen Patientenstatus zu Beginn des Pflegeprozesses kann nicht genug betont werden, da sie die Grundlage für eine fachlich korrekte und effektive Pflege bildet. Durch verschiedene Assessmentinstrumente und intensive Gespräche mit PatientInnen werden wichtige Informationen erfasst, die bei der Planung und Durchführung der pflegerischen Handlungen wesentlich sind. Zum Beispiel werden Informationen über mögliche Allergien und Unverträglichkeiten erfasst, die sich negativ auf den Behandlungsverlauf auswirken können. Ebenso kann das Verständnis für die individuellen Bedürfnisse und Vorlieben des/der PatientIn verbessert werden. Das Eingangs-Assessment ist ein entscheidender Schritt im Pflegeprozess, der eine solide Grundlage für die Planung und Durchführung der Pflegeleistungen legt. Es ermöglicht dem Pflegepersonal, fundierte Entscheidungen zu treffen, die auf den individuellen Bedürfnissen der PatientIn basieren, und somit eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Wichtig ist hierbei jedoch auch, dass Assessmentinstrumente entsprechend der Aufenthaltsdauer der PatientInnen ggf. wiederholt werden müssen, um auf entsprechende Veränderungen zeitnah reagieren zu können.

Ein weiterer Punkt ist „ernst genommen zu werden“ (n = 15). Wenn PatientInnen auf Hilfe angewiesen sind, möchten sie als Individuen wahrgenommen und verstanden werden, insbesondere in Bezug auf ihre emotionalen Reaktionen. Befragte berichten unter anderen in Schmerzbelangen nicht ernst genommen zu werden oder davon, sich für ihre chronische Erkrankung rechtfertigen zu müssen.

Des Weiteren wurde der Wunsch nach einer klaren und effektiven Kommunikation (n = 13) in der Pflege, insbesondere hinsichtlich der Angabe von anstehenden Tätigkeiten und Wartezeiten geäußert. Zudem entspricht die aktive Einbindung der PatientInnen in den Pflegeprozess und die klare Kommunikation darüber, entspricht einem wichtigen Bedarf in der Pflegepraxis.

Die Zeit (n = 11) ist ein begrenztes Gut in der Pflege, und oft gibt es nicht genug Zeit, um alle notwendigen Aufgaben und Bedürfnisse der PatientInnen zu erfüllen: „dass man auch Zeit für denjenigen hat und dass die Patienten nicht wie Fließbandarbeit sind, das fände ich schon wichtig.“ (I6 / Z 207-209) Dies kann zu unzureichender Pflege führen und die Gesundheit der PatientInnen beeinträchtigen. Hinter dem wachsenden Zeitdruck, mit der die Pflege konfrontiert wird, sind sicherlich in besonderer Weise die Auswirkungen der Corona-Pandemie erkenntlich. Der Personalmangel, die wahrgenommene mangelnde Pflege und Unterstützung der PatientInnen vor Ort bringt nicht nur PatientInnen an einen Punkt der unzureichenden Pflege, sondern bedeutet für die Pflegefachkräfte eine enorme Belastung.

Interne und externe strukturelle Probleme (n = 15) in der Pflege beziehen sich auf systemische Probleme wie unzureichende Ressourcen, schlechte Arbeitsbedingungen, schlechte Bezahlung und einen Mangel an Fachkräften. So sagte eine Interviewpartnerin: „Ich wünsche mir einfach, dass mehr Personal da ist, weil man merkt einfach den Unterschied. Man merkt ihn.“ (I4 /186-187) Diese Probleme können dazu führen, dass Pflegekräfte überlastet, unzureichend geschult sind oder nicht genug Zeit haben, um ihre Aufgaben ordnungsgemäß auszuführen. Dies kann sich negativ auf die Qualität der Pflege und das Wohlbefinden der PatientInnen auswirken. Die Verantwortung für diese Probleme liegt bei verschiedenen AkteurInnen in der Pflegebranche, einschließlich Regierungen, Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen und ArbeitgeberInnen. Es ist wichtig, dass alle Beteiligten zusammenarbeiten,

um diese Probleme anzugehen und sicherzustellen, dass die Pflegekräfte genügend Zeit und Ressourcen haben, um ihre Arbeit effektiv auszuführen und die bestmögliche Pflege für die PatientInnen zu gewährleisten. Pflegearbeit erfordert oft ein hohes Maß an Wissen und Fähigkeiten, um individuelle Bedürfnisse von PatientInnen zu erfüllen. Es gibt keine standardisierte Prozedur, da jede/r PatientIn einzigartige Bedürfnisse h, so dass die Arbeit auch ein hohes Maß an Empathie und zwischenmenschlicher Kommunikation erfordert.

Die interviewten Personen berichteten davon, dass es ihnen leichter fallen würde pflegen zu lassen, wenn ihnen die Pflegefachkraft sympathisch, nett und menschlich gegenübertritt. Gegenseitiger Respekt, Menschlichkeit (n = 9) und Achtung in der alltäglichen Begegnung sind wichtige Aspekte. Obwohl dies für und in der Pflege selbstverständlich sein sollte, scheinen diese Aspekte teilweise nicht mehr wahrnehmbar zu sein.

Der Aspekte der Fürsorge (n = 8), welcher Schnittpunkte mit der Professionalität und Menschlichkeit hat, hat ebenfalls eine große Bedeutung für die befragten Personen im pflegerischen Kontext. Hier wurde u.a. genannt, dass ein Da- und erlebtes Beisammensein sowie Zuwendung im Pflegealltag oft gefehlt hätten.

Da CED den Verdauungstrakt beeinträchtigt und Symptome wie Übelkeit und Erbrechen PatientInnen begleiten, ist eine individuelle angepasste Ernährung (n = 4) wichtig. Auch dies sollte auf den entsprechenden Stationen bekannt sein und geachtet werden; einige der interviewten Personen haben jedoch andere Erfahrungen gemacht. Wobei im Bereich ‚Ernährung' sowohl positiv als auch negativ berichtet wurde. Die geäußerte Kritik (negative Erfahrungen) betraf einerseits das individuelle Verhalten der Pflegekräfte (wie z.B. die fehlende Berücksichtigung von Wünschen der PatientInnen bei der Ernährungszusammenstellung) sowie eine allgemeine Systemkritik, dass sowohl Krankenhäuser und Krankenkassen an einer ‚guten Ernährung' sparen würden. Eine Interviewpartnerin berichtete positiv von einem Krankenhausaufenthalt, wo sie auf einer Station untergebracht war, die speziell auf CED geschult war: „genau ähm tatsächlich muss ich sagen, die sind drauf eingegangen. Der eine Pfleger hat mir dann noch Zwieback gemacht. Hat gemeint, ja hey wenn es gar nicht geht, haben sie hier ein bisschen Zwieback." (I5 / Z 43-47)

Es ist den Befragten positiv in Erinnerung geblieben, dass sie in ihrer Mobilisierung (n = 2) von den Pflegekräften unterstützt wurden, als sie während des Aufenthalts im Krankenhaus stark abgebaut hatten.

Diskussion und Relevanz der Ergebnisse für die Pflege

Die Ergebnisse zeigen, dass erwachsene Menschen mit CED sich während ihres stationären Aufenthalts in erster Linie Professionalität seitens der Pflegefachkräfte wünschen. Dabei werden besonders die Fachkompetenz als Verknüpfung von theoretischem und praktischem Wissen und die Sozialkompetenz, die es ermöglicht, soziale Beziehungen zu leben und zu gestalten von den Befragten benannt. Von zusätzlicher Bedeutung ist eine methodische – eine organisatorische Kompetenz, die das Zusammenspiel im Team auf Station ermöglicht und die Arbeitsabläufe effektiv zum Wohle der PatientInnen koordiniert. Dies soll eine auf die PatientInnen abgestimmte hochwertige qualitative als auch personbezogene Pflege ermöglichen. Mit der persönlichen Kompetenz ist der Umgang seelischer Belastungen und sensiblen Themen sowie eine gewisse Lernbereitschaft gemeint. Nicht zu unterschätzen ist allerdings auch die Empathiefähigkeit, welche Voraussetzung dafür ist, den PatientInnen zu zuhören, ihre Bedürfnisse wahr- und ernst zu nehmen und dadurch eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen zu können. Eine wichtige Komponente der Beziehungsgestaltung zwischen PatientIn und Pflegefachkraft ist eine interessierte, wertschätzende und aufrichtige Kommunikation. Es besteht der Wunsch an die Pflegefachkraft, nicht einfach unangenehme Dinge zu verschweigen, sondern offen mit den PatientInnen zu kommunizieren. Sei es während der Pflege, beim Umgang mit einem Stoma oder wenn seitens der Pflege ein Fehler unterlaufen ist, sich dafür zu entschuldigen. Aber auch das unwissende warten lassen: „also insgesamt dieses Warten zu lassen und gar nicht irgendwie ja wie gesagt ich mein man hätte ja sagen können wir bringen irgendwas, oder helfen irgendwie mit." (I6 / Z 190-192) Zugleich die aktive Einbindung der PatientInnen in den Pflegeprozess herzustellen. Dazu zählt auch die Fähigkeit, als Pflegefachkraft das eigene Handeln zu reflektieren und sich gegenüber den PatientInnen zu entschuldigen, sollte ein Missverständnis oder Fehler passiert sein. PatientInnen legen Wert auf die Berücksichtigung biographischer Hintergründe und das Einbeziehen von Erfahrungen

der jeweiligen PatientInnen seitens der Pflegefachkräfte. Pflege kann nicht unabhängig von den Bedürfnissen der Betroffenen gestaltet werden, denn die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Pflegefachkraft und PatientIn macht Pflege aus. Hierfür ist die intensiven Erhebung des individuellen PatientInnenstatus zu Beginn des Pflegeprozesses ein wichtiger Teil, um adäquate Entscheidungen in pflegerischen Handlungen treffen zu können. Wichtig ist hierbei auch, Assessmentinstrumente regelmäßig zu wiederholen, um auf sich verändernde Bedarfe und Bedürfnisse bei den PatientInnen zeitnah reagieren zu können.

Ob diese Visionen - die bestmögliche Pflegeleistung zu gewährleisten - in der Praxis umzusetzen sind, bleibt abzuwarten. Gewiss kann eine an dem/an der PatientIn orientierte Pflege nur mit genügend Zeit, ausreichenden Ressourcen und hoher Professionalität bestmöglich gewährleistet werden. Den Pflegefachkräften muss es auch strukturelle ermöglicht werden, sich den Wünsche der PatientInnen anzunehmen. Im Zusammenhang mit Menschen mit einer CED verdeutlichen die Ergebnisse, dass sie individuelle Bedürfnisse und Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Pflege im stationären Setting haben. Diese sollten bei der Gestaltung der stationären Pflegeprozesse noch stärker Berücksichtigung finden.

Literaturverzeichnis:

Braun, Jörg und Müller-Wieland, Dirk (2018). Basislehrbuch. Innere Medizin. 6. Auflage. München: Elsevier.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2019). Forschung. Entzündliche Darmerkrankungen – bessere, personalisierte Behandlung dank Datenanalyse. Verfügbar über: https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/kurzmeldungen/de/entzuendliche-darmerkrankungen.html (Letzter Zugriff: 24.07.2023).

Heiligmann, Sandra; Herbers, Tobias; Klimek, Margarete; Lauber; Annette; Ludwig, Jennifer; Schleyer, Daniela (2019) I care - PflegeExamen KOMPAKT. 1.Nachdruck. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

King, Dominic; Reulen, Raoul; Thomas, Tom; Chandan, Joht; Subramanian, Anuradhaa; Gokhale, Krishna; Thayakaran, Rasiah; Bhala, Neeraj; Niranthakumar, Krishnarajah; Adderley, Nicola und Trudgill, Nigel (2020) Incidence and Prevalence of Inflammatory Bowel Disease in the UK between 2000 and 2016 and Associated Mortality and subsequent risk of Colorectal Cancer. United European Gastroenterology Journal Volume 7 Issue 8 (Supplement), October 2019. Verfügbar über: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apt.15701 (Letzter Zugriff: 16.08.2023)

Manthey, Carolin, F.; Reher, Dominik und Huber, Samuel (2021). Was ist gesichert in der Therapie chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen. In: Haller, Hermann (Redaktion. Internist 2021 (62). S. 1269 – 1279. Verfügbar über: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8561375/pdf/108_2021_Article_1207.pdf (Letzer Zugriff: 24.07.2023).

Plachta-Danielzik, Sandra, Enderle, Janna, Tempel, Marie and Lieb, Wolfgang (2018) „2. Epidemiologie der CED“. Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen. Berlin, Boston: De Gruyter. Verfügbar über: https://www.degruyter.com/document/doi/ 10.1515/9783110492682-003/pdf (letzter Zugriff: 17.01.2023)

Schmid, Beat (2020) Arzneimittellehre für Pflegeberufe. 11., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart.

Schober, Theresia (2021) Eine wachsende Herausforderung. ProCare, Vol. 26, No. 10. Springer Science and Business Media LLC. Verfügbar über: https://link.

Autorin

Luitgard Hageböck BSc
B.Sc. Pflege, Gesundheits- und Krankenpflegerin, stellvertretende Stationsleitung einer kinderonkologischen Station
l.h@geboeck.de

Autor

Prof. Dr. (phil.) Markus Witzmann, MA, MSM, MA
Professor für Pflegewissenschaft/ Hochschule München

springer.com/content/pdf/10.1007/s00735-021-1419-1.pdf?pdf=buttonsticky (Letzter Zugriff: 05.12.2022)

Stiftung Gesundheitswesen (2022) Immer mehr Menschen mit chronischen Erkrankungen über Jahrzehnte beeinträchtigt. Bedarf an verlässlichen Gesundheitsinformationen steigt. Verfügbar über: https://www.- stiftung-gesundheitswissen.de/presse/immer-mehr-menschen-mit-chronischen-erkrankungen-ueber-jahrzehnte-beeintraechtigt (Letzter Zugriff: 17.01.2023)

Sturm, Andreas (2023) Pflege bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Für die CED Weiterbildung und Praxis. Berlin: Springer Verlag.

Tilg, Herbert und Zoller, Heinz (2021) Gastroenterologie. BASIC. 2.Auflage. München: Elsevier GmbH.

Vogt, Stefanie und Werner, Melanie (2014) Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse. Skript. Fachhochschule Köln. Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften. Verfügbar über: https:// www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf (Letzter Zugriff: 06.02.2023)

Alexandra Gferer

Pflegepersonal erfolgreich binden

Handlungsfelder und Lösungsansätze für das Pflegemanagement

facultas 2023
162 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 34,70 UVP
ISBN 978-3-7089-2369-7
E-ISBN 978-3-99111-774-2

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Berufsstolz-Preis Pflege 2023

Am 30.11.23 werden auf dem Interdisziplinären WundCongress in Köln erstmalig 5 Preise (á 600 Euro) für gute Projekte vergeben. Preisstifter sind Prof. Dr. V. Großkopf, Dr. G. Quernheim und Prof. Dr. A. Zegelin – alle sind erfreut über die 18 Einsendungen. Die ursprüngliche Idee nur drei Preise vorzusehen, wurde nun auf fünf BewerberInnen verteilt, zusätzlich gibt es einen Büchergutschein vom Hogrefe-Verlag. Die Aktivitäten gehen zurück auf das Berufsstolz-Buch von Quernheim und Zegelin.

Die fünf PreisträgerInnen sind:

Lisa Adlhoch, Amberg, „Mentoren für Pflege“, Bayer. Landesamt für Pflege, Konzipierung eines halbtägigen, interaktiven Workshops für PraxisanleiterInnen, 15-mal durchgeführt, Inhalte u.a. aus Berufsstolz-Buch: professionelle Pflege, worauf bin ich stolz, wie zeige ich das, Ausbildungsabbrüche sollen reduziert werden.

Christa Grosz, Österreich, „Berufsstolz in der Pflege“, Landesklinik Wiener Neustadt, Titel: Kunst des Wertseins und zufriedenen Arbeitslebens in der Pflege, Hilfe durch Theaterpädagogik, fünf halbtägige Workshops und persönliches Online-Coaching, zunächst 17 TeilnehmerInnen als BotschafterInnen ausgebildet

Gabi Schmid, Schweiz, Kantonsspital Aarau, „Kommunikation und Berufsstolz“, Projekt der Pflegeentwicklung, über sechs Monate eine Station der Frauenklinik begleitet, schriftliche Selbsteinschätzung, Praxisbegleitung, moderierte Fallbesprechungen

Lena-Sophie Goßen, Warendorf, „Stolz wie ein Baum“, AP Pflegedienste, 20 Einrichtungen (amb. bis vollstationär), Fortbildung in „elegantem“ Rahmen, Fragebogen, Arbeit an den „Stellschrauben“: Identität und Selbstwert, Wahl des Baumes als starkes Symbol

Angela Bernecker, Wuppertal, Helios-Klinikum „Berufsstolz – Proud to be an Nurse“, Seminartage in Aus- und Fortbildung, zunächst mit 12 Freiwilligen, dann Integration in bestehende WTB-Kurse, zuerst Skalierung und dann eine Vielzahl guter inhaltlicher Ideen, Vorbilder, Hemmnisse u.ä.

Die Inhalte sind mit tollen Ideen und völlig verschieden umgesetzt worden.

Alle Preisträgerinnen sind außerdem gebeten worden, in ihrem Umfeld zu werben und eine Kurzbeschreibung für die Zeitschrift Rechtsdepesche (www.rechtsdepesche.de) im Jahr 2024 zu schreiben.

Insgesamt zeigt sich, dass dieses Thema auf große Resonanz trifft, zahlreiche Vorträge und Seminare wurden gehalten. 2025 geht das Buch in die 3. Auflage, dann wird auch wieder ein Stolzpreis ausgelobt. Die Pflegeberufe haben es verdient!

(C)Rido

Transitional Care – ein Pflegethema

Unser Leben ist von Veränderungen geprägt, manche durchlaufen wir im Rahmen der Entwicklung wie von selbst und wiederum können uns andere, insbesondere wenn sie unerwartet kommen, vor große Herausforderungen stellen. Der gemeinsame Nenner all dieser Transitionen ist die Sammlung von Erfahrungen, die sich positiv oder hinderlich auf unseren weiteren Lebensprozess auswirken, zumal gelungene Übergänge zur Stärkung unserer Bewältigungskompetenzen beitragen und als nützliche Ressourcen für zukünftige Anforderungen dienen. Demzufolge durchlaufen Menschen nicht nur Übergangssituationen in Verbindung mit den Phasen der Entwicklung und Reifung, sondern auch Prozesse aufgrund von Schicksalsschlägen, Krankheiten oder sonstigen Auslösern, die ursächlich nicht beeinflussbar sind und dennoch eine positive Kontrollierbarkeit im Verlauf bedingen. Vorrangig wird die Begleitung von Übergängen, die mit Gesundheit und Krankheit sowie veränderten Lebenssituationen in Verbindung stehen zum Pflegethema, wenn dafür notwendige Anforderungen, die aktuell verfügbaren Bewältigungsstrategien übersteigen und die Betroffenen dadurch negativen Konsequenzen ausgesetzt sind.

Begriffsklärung Übergangspflege

Die Übergangspflege, gleichbedeutend zum englischen Begriff „Transitional Care“, ist eine professionelle pflegerische Begleitung für Menschen, die von einem risikobelasteten Übergang betroffen sind. Entwicklungsgeschichtlich gehen der Begriff und das Konzept der Übergangspflege in Österreich auf Prof. Erwin Böhm zurück, der bereits in den 1970er Jahren, die damals überwiegend defizit- und biomedizinisch orientierte Pflege mit dem Paradigma der Ressourcenorientierung konfrontierte. Mit dem Ausspruch: „pflegen mit den Händen in der Hosentasche“ hat er sein Psychobiografisches Pflegemodell nachhaltig geprägt (Böhm, 1992; 2004; 2009). Die Übergangspflege in Salzburg gründet auf diesem Wissen und wurde in den 1990er Jahren im Universitätsklinikum Salzburg durch Klaus G. Kessler institutionalisiert (Kessler, 2008). In einem jahrelangen Diskurs mit den Grenzen einer nach wie vor medizinisch dominierten Pflege, den Möglichkeiten eines ressourcenorientierten Paradigmas sowie Theorien der Selbstbestimmung und aus dem Selbstkonzept, konnte sich das ursprüngliche Modell zu einem methodisch- und theoretisch fundierten Prozess weiterentwickeln. Jedoch immer in Hinblick darauf, den philosophischen Hintergrund, der die Hilfe zur Selbsthilfe und den Respekt vor gelebten Leben bedingt, nicht aus dem Fokus zu verlieren.

Der Begriff der Übergangspflege ist nicht geschützt. Dies ist auch der Grund, warum sich unter diesem Namen unterschiedliche Betreuungsansätze und Einrichtungen entwickelt haben, die sich erst in der näheren Auseinandersetzung erschließen. Wie zum Beispiel eine vorübergehende Aufnahme von Menschen in ein

Pflegewohnhaus, die nach einem Krankenhaus noch nicht nach Hause entlassbar sind. Das Ziel ist jedoch dasselbe, die Menschen sollen durch die dort angebotenen Leistungen wieder befähigt werden, ins häusliche Umfeld zurückzukehren. Für die Übergangspflege, so wie sie in Salzburg institutionalisiert und hier beschrieben ist, wurde von der Autorin folgende Definition festgelegt:

Es handelt sich um einen theoriebasierten und methodischen Ansatz für die Begleitung von stationär aufgenommenen Menschen, bei den Übergängen vom Krankenhaus nach Hause, durch speziell dafür ausgebildete Pflegepersonen. Das Ziel ist eine gelingende Lebensbewältigung, weitgehend selbstständig bzw. unter Einbezug von Hilfen. Ein erfolgreicher Übergang endet mit einem stabilisierten Zustand zu Hause. Die Interventionen sind theoriegeleitet und entstammen der Hilfe zur Selbsthilfe unter Berücksichtigung der Lebenswelt und Einbeziehung des sozialen Umfeldes. (Bernhard-Kessler, 2023, S. 22)

Parallelen zum beschriebenen Tätigkeitsfeld der Übergangspflege finden sich im Vergleich mit anderen Ländern. Gibt man in wissenschaftliche Suchmaschinen und Datenbanken den Begriff „Transitional Care“ ein, ergeben sich eine Vielzahl von Treffern. Häufig handelt es sich dabei um Literaturstudien zur Auffindung und Vergleich der verschiedenen Modelle für den Übergang. Besondere Aufmerksamkeit für die Übergangspflege nimmt das evidenzbasierte „Transitional Care Modell“ (TCM) ein, das unter einem multidisziplinären Team, voran Dr. Mary Naylor, vor über 20 Jahren an der „University of Pennsylvania“ entwickelt und in Folge durch mehrere randomisierte kontrollierte Studien (RCT`s) überprüft und angepasst wurde (Hirschmann, 2015; Naylor et al., 1994; Naylor et al., 2014). Dieses Modell ist vor allem in Amerika weit verbreitet und wird dort vorwiegend in Einrichtungen der staatlichen Krankenversicherung Medicare eingesetzt. Zumal es nachgewiesen wirksam zur Verbesserung der Patient*innenerfahrungen, deren Gesundheit sowie zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen beiträgt, was sich laut Burwell (2015) einem Triple Aim annähert. Es handelt sich um ein pflegegeleitetes Programm zur Begleitung des Übergangs für ältere Menschen, bzw. Menschen mit chronischen Erkrankungen, vom Krankenhaus nach Hause oder in eine andere Versorgungseinrichtung, die dadurch einem hohen Risiko für eine Verschlechterung der Gesundheit sowie Wiederaufnahmen ausgesetzt sind. In Bezug auf die Evidenzbasierung, dem Lead durch die Pflege und Fokus auf die Forcierung des Selbstmanagements der betroffenen Menschen, nimmt das TCM eine Vorbildwirkung für die Übergangspflege ein. Darüber hinaus umfasst das Modell eine Reihe von Dienstleistungen, die zeitlich begrenzt sind und über den Prozess des Übergangs die Kontinuität der Gesundheitsversorgung gewährleisten. Konkret wurden zehn Komponenten festgelegt, die im Rahmen von evidenzbasierten Interventionen über den gesamten Übergang begleiten und demzufolge auch laufend überprüft werden können (Hirschmann, 2015; Naylor et al.; 2018; Morkisch, 2020). In der näheren Auseinandersetzung wird auf die angeführten Autor*innen des Modells verwiesen.

Demgegenüber wird das Tätigkeitsfeld der Übergangspflege in 13 Kernkomponenten aufgegliedert, in denen die Schwerpunkte der Betreuung festgelegt sind. Beginnend mit Begleitung des Übergangs von der Krankenhausaufnahme bis zur Stabilisierung im häuslichen Umfeld, beinhalten die pflegerischen Interventionen die Berücksichtigung verschiedener Konzepte und wissenschaftliche Theorien, um die Betroffenen und das betreuende Umfeld begleiten zu können. Im Bestreben ein professionelles Handlungsfeld für die Pflege zu entwickeln, wurde ein Prozess festgelegt, der die Rahmenbedingungen und den Ablauf vorgibt.

Prozess der Übergangspflege:

Professionelles Arbeiten erfordert einerseits Rahmenbedingungen und andererseits Hintergründe, um das Wissen für eine theoriegeleitete Handlungsorientierung zu generieren. Als Framework der Übergangspflege wurde die „Transition Theory“ von Professorin Afaf Ibrahim Meleis (2010) herangezogen. Aufgrund ihrer Pflegeorientierung eignet sie sich besonders als theoretischer Rahmen des Prozesses. Ins Deutsche übersetzt beschreibt die Theorie Passagen im Leben eines Menschen, die nicht nur für die betroffene Person bedeutsam sind, sondern immer auch in ihrer Abhängigkeit mit der Interaktion im sozialen Umfeld und der Besonderheit und Einzigartigkeit der Situation betrachtet werden müssen. In Ableitung der Definition regelt die Transition Theory, als Theorie mittlerer Reichweite, die Beteiligung und das Zusammenwirken verschiedener Komponenten – Art des Übergangs, Bedingungen, Eigenschaften sowie die Bedeutung des Einflusses aus dem sozialen Umfeld. Eine regelgeleitete Überprüfung der festgelegten Kriterien ermöglicht das zielgerichtete Handeln der Pflegeperson, immer in Hinblick auf

einen gelingenden Übergangsprozess, sowohl für die betroffene Person selbst als auch für das betreuende Umfeld. Zur näheren Auseinandersetzung dient die nachstehende Grafik (Abbildung 1), die in Folge näher beschrieben wird.

Eingebettet in diesen Rahmen gründet die Übergangspflege auf zwei Säulen, dem organisatorischen und inhaltlichen Konzept, die gemäß ihrer semantischen Bedeutung einerseits die organisatorische Struktur regeln und andererseits das inhaltliche Vorgehen gestalten, und dies in Abhängigkeit zueinander. Das organisatorische Konzept, auch E.D.E.N Schema genannt, richtet sich nach einer festgelegten Abfolge. E.D.E.N steht für die Begriffe: Erstkontakt, Differenzialdiagnostischer Ausgang, Entlassung und Nachsorgen. Da ein Übergang, im Kontext der Übergangspflege, bereits mit der Aufnahme in einem Krankenhaus beginnt, erfolgen deshalb die ersten Schritte in der Institution. Nach der ärztlichen Zuweisung an die Übergangspflege findet ein Erstkontakt auf der Station mit dem betroffenen Menschen statt. Dabei wird einerseits die aktuelle Situation, rund um die Auslöser der Aufnahme sowie die beeinflussenden Komponenten und andererseits die Bereitschaft zur Planung des weiteren Vorgehens verfolgt. Vorrangig richtet sich der Fokus auf die Rückkehr ins häusliche Umfeld und die dafür zur Verfügung stehenden persönlichen und sozialen Ressourcen. Darauf aufbauend erfolgt ein sogenannter differenzialdiagnostischer Ausgang nach Hause, der durch die Interventionen der Pflegeperson in erster Linie das Ausmaß der vorhandenen und auch zukünftig möglichen Ressourcen aufzeigen

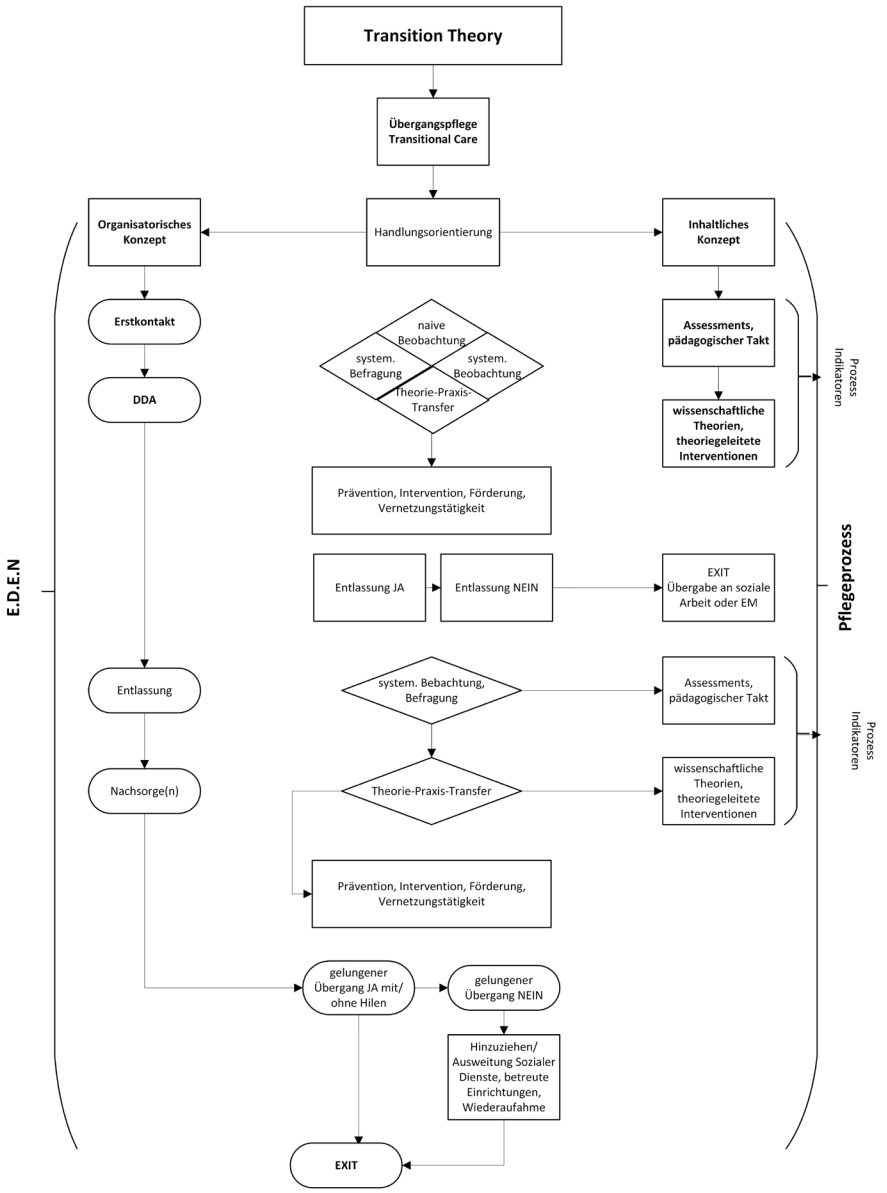


Abbildung 1 - Prozess der Übergangspflege (Eigendarstellung)

kann und in weiterer Folge die Erfassung der aktuellen Situation der betroffenen Person ermöglicht. Zumal eine Förderung der Selbstbestimmung und Motivation das Erleben von ausreichender Kontrolle über sich und das unmittelbare Umfeld bedingt. Der differenzialdiagnostische Ausgang, als Alleinstellungsmerkmal der Übergangspflege, wird mitunter als das wichtigste Element des Konzepts gesehen. Um das Potenzial eines solchen Ausganges aufzuzeigen, erfolgt ein Praxisbeispiel aus dem Berufsalltag der Autorin.

Der betroffene Klient X, im Beispiel erhält er den Namen Herr Bauer, lebt seit dem Tod seiner Gattin allein in einem Einfamilienhaus, zur Tochter besteht kaum Kontakt. Als pensionierter Tischlermeister, mittlerweile ist er 88 Jahre, liebt er nach wie vor die Arbeit mit Holz und verbringt die meiste Zeit des Tages in seiner Werkstatt im Keller seines Hauses. Nach einem Sturz im häuslichen Umfeld erleidet er einen Oberschenkelhalsbruch, der im Krankenhaus operativ saniert werden muss. Am ersten postoperativen Tag wacht Herr Bauer in

einer fremden Umgebung auf, er sieht nur verschwommen, vermutlich hat er seine Brille nicht auf. Seine Bestrebungen sich zurecht zu finden, münden im Ergebnis, dass Seitenteile an seinem Bett angebracht werden, was in Summe neben den Drainagen, die aus seinem Körper kommen, ein Verlassen des Bettes für ihn unmöglich machen. Dabei möchte er nur in seine Werkstatt gehen, wo er sich wohlfühlt und auskennt. Die unangepassten und verfrühten Mobilisierungsversuche von Herrn Bauer lassen auf ein delirantes Zustandsbild schließen, dahingehend erfolgen medizinische und pflegerische Interventionen, um die Eigengefährdung von Herrn Bauer zu minimieren. Nach einigen Tagen erlischt sein Bedürfnis das Bett in dieser fremden Umgebung zu verlassen, er empfindet auch die Aufforderung des Therapeuten, ihm dabei zu unterstützen, als wenig reizvoll. Darüber hinaus hat er den Besuch seiner Tochter in Erinnerung, der trotz seiner Freude sie wieder zu sehen, keine positiven Gefühle hinterließ. Seine Tochter redete davon, dass er nicht mehr nach Hause könne, sie habe ihm das ohnehin schon länger prophezeit. Welchen Zweck soll unter diesen Voraussetzungen das Abmühen mit dem Therapeuten noch haben?

Mit dieser Vorgeschichte und zur Abklärung, ob eine Rückkehr ins häusliche Milieu wirklich nicht mehr möglich ist, erfolgt die ärztliche Zuweisung an die Übergangspflege. Herr Bauer ist mittlerweile von der Akutstation in die Akutgeriatrie überstellt worden. Beim Erstkontakt wird ein schläfriger älterer Herr vorgefunden, der erst nach längeren Zögern ein wenig aus seiner Biografie preisgibt. Als potenzielle Ressource wird sein Bezug zu Holz und seiner Werkstatt gesehen, die anschließend durch ein Holzstück aus dem Repertoire der Ergotherapie geweckt wird. Dies genügt als Anreiz zum Aufstehen und der Aussicht, einen Besuch bei ihm zu Hause zu planen. Im Einverständnis mit Herrn Bauer wird auch die Tochter in den Prozess involviert, die sich in Folge persönlich von den Fortschritten ihres Vaters überzeugt und auch zur Testung seiner Alltagsfähigkeit, im Rahmen eines Ausganges, zustimmt. Nachdem die Mobilität von Herrn Bauer für eine Zimmerlänge mit Rollmobil und Begleitung gegeben ist, erfolgt die Planung. Vor Ort gelingt ihm der Abstieg in den Keller, unter Anleitung und Absicherung der Übergangspflegeperson, ohne dies vorher in der Klinik beübt zu haben. Die Konfrontation mit seiner gewohnten und geliebten Umgebung, insbesondere der Werkstatt, ermöglichen ihm die Realisierung seiner aktuellen Situation, zumal ihm diese Fähigkeit als Folge des akuten Geschehens entglitten war. Ab diesem Zeitpunkt zeigt Herr Bauer ein hochmotiviertes Verhalten seinen Zustand zu verbessern und sein gewohntes Leben zu Hause, mit ein wenig Unterstützung der Tochter und einigen Anpassungen, wiederaufzunehmen.

Ein positiv verlaufender Ausgang ermöglicht die Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus, immer in Abstimmung im multiprofessionalen Team der Patient*innenversorgung. Gleichermaßen wird auch die Entlassung in Begleitung der Übergangspflege durchgeführt und Trainings, die beim Ausgang bereits begonnen worden, fortgeführt. Darauf aufbauend sind die folgenden Nachsorgen im häuslichen Milieu, in Orientierung an das inhaltliche Konzept, auf die Förderung der Lebensbewältigung ausgerichtet, bis eine Stabilisierung eintritt. Im Vergleich zu anderen Transitional Care Programmen ist zur Erreichung dieser Ziele eine Mindestbetreuungszeit von einem Monat empfehlenswert.

Theoriegeleitetes Vorgehen im inhaltlichen Konzept

Jeder einzelne Schritt des vorgestellten E.D.E.N – Schemas erfordert von der Pflegeperson individuell abgestimmte Interventionen aus dem inhaltlichen Konzept, die das Ziel eines gelingenden Übergangs verfolgen. Insbesondere beinhaltet das Paradigma der Ressourcenorientierung, im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe, nicht nur das Wissen über Aktivierung sowie Reaktivierung und theoretische Hintergründe, sondern die Fähigkeit, sich wertfrei und mit Respekt der jeweils vorgefundenen Lebenswelt zu nähern, zumal jeder Mensch sein Leben unterschiedlich bewältigt. Schließlich besteht eine Abhängigkeit mit dem Umfeld, den bisherigen Erfahrungen und aktuellen sowie zukünftigen Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund kann herausforderndes Verhalten auch als Bewältigungsversuch einer Überforderung gesehen werden und nicht gleich als Defizit, dass gestoppt werden muss.

Die Transition Theory, als Steuerungs- und Planungsinstrument der Übergangspflege, bedingt eine laufende Überprüfung der Zielvariablen eines gelingenden Übergangs: Subjektives Wohlbefinden, Rollenbeherrschung und Kontrollerleben sowie Wohlbefinden in Beziehungen. Dies erfolgt zum Teil durch den Einsatz von Assessments sowie im Rahmen des pädagogischen Takts, der aufgrund seiner Relevanz noch genauer erläutert wird. Konkret wer-

den zur Steuerung vier Indikatoren durch den Einsatz von Messinstrumenten regelmäßig evaluiert:

- Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- Befindlichkeit bzw. Interaktionsfähigkeit (in Zusammenhang mit kognitiven Beeinträchtigungen)
- Pflegeabhängigkeit bzw. -unabhängigkeit
- Belastung des betreuenden Umfeldes

Mithilfe dieser Konstrukte wurde vor zwei Jahren eine empirische Überprüfung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms der Übergangspflege, im Rahmen einer statistischen Auswertung von pflegesensitiven Outcomes, durch die Autorin durchgeführt. Bei n = 247 (³ 65 Jahre) konnte eine signifikante Veränderungen (p = 0,001), im Sinne einer Verbesserung der Merkmalsausprägungen der untersuchten Konstrukte, durch Einsatz von Prä- und Posttests im Betreuungsprozess, aufgezeigt werden. Als Nebenparameter wurden sowohl die Wiederaufnahmerate, 30 Tage nach Entlassung, als auch das Durchschnittsalter sowie die Geschlechterverteilung gemessen. In Vergleich zur herangezogenen wissenschaftlichen Literatur liegt die Wiederaufnahmerate mit 5,26 % unter dem Durchschnitt. Die Ausprägungen von Alter (Ø 81) und Geschlecht (> weiblich) zeigen Parallelen zu den Ergebnissen der evidenzbasierten Modelle für Transitional Care (Bernhard-Kessler, 2021).

Obwohl die Assessments nur einen Teil der Indikatoren abdecken, wird aktuell von einer Erweiterung Abstand genommen. Zum einen fördert der Zugang über Messinstrumente eine Standardisierung, was per se gegen den Ansatz der Individualisierung spricht und zum anderen ist dies auch den betroffenen Menschen und deren Zu- und Angehörigen und darüber hinaus den Pflegepersonen nicht zumutbar. Um jedoch einen gelingenden Theorie-Praxis-Bezug zu ermöglichen, greift die Übergangspflege auf den Einsatz des pädagogischen Takts zurück. Johann Friedrich Herbart hat sich 1802 bereits mit der Lösung des Problems beschäftigt, wie die theoretische Divergenz zwischen der Praxis und Theorie überwunden werden kann (Herbart, 1997).

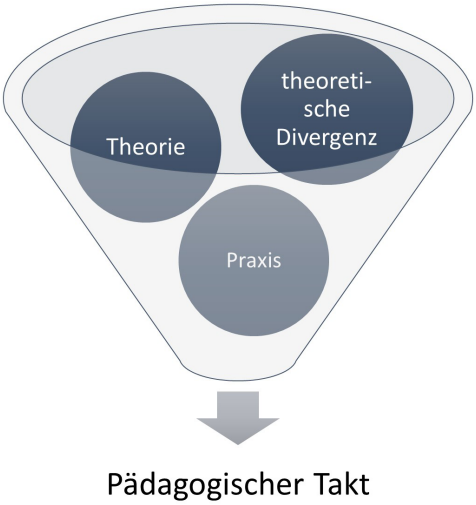


Abbildung 2 - Pädagogischer Takt (Quelle: Herbart, 1997, Eigendarstellung)

Der Takt besteht aus den vier Komponenten: Situationsspezifität, Gestaltung der Beziehung zwischen den Interaktionspartnern, Annäherung an das Phänomen über subjektive Konstrukte sowie dem Gefühl zur Entscheidungsfindung bei der Theorieauswahl. In der praktischen Umsetzung ermöglichen insbesondere diese vier Komponenten das Jonglieren zwischen verschiedenen Theorien und Ansätzen, in Abstimmung mit der Person und Situation. Dieses Vorgehen muss geübt werden und setzt ein fundiertes Wissen der Übergangspflegeperson voraus. In der Methodik der Übergangspflege wurden daher mehrere theoretische Ansätze aus den Natur- und Humanwissenschaften, vorwiegend aus den Sozial- und Geisteswissenschaften und aus der Psychologie adaptiert, um Verhalten einordnen, verstehen und in Folge Interventionen im Prozess des Übergangs ableiten zu können. Ausgehend vom Interventionsgrundsatz zur Erhaltung und Förderung der Lebensbewältigung liegt der Fokus auf der Bewältigungsperspektive. Übergangssituationen, synonym für Veränderungen, können Krisen auslösen und mit Herausforderungen konfrontieren, für die aktuell keine geeigneten Strategien zur Verfügung stehen. Insbesondere können sich akute oder chronische Erkrankungen sowie Verlustthematiken negativ auf ein vorher gut funktionierendes System auswirken, die zur Überwindung die Fähigkeiten des Selbstmanagements bzw. eine gelingende Trauerarbeit implizieren. Die Übergangspflege unterstützt die betroffenen Menschen in ihrer Bewältigung und schafft geeignete Rahmenbedingungen, durch den Rückgriff auf fundiertes Wissen. Der Theorienpool umfasst dabei folgende Inhalte:

- Bewältigungskonzept (Lebensweltorientierung und Lebensbewältigung)
- Biografiekonzept mit den Empowermentstrategien
- Systemtheorie
- Theorien aus dem Selbstkonzept (Selbstbestimmungstheorie, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstwertkonzept)
- Motivationstheorien (Macht-, Anschluss- und Leistungsmotivation)

Und darüber hinaus kommen auch Theorien in Umgang mit herausfordernden Verhalten zum Einsatz: Theorie der Reaktanz, erlernte Hilflosigkeit und die häusliche Desorganisation Neben einer ausführlichen Beschreibung dieser Konstrukte, beinhaltet das inhaltliche Konzept der Übergangspflege auch die Ableitung möglicher Interventionen für einen gelingenden Theorie-Praxis-Transfer. Ein weiteres wichtiges Element im Prozess der Übergangspflege ist die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team der Patient*innenversorgung. Menschen sind häufig mit vielen Problemen konfrontiert, die über den medizinischen und pflegerischen Bereich hinausgehen und weitere Expertisen der Professionen einfordern. Ein geeignetes Forum die verschiedenen Sichtweisen einzubringen sind Besprechungen im multiprofessionalen Team, wo gemeinsam über mögliche Lösungsansätze für die betroffene Person und deren besondere Situation beraten werden kann. Für eine gelingende Entlassungsplanung nimmt die Übergangspflege, als „Advocacy“ für ihre Klient*innen, eine gewichtige Rolle ein. Erinnern Sie sich an Herrn Bauer, der ein delirantes Zustandsbild aufweist, jedoch im häuslichen Umfeld – in seiner Normalität – auf Ressourcen zurückgreifen kann, die im Krankenhaus nicht vorstellbar waren und in Folge eine neue Zielorientierung erlauben.

Theoriegeleitete Handlungsorientierung steuert den methodischen Ansatz der Übergangspflege. Jedoch darf pflegerische Professionalität nicht darauf beschränkt werden, in diesem Sinne soll abschließend auf die Begrenztheit des theoretischen Zugangs verwiesen werden. In der praktischen Umsetzung kann eine Theorie immer nur eine Annahme sein, bzw. als Versuch zur Kategorisierung einer vorgefundenen Realität gewertet werden. Demzufolge kann dieses Vorgehen lediglich als Krücke für die pflegerische Begleitung des Übergangs gesehen werden, zumal es sich bei der Realität oder Wirklichkeit um ein Konstrukt handelt, dass verschieden gedacht und gelebt werden kann. Letztendlich bestimmt die betroffene Person selbst, was es tatsächlich zu Verstehen gibt und was in Folge die Handlungsorientierung zur Förderung der individuellen Lebensbewältigung leitet. Übergangspflege, sowie hier beschrieben, lässt auf ein breit gefächertes und herausforderndes Tätigkeitsfeld schließen, dass neben fachlicher, sozialer Kompetenz auch eine ständige Reflexion der eigenen Sichtweisen beinhaltet, im Spannungsfeld zwischen Zielen, Verhaltensweisen, diversen Lebenswelten und -entwürfen von Einzelpersonen und der agierenden Individuen im System. Trotz aller Bemühungen zur Theoretisierung und Prozessgestaltung bleibt als einzig gültige Variable nur die philosophische Haltung – Hilfe zur Selbsthilfe und Respekt vor dem gelebten Leben – alles andere ist relativ und veränderbar.

Autorin

Claudia Bernhard- Kessler BA MSc ANP
BA, MSc ANP, Pflegeexpertin für Chronic Care und Transitional Care, Pflegeberaterin der Landesregierung Salzburg

Literatur

Bernhard-Kessler, C. (2021). Evaluation der PatientInnen- und pflegebezogenen Outcomes in der Phase der Übergänge vom Krankenhaus nach Hause, im Rahmen der Betreuung durch Übergangspflege, nach dem Konzept E.D.E.N. (Masterarbeit). Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg. Verfügbar unter https://permalink.obvsg.at/pmu/AC16281023

Bernhard-Kessler, C. (2023). Übergangspflege – Transitional Care. Pflegetheoretische Begründungen und Pflegepraktische Umsetzungen. Hogrefe

Böhm, E. (1992). Ist heute Montag oder Dezember. Erfahrungen aus der Übergangspflege. Psychiatrie Verlag.

Böhm, E. (2004). Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm, Band I (3. Aufl.). Wilhelm Maudrich. Böhm, E. (2009). Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm, Band II (4. Aufl.). Wilhelm Maudrich.

Burwell, S. M. (2015). Setting Value-Based Payment Goals — HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. New England Journal of Medicine, 372(10), 897-899. https://doi.org/10.1056/nejmp1500445

Herbart, J. F. (1997). Systematische Pädagogik. 2. Interpretationen. In D. Benner (Ed.), Grundlagen der Pädagogik (1) (2. Aufl.). obv. Verfügbar unter https://permalink.obvsg.at/AC01993834

Hirschman, K. B., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M. V. & Naylor, M. D. (2015). Continuity of Care: The Transitional Care Model. Online Journal of Issues in Nursing, 20(3), 1-1. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01

Kessler, K. G. (2008). „Übergangspflege“. Ein ressourcenorientiertes Konstrukt in der Pflege alter Menschen. Novizen-Thesis zur Erlangung der Bezeichnung Akademischer Experte für Basales und Mittleres Management (unveröffentlichte Novizen-Thesis, Fachbereich Pflegewissenschaft). Donau Universität Krems.

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Springer

Morkisch, N., Upegui-Arango, L.D., Cardona, M.I., van den Heuvel, D., Rimmele, M., Sieber, C. C. & Freiberger, E. (2020). Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. BMC Geriatr 20, 345. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01747-w

Naylor, M., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M. & Pauly, M. (1994). Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. Ann Intern Med, 120(12), 999-1006. https://doi.org/10.7326/0003-4819-120-12-199406150-00005

Naylor, M. D., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., Bowles, K. H., Bradway, C., McCauley, K. M. & Pauly, M. V. (2014). Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults. Journal of Comparative Effectiveness Research, 3(3), 245-257. https://doi.org/10.2217/cer.14.14

Naylor, M. D., Hirschman, K. B., Toles, M. P., Jarrín, O. F., Shaid, E. & Pauly, M. V. (2018). Adaptations of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S. Social Science & Medicine, 213, 28-36. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.023

Das Buch, um das es geht

Übergangspflege - Transitional Care

Pflegetheoretische Begründungen und pflegepraktische Umsetzungen

von Claudia Bernhard-Kessler

ISBN: 9783456862590
1. Aufl. 2023, 232 Seiten

34.95 eEuro

LANDES GESUNDHEITS AGENTUR

Gesund und gepflegt. Ein Leben lang.

WIR HABEN WAS ZU BIETEN

Ihre Karriere in Niederösterreichs Kliniken und Pflegezentren

Neben bestmöglichen Arbeitsbedingungen erwartet Sie ein wohnortnaher und zukunftssicherer Job mit Sinn in einem Team von rund 28.000 Kolleginnen und Kollegen.

Unsere Vorteile im Überblick

- Karriere- und Entwicklungschancen
- Flexible Arbeitszeitmodelle
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Aus- und Weiterbildung
- Regionalität
- Gesundheitsförderung
- Vergünstigungen
- Und noch vieles mehr...

Alle Informationen finden Sie im KarriereCenter der NÖ LGA!

Jetzt direkt bewerben unter karriere.noe-lga.at

Eine entgeltliche Einschaltung der NÖ LGA.

(C) Marina Weigl

Profis pflegen mit Humor!

Weiterbildungen der anderen Art – von Profis für Profis

Kann man Humor eigentlich trainieren lernen? Die Antwort lautet: Ja! Und es lohnt sich! Die Stiftung HUMOR HILFT HEILEN (HHH) hat sich zum Ziel gesetzt, die heilsame Stimmung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu fördern und tut dies durch Klinikclownvisiten für Jung und Alt. Aber das ist nicht alles. Von Anfang an war es die Vision von Dr. Eckart von Hirschhausen, Gründer und Geschäftsführer von HHH, auch Pflegefachkräfte durch Humortrainings seelisch zu stärken. Diese, als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen, ist chronisch überlastet und hat oftmals nur wenig Zeit für die Patient:innen und für sich selbst. Doch kann man nur dauerhaft gut für andere sorgen, wenn man für sich selbst gut sorgt. In speziellen Workshops können daher Pflegefachkräfte, Auszubildende und Praxisanleitungen mit bundesweit etwa 30 Trainer:innen Humor als stärkende Haltung trainieren. Das bringt nicht nur viel Spaß, sondern unterstützt im Umgang mit Belastungen und erleichtert die Kommunikation in vielen Zusammenhängen. Die Inhalte der Workshops basieren auf Erkenntnissen der Positiven Psychologie und Resilienzforschung.

Humorworkshops für Pflegeteams – Resilienz stärken

Gestartet wurde mit den Humorworkshops für Pflegekräfte vor genau 10 Jahren (2013) in Bonn. Die Workshops stärken die individuelle Humorfähigkeit und den Teamgeist von Pflegeteams. „Dabei geht es nicht darum, als Pflegefachkraft in kurzer Zeit zum Clown ausgebildet zu werden, sondern von den Clowns das zu lernen, was diese besonders gut können: eine Verbindung zu anderen Menschen herzustellen“, erklärt Lea Böttger, zuständig für das Thema „Pflege stärken“ bei HHH. „Humor kann Teams helfen, sich besser zu

verstehen, kann Druck mindern, die Kommunikation untereinander verbessern und helfen, mit Trauer und Leid besser umzugehen“, erklärt Maria Bley, Stiftungsleitung HHH. „Die Teilnehmenden trainieren, wie sie durch eine authentische persönliche Begegnung und menschliche Zuwendung noch mehr zum Heilerfolg der Patient:innen beitragen können. Außerdem geht es darum, wie man als Pflegefachkraft Belastendes loslassen kann, was Stress und Anspannung mindert und wie man gut für sich sorgt.“

Felix Gaudo: „In unseren Workshops ist es immer wieder ein großes Vergnügen, wenn es uns gelingt, Humor als Haltung zu vermitteln. Denn so hilft Humor unglaublich dabei, die Kommunikation zu verbessern und zu erleichtern.“

Andreas Bentrup: „Die Arbeit mit uns für die Menschen ist ohne Humor und die Kraft der Empathie nicht denkbar. In den Workshops wird beides wiederentdeckt oder neu gestärkt!“

Humor-Curriculum in der Pflegeausbildung

Ergänzend zur Generalistik hat HHH in Kooperation mit Psycholog:innen der Universität Lübeck und den Alexianern ein Humor-Curriculum mit dem Titel „Freude pflege“ entwickelt.

An einem Tag pro Ausbildungsjahr stehen für die Pflege-Auszubildenden Persönlichkeitsbildung, Selbstpflege und humorvolles Miteinander im Mittelpunkt. Vor Beginn der Seminare findet ein Einführungsworkshop für Lehrkräfte und Praxisanleiter statt. Immer mehr Pflegeschulen arbeiten auf diese Weise mit Trainer:innen der Stiftung in Sachen Humor zusammen.

Für Praxisanleitende bietet HHH ein 2-tägiges Seminar unter dem Namen „Humor hilft lernen und lehren“ an. „Positive Beziehungen ermöglichen erfolgreiches Lernen. Humor ist daher eine wichtige Fähigkeit, um Vertrauen und ein lernförderliches Sozialklima in der Arbeit mit Auszubildenden zu schaffen und Praxisanleitende im Umgang mit Belastungen zu stärken“, sagt Lea Böttger.

Pflege-Projekte der Stiftung HHH: Humorschulungen im „großen Stil“

Eine positive Humorkultur ist ein wesentlicher Faktor für Motivation, Zufriedenheit und gute Kommunikation. Viel zu oft wird Humor noch belächelt und die Relevanz dieses Themas nicht erkannt. HHH arbeitet mit verschiedenen Institutionen zusammen, die auf diesem Gebiet Vorreiter sind.

Anfang 2023 wurde das gemeinsame Pflege-Projekt mit der Ev. Stiftung Neuerkerode (esn) erfolgreich beendet: Bei dem im Jahr 2019 gestarteten Projekt unter dem Motto „Humor verbindet“ wurden über 2.000 Mitarbeitende der esn durch Workshops der Stiftung HUMOR HILFT HEILEN geschult.

Die 160 im Rahmen des Projekts durchgeführten Workshops, in denen unterschiedliche Techniken und Übungen aus der Theater- und Erlebnispädagogik eingesetzt wurden, stärkten die Mitarbeitenden in ihrer Teamfähigkeit, zeigten ihnen Wege auf, wie sie mit Stress gesünder umgehen können und sensibilisierten sie dafür, individuelle Situationen von Patient:innen, Angehörigen und Teamkolleg:innen besser zu erkennen, um gezielt darauf eingehen zu können. „Wir ziehen ein sehr positives Fazit aus der Kooperation mit der Stiftung HUMOR HILFT HEILEN“, resümiert Jessica Gümmer-Postall, Personalvorständin der esn. „Mit unserer Initiative ‚Humor verbindet‘ haben wir die Vertrauenskultur im gesamten Unternehmen gestärkt und einen Perspektivwechsel auf die positiven Aspekte ermöglicht, wenn es im teilweise belastenden Arbeitsalltag zu schwierigen Situationen kommt.“

„Ich finde es großartig, wie sich die Unternehmensgruppe esn dem Thema Humor ganzheitlich annimmt: Gemeinschaft, Freude, Lachen und einen Sinn im eigenen Handeln zu erleben, das sind die großen Schutzfaktoren unserer Seele. Ich freue mich, dass wir gemeinsam ein Zeichen gesetzt haben für mehr Menschlichkeit in Medizin und Pflege“, sagt Dr. Eckart von Hirschhausen.

Mittlerweile sind die Humorworkshops fester Bestandteil des Weiterbildungs-Portfolios der esn und jeder neue Mitarbeitende besucht diese zu Beginn seiner Laufbahn bei der esn.

Eine ganze Klinik setzt auf Humor

Besondere Projekte werden durch die Kooperaton mit sozial engagierten Unternehmen möglich. So wurde in 2023 ein weiteres HHH-Pflege-Großprojekt in Kooperation mit der Firma Kieback&Peter, die Klimatechnik u. A. in Kliniken umsetzt, gestartet: Pflege-Auszubildende, Praxisanleitende sowie sämtliche Pflegeteams des Kinderzentrums am Evangelischen Klinikum Bethel (EvKB) – insgesamt rund 300 Personen – erhalten über einen Zeitraum von 3 Jahren sukzessive die Möglichkeit an einem Humorworkshop der Stiftung teilzunehmen. Zudem ist ein Weiterbildungstag für alle Praxisanleitungen des Kinderzentrums

geplant und das HHH-Curriculum für Pflegeschulen wird in einen kompletten Ausbildungsgang (fünf Klassen über drei Jahre) integriert.

..und eine ganze Region schult ihre Pflegefachkräfte in Humor!

2022 wurde ein weiteres „Leuchtturmprojekt“ gestartet: Über 2.500 Pflegende der Stadt Delmenhorst und des Landkreises Oldenburg erhalten bis 2025 die Möglichkeit kostenfrei an einem Humorworkshop teilzunehmen. „Das Projekt Humor in der Pflege stellt die Menschen in den Mittelpunkt, die sich tagtäglich um andere Menschen kümmern“, sagte die Oberbürgermeisterin der Stadt Delmenhorst Petra Gerlach in ihrem Grußwort bei der Auftaktverstanstaltung zum Projektstart. „Das Projekt und die Ideale der Stiftung HUMOR HILFT HEILEN stießen von Anfang an auf positive Resonanz in Delmenhorst.“

Das Projekt wird gemeinsam mit der Stadt Delmenhorst, dem Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung und dem Landkreis Oldenburg umgesetzt und von Julia Kämmer und Dr. Florian Fischer vom Bayerischen Forschungszentrum Pflege Digital wissenschaftlich begleitet.

> Über 25.000 Pflegefachkräfte haben an den HHH Workshops in den letzten 10 Jahren teilgenommen!

„Was in Delmenhorst passiert ist, ist außergewöhnlich: Hier wurde Humor als ein zentraler Baustein der Gesundheitsförderung erkannt“, freut sich Dr. Eckart von Hirschhausen. „Das Besondere ist, dass sich dieses Vorreiterprojekt sowohl an praktizierende Pflegefachkräfte, als auch an angehende Pflegefachkräfte, Pflegedienstleitungen, Praxisanleitungen und auch an Mediziner:innen richtet.“

Humor wirkt – was sagt die Forschung?

Dieses Projekt – so wie auch andere der Stiftung – werden wissenschaftlich begleitet, um die Wirkung von Humor als ein Element der Selbstfürsorge zu erforschen. Und die Forschung – die dritte Säule der Stiftung neben Klinikclown-Visiten und Angeboten zur Stärkung der Pflege – bestätigt unter anderem, dass das Stressempfinden, Ernst und schlechte Laune signifikant verringert werden können und die Heiterkeit signifikant erhöht wird (Studie gemeinsam mit der Palliativstation des Universitätsklinikums Bonn).

Eine weitere Studie aus 2018 in Kooperation mit dem Forschungs- und Beratungsinstitut „Great Place to work“ zeigt auf, dass allgemeine Mitarbeitenden-Zufriedenheit und eine positive Humorkultur zusammenhängen.

Wer also seine Mitarbeitenden stärken und etwas für eine widerstands- und leistungsfähige Unternehmenskultur tun möchte, der sollte Humor ernst nehmen, zulassen und am besten auch trainieren.

„Humor hilft heilen und Humor hilft pflegen – davon sind wir überzeugt. Humor ist nicht die Kirsche auf der Torte – sondern vielmehr das Schmieröl im Getriebe…“, sagt Lea Böttger. Sagen Sie es weiter und gehen Sie mit einem lachenden Auge voran..!

(C) Marina Weigl

Kommentare von Teilnehmenden der HHH-Teamworkshops für Pflegefachkräfte

„Die Schulung hat mir gezeigt, wie ich schwierige Situationen besser bewältigen kann.“

„Ich denke, durch die Schulung wird sich die Atmosphäre in unserem Team verbessern.“

„Ich werde das, was ich in der Schulung gelernt habe, in meinem Alltag als Pflegefachkraft gut einsetzen können.“

„Die Übungen der Schulungen haben das Gruppengefühl gestärkt.“

„Die Schulung hat meinen Blick auf ganz viele Dinge am Arbeitsplatz positiv verändert.“

„Durch die Schulungen habe ich gelernt, meine Teamkollegen von einer ganz anderen Seite zu sehen.“

„Ich möchte mich für den sehr guten und bereichernden Kurs „Humor hilft heilen“ bedanken. Die Stunden waren immer viel zu schnell vorbei und viele von den Gedankenanstößen nehme ich mit in meinen Pflegealltag.“

„Ich denke, mir gelingt es jetzt noch besser Komplimente zu geben, aber auch annehmen zu können – was einem oftmals noch schwerer fällt, als sie zu geben.“

„Eine solche Schulung sollte ruhig öfter stattfinden.“

„Solange es Humor nicht auf Krankenschein gibt, ist die Stiftung auf Spenden angewiesen:

Spendenkonto: Stiftung HUMOR HILFT HEILEN gGmbH // IBAN: DE24 2001 0020 0999 2222 00 // BIC: PBNKDEFF

Oder via Homepage: www.humorhilftheilen.de/allgemeine-spende

Autorin

Verena Breitbach
Verena Breitbach ist bei der Stiftung HUMOR HILFT HEILEN für Presse und Kommunikation zuständig und ist ausgebildete Journalistin und studierte Geistes- und Sozialwissenschaftlerin. Sie ist Co-Herausgeberin von „Corona und die Pflege. Denkanstöße – die Corona-Krise und danach“ und Herausgeberin von „Die Welt im Wandel. Gesellschaft – Gesundheit – Pflege“ (erscheint April 2024). Foto (C) Privat

Humor Hilft Heilen

Recovery

Die Förderung des persönlichen Recovery (Genesungsprozess) bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen spielt in der psychiatrischen Versorgung eine zunehmend wichtige Rolle (DGPPN 2019). In dem kürzlich erschienen Buch „Recovery-orientierte Praxis in der psychiatrischen Pflege“ haben wir anhand von praktischen Beispielen von Betroffenen die recovery-orientierten Praxis dargestellt sowie die theoretischen Hintergrunde des persönlichen Recovery aus pflegerischer und ärztlicher Sichtweise erläutert. Als Autoren dieses Artikels möchten wir in ähnlicher Art und Weise den Genesungsprozess im persönlichen Recovery beschreiben, denn wir haben über den Zeitraum von drei Jahren gemeinsam im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) an dem Genesungsprozess von Frau Albers gearbeitet. Ziel der Versorgung war es neue Perspektiven zu entwickeln und eine deutlich verbesserte Lebensqualität durch das Beschreiten des persönlichen Recovery-Weges zu erreichen. Durch die Ausbildung zur Genesungsbegleiterin wurde aus der Patientin eine Kollegin. Dazu möchten wir ihren persönlichen Weg beschreiben, wie sie als Betroffene dies erlebt hat.

(C) HRTNT Media

Madeline Albers – Vorgeschichte und Krankheitsbewältigung

Mein Name ist Madeline Albers, ich bin 32 Jahre alt und habe seit meiner frühen Jugend Depressionen und Ängste. Ich war ein sehr vulnerables Kind, habe sowohl zu Hause als auch in der Schule viel geweint. Damals wusste ich nicht, was mich emotional so belastete – ich war traurig und konnte wenig Freude empfinden. Eine Fassade baute ich mir auf, indem ich in die Rolle der lustigen Mitschülerin schlüpfte und Menschen zum Lachen brachte. Doch diese brach immer wieder in kleinen Alltagsmomenten zusammen und die Tränen liefen in Situationen, die für mein Umfeld nicht ersichtlich waren. Je mehr ich gegen meine Trauer ankämpfte, desto eher verlor ich die Kontrolle über meine Gefühlsregulation. Mein Weinen war mir unangenehm und erzeugte eine Wut auf mich selbst, doch auch meine Familie, meine Freunde und meine Lehrer waren überfordert. Häufig fragten sie mich nach dem Grund für meine Traurigkeit, doch ich hatte keine Antwort auf ihre Fragen. Nicht nur ich war verzweifelt, sondern auch meine Angehörigen wussten nicht, wie sie mit den Gefühlsausbrüchen umgehen sollten. Mein Leben war überdeckt von einem grauen Schleier, der mir täglich die Luft zum Atmen nahm. Mit Stressoren des Alltags und Schicksalsschlägen konnte ich keinen Umgang finden, positive Momente hatten kaum eine Verweildauer. Und doch schaffte ich mein Abitur und zog Selbstbewusstsein aus meinen guten Noten. Die schulische Struktur half mir, meinen Alltag zu bewältigen und meine Leistungen gaben mir emotionalen Auftrieb. Als ich mich jedoch entschied, ein Studium der Kommunikations- und Medienwissenschaften und Germanistik zu beginnen, war ich mehr und mehr gezwungen, mir meine Alltagsstruktur selbst zu schaffen. Ich studierte einige Semester, doch meine seelischen Belastungen verschlimmerten sich. Langsam zog ich mich zurück, verbrachte viel Zeit in meinem Bett und versuchte mich mit exzessiven Medienkonsum von meinen Gedanken abzulenken. Bis 2015 der Zusammenbruch kam.

Das Jahr 2015 bezeichne ich heute als Startschuss in ein anderes Leben. Ich entschloss mich, in die psychiatrische Tagesklinik zu gehen, in der ich insgesamt elf Wochen verbrachte. Diese Zeit war zugleich die schlimmste und die beste meines Lebens – ich hatte suizidale Gedanken und war immer wieder kurz davor, den Aufenthalt abzubrechen. Doch auch begann ich, mich besser kennenzulernen und ich erfuhr, welche Hintergründe meine seelischen Belastungen verbargen. Aus meinen Erfahrungen definierten sich drei Schritte, die für mich ausschlaggebend für meinen Recovery-Weg waren: Verstehen, Akzeptieren und ins Handeln kommen. Denn nachdem ich zunächst mich und psychische Erkrankungen im Allgemeinen verstand, konnte ich meine Vergangenheit mit meinen Gedanken, Gefühlen und (Nicht-)Handlungen meiner Gegenwart verknüpfen. Zwar half mir dieser Lernprozess auf der einen Seite, Verständnis für meine gegenwärtige Situation aufzubringen und liebevoller mit mir umzugehen, auf der anderen Seite entwickelte sich eine Phase, in der ich wütend wurde auf meine Limitierungen im Alltag. Ich akzeptierte nicht, dass ich Schwierigkeiten hatte, meinen Haushalt zu bewältigen, meine sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten und von vermeintlichen Kleinigkeiten aus der Bahn geworfen zu werden. Es war ein langer Weg, bis ich einen Umgang mit meinen Symptomen gefunden und Akzeptanz für mich entdeckt habe – doch erst das ermöglichte es mir, aktiv zu werden und ins Handeln zu kommen. Ich ging jahrelang zur ambulanten Psychotherapie, hatte weitere Klinikaufenthalte und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen. 2020, als die Corona-Pandemie ausbrach, hatte ich eine erneute schwere Krise. Doch dieser Zusammenbruch führte mich zur ambulanten psychiatrischen Pflege bei Ingo Tschinke. Indem er in meine Lebenswelt eintauchte und mich dadurch intensiver kennenlernte, entdeckten wir gemeinsam, dass viele meiner belasteten Themen mit Ängsten zu tun hatten. Erst jetzt erkannte ich, dass eine generalisierte Angststörung mein Leben beeinflusste. Ich wachte jeden Tag mit dem Gefühl auf, als würde ich Rasierklingen atmen, doch ich führte dies zuvor auf meine depressive Erkrankung zurück. Nach dieser neuen Erkenntnis begann die aktive Auseinandersetzung mit Recovery: Ingo Tschinke erklärte mir, dass es nicht primär darum gehe, meine Symptome zu beseitigen, sondern einen Umgang mit diesen zu finden, welcher mir Lebensqualität zurückbringt. Wir arbeiteten an Schlüsselbegriffen wie Hoffnung, Sinnfindung, Selbstwirksamkeit, Autonomie und Verantwortungsübernahme. Auch ging es um die Identifizierung und Stärkung von Fähigkeiten, Ressourcen und Wertvorstellungen in meinem alltäglichen Leben. Die Recovery-orientierte Zusammenarbeit mit Ingo Tschinke ermöglichte mir eine neue Lebensausrichtung und Perspektive hinsichtlich der Einschränkungen, die ich durch meine seelischen Belastungen erfuhr. Und mit der Zeit entdeckte ich eine Aufgabe in meinem Leben, die die Auswirkun-

gen meiner psychischen Erkrankungen nicht mehr als Hindernis, sondern als Chance definiert: Ich entschied mich, die Fortbildung zur Genesungsbegleiterin zu beginnen. Genesungsbegleitung ist eine Form der Unterstützung von Menschen mit Psychiatrie- und/oder Krisenerfahrung für Betroffene von psychischen Erkrankungen. Sie setzt sich zum Ziel, ihnen dabei zu helfen, ihr eigenes Genesungspotenzial zu entdecken und ein erfülltes Leben trotz der Auswirkungen und Symptome ihrer seelischen Belastungen führen zu können. Die Überzeugung ist, dass Genesungsbegleiter*innen Experten aus eigener Erfahrung sind. Sie haben tiefgreifende und lebensbeeinflussende Krisen durchlebt und überwunden. Dieses individuelle Wissen um Genesung und Recovery ist ein unverzichtbarer Mehrwert im psychiatrischen System und in der Zusammenarbeit mit Betroffenen.

Die Fortbildung zur Genesungsbegleiterin dauerte ein Jahr, stärkte mich nochmals im Umgang mit meinen Symptome und lehrte mich zudem, wie ich andere Betroffene auf ihrem Genesungsweg unterstützen kann. Sie ebnete mir den Weg, eine Arbeitsstelle als Genesungsbegleiterin in der ambulanten psychiatrischen Pflege anzutreten, was bedeutet, dass ich viele Menschen auf ihrem Weg unterstützen darf. Ich besuche die Klient*innen in ihrer Lebenswelt und kann eintauchen in ihre Geschichte. Je nach den Bedürfnissen der Betroffenen arbeiten wir gemeinsam an Recovery-Themen wie Resilienz, Hoffnungsfindung, Fähigkeiten und Stärken, Werteorientierung, Akzeptanz oder Selbstwirksamkeit. Auch arbeiten wir Erlebnisse aus der Vergangenheit auf und reflektieren ihren Einfluss auf die gegenwärtige Situation. Die Rückmeldung der Betroffenen ist durchweg positiv und zeigt mir, wie wichtig die Begleitung und Unterstützung von Menschen ist, die ebenso Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen haben und damit ein Wir-Gefühl bei Betroffenen erzeugen. Mein Erfahrungswissen hilft mir tagtäglich, mich in die Belastungen meiner Klient*innen hineinzuversetzen und ein Beispiel dafür zu sein, dass die Fahne der Hoffnung immer hochgehalten werden kann.

Im Juli 2023, kurz nachdem ich meine Arbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege aufgenommen habe, geschah das, wovor ich jahrelang große Verlustängste hatte: Eine meiner zwei Katzen, Glimmi, welche mich elf Jahre lang bei all den Höhen und Tiefen meines Lebens begleitete und die mein größter Anker in Krisenzeiten war, ist an einem Lungenödem gestorben. Es gab eine Zeit, da dachte ich, dass ich mein Leben nicht weiterführen könne ohne meine Katzen. All die Verantwortung, die ich für mich nicht übernehmen konnte, investierte ich in ihr Leben. Meine Fürsorgepflicht nahm ich immer ernst, meine Selbstfürsorge hingegen ließ ich verkümmern. Die Tiere gaben mir bedingungslose Liebe und ich war lange Zeit nicht in der Lage, nur einen kleinen Teil dieser Liebe für mich selbst aufzubringen. Somit war der Tod meiner Katze einer der größten Verluste, die ich in meinem Leben durchmachen musste. Und es wäre nicht die Wahrheit, wenn ich sagen würde, dass ich diesen Schicksalsschlag gut überstanden habe. Ich spüre noch immer tagtäglich einen großen Schmerz und manchmal gehe ich am Abgrund entlang, wenn Glimmi sich in den Vordergrund meiner Gedanken schleicht. Doch genau das zeigt, dass der Recovery-Weg nicht linear und mit finalem Ende verläuft. Trotz meiner Erfahrungen und meines Wissens um die Theorie, verlangt die Umsetzung in der Praxis viel Energie und Kraft. Jeden Tag habe ich Angst – Angst vor Verlusten, Angst vor Veränderungen, Angst vorm Scheitern – doch ich weiß, wie ich mit diesen Ängsten umgehen muss, um meine Lebensfähigkeit aufrechtzuerhalten. Und wenn ich bemerke, dass ich überfordert bin mit mir und meinen Gedanken, dann habe ich mir ein Hilfenetzwerk aufgebaut, auf welches ich jederzeit zurückgreifen kann.

Letztlich habe ich an meiner neuen beruflichen Aufgabe festgehalten und die Erfahrung gemacht, dass mein Leben trotz des Verlustes nicht zu Ende gegangen ist. Manchmal frage ich mich, ob Glimmi gewartet hat, bis sie uns beruhigt verlassen konnte – denn sie war schon lange herzkrank. Die innere Stärke, ihren Verlust zu überleben, hätte ich sicherlich vor wenigen Jahren noch nicht besessen.

Recovery-orientierte Praxis in der psychiatrischen Pflege

Die Fokussierung auf den persönlichen Recovery-Weg (Genesungsprozess) der Betroffenen führt zu einer Neuausrichtung des psychiatrischen Versorgungssystems (Slade 2009). Dabei wird nicht mehr der Heilungsaspekt in den Vordergrund gestellt, in Form von medikamentöser, psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung, sondern vielmehr das Erreichen von einer größtmöglichen Zufriedenheit und Lebensqualität der von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen (Amering und Schmolke

2012). Sinn und Ziel einer zukünftigen psychiatrischen Versorgung sollte es sein, dass persönliche Recovery der Betroffenen unter den Berücksichtigung ihrer Werte, Sichtweisen und Bedarfe zu unterstützen, wobei die Maßnahmen des klinischen Recovery (Medikamente, Psychotherapie und sonstige psychiatrische Behandlungen) optional sein sollten (Grey et al. 2014). Anthony definierte 1993 das persönliche Recovery wie folgt:

«Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, um trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst.» (Anthony 1993)

Bei dem persönlichen Recovery geht es in der Krankheitsbewältigung darum, die Limitierungen der Erkrankung zu akzeptieren und Erfahrung der Krankheitsbewältigung wertzuschätzen, um diese Erfahrung als Chance zur Entwicklung neuer Perspektiven zu nutzen. Der wichtigste Aspekt besteht darin, dem Menschen wieder Hoffnung zu geben, dass diese die Fähigkeit besitzen, ihr Leben in eine positive Richtung zu lenken. Dazu ist es für psychiatrisch Pflegende unerlässlich, daran zu glauben, dass das persönliche Recovery für jeden Menschen möglich ist. Mit den Betroffenen werden die eigenen Stärken und Resilienzen herausgearbeitet, um diese auszubauen, zu verstärken und vielleicht sogar neu zu entdecken (Tschinke und Rogner 2024).

In der psychiatrisch-pflegerischen Begleitung ist eine recovery-orientierte Haltung unerlässlich, d.h. es geht um die Werte, Wünsche, Ziele und Träume der Betroffenen und nicht um Notwendigkeiten, die für das Beste für den Betroffenen halten. Die Werteorientierung spielt dabei eine herausragende Rolle, denn es gilt gemeinsame herauszufinden, was dem Betroffenen tatsächlich wichtig ist, so dass die geplanten Handlungen für diese auch einen Sinn ergeben. Das Grundprinzip des „try-and-error“ ist durchaus gewollt, denn Betroffene muss man nicht in Watte packen, sondern ihnen die Chance geben und sie ermuntern sich auszuprobieren. Dadurch können Stärken erkannt und verbessert werden, denn diese Selbstwirksamkeit gibt Hoffnung aus der Krise im Sinne des Posttraumatischen Wachstums gestärkt hervorzugehen (Tedeschi et al. 2018; Slade et al. 2019).

Die Arbeit als Genesungsbegleiterin

Genesungsbegleitung bedeutet für mich, andere Betroffene dabei zu unterstützen, ihren Recovery-Weg und damit auch Hoffnung zu finden. Ich möchte an meinem Beispiel zeigen, dass es möglich ist, aus einer schweren Krise herauszutreten und positive Lebensveränderungen für sich zu erreichen. Dabei ist mir immer auch die Unterschiedlichkeit der Menschen bewusst, denn ich möchte auf niemanden meine Strategien und meinen Genesungsweg projizieren, sondern mit den Betroffenen individuelle Möglichkeiten finden, die für sie am besten funktionieren. Hinsichtlich meiner eigenen Umgangsfindung war insbesondere die Anfangszeit meines Berufsbeginns eine große Herausforderung – denn die Arbeit als Genesungsbegleiterin beinhaltet auch die Notwendigkeit, mich mit Themen der Betroffenen auseinanderzusetzen, die auch für mein eigenes Leben noch eine Rolle spielen. Ich bin tagtäglich konfrontiert mit lebensbeeinflussenden Erfahrungen und damit auch immer wieder mit der Erinnerung an eigene aktuelle und vergangene Belastungen. Dies macht die Arbeit anstrengend, hilft mir jedoch auch, auf meinem persönlichen Recovery-Weg weiter voranzukommen. Wenn ich Strategien mit den Betroffenen erarbeite, dann denke ich nicht selten: „Das habe ich in meinem eigenen Leben vernachlässigt!“ Auch erinnere ich mich an in Vergessenheit geratene Möglichkeiten, meinen Umgang mit meinen seelischen Erschütterungen zu stärken. Somit sind die Aufgaben als Genesungsbegleiterin nicht nur eine wertvolle Begleitung für Betroffene – sondern auch ein täglicher Lernprozess auf meinem persönlichen Recovery-Weg.

Fazit und Ausblick

Wer mit Betroffenen in der tagtäglichen Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen arbeitet, wird in einer konsequenten recovery-orientierten Arbeit mit den Betroffenen feststellen, dass das persönliche Recovery funktioniert. Aus diesem Grunde wurde in dem Buch „Recovery-orientierte Praxis in der psychiatrischen Pflege der Sichtweise der Betroffenen ein Rahmen gegeben, damit es durch diese erlebte Geschichten, Erfahrung und daraus resultieren Einstelllungen für psychiatrisch Pflegende deutlich wird, wie sich eine Recovery-Orientierung in der

Praxis umsetzen lässt. Aufgrund der Struktur des Gesundheitswesens in Deutschland, Österreich und der Schweiz wird es zukünftig bei einer Empfehlung zur Recovery-Orientierung durch Leitlinien bleiben und keinen Charakter von Richtlinien bzw. Gesetzen bekommen, wie es in Neuseeland, Großbritannien, Irland, Australien, den Niederlanden etc. der Fall ist. Deswegen können nur wir als Praktiker an der Basis die psychiatrische Versorgung durch Recovery-Orientierung zu einer Neuausrichtung bringen – lasst uns gemeinsam damit beginnen.

Literaturverzeichnis

Amering, Michaela; Schmolke, Margit (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5., überarb. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.

Anthony, William A. (1993): Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. In: Psychosocial rehabilitation journal 16 (4), S. 11–23. DOI: 10.1037/h0095655.

DGPPN (Hg.) (2019): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Unter Mitarbeit von Uta Gühne, Stefan Weinmann, Steffi G. Riedel-Heller und Thomas Becker. Springer-Verlag GmbH. 2. Auflage 2019. Berlin: Springer Berlin; Springer.

Grey, Barbara; Bailey, Sheena; Leamy, Mary; Slade, Mike (2014): REFOCUS Coaching Conversations for Recovery. Trainer Manual. Hg. v. National Institute for Health Research (NIHR). SLAM Partners. London. Online verfügbar unter http://www.researchintorecovery.com/publications/downloads.

Slade, Mike (2009): Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press (Values-based practice).

Slade, Mike; Rennick-Egglestone, Stefan; Blackie, Laura; Llewellyn-Beardsley, Joy; Franklin, Donna; Hui, Ada et al. (2019): Post-traumatic growth in mental health recovery. Qualitative study of narratives. In: BMJ open 9 (6), e029342. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029342.

Tedeschi, Richard G.; Shakespeare-Finch, Jane; Taku, Kanako; Calhoun, Lawrence G. (2018): Posttraumatic Growth. Theory, Research, and Applications. Milton: Routledge. Online verfügbar unter https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5426750.

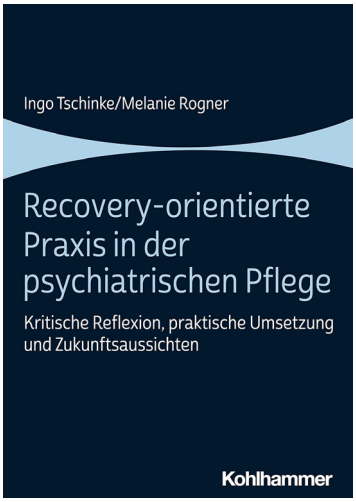
Tschinke, Ingo; Rogner, Melanie (2024): Recovery-orientierte Praxis in der psychiatrischen Pflege. Kritische Reflexion, praktische Umsetzung und Zukunftsaussichten. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Autorin

Madeline Albers
Zertifizierte Genesungsbegleiterin in einem psychiatrischen Fachpflegedienst.
email m.albers@caspardase.de

Autor

Ingo Tschinke MSc
Msc Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Master of Nursing, DipI, Pflegewirt, Fachpfleger in der Psychiatrie, Fachliche Leitung eines psychiatrischen Fachpflegedienstes. email: i.tschinke@caspar-dase.de



Das Buch, um das es geht

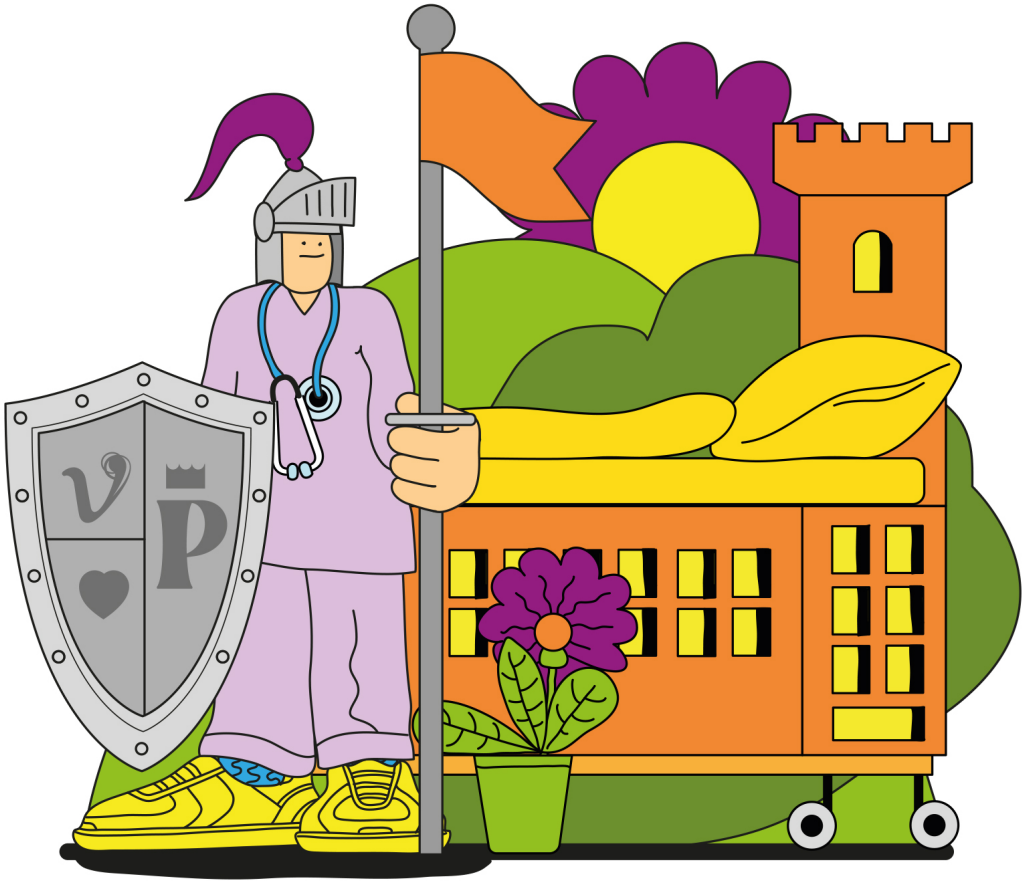
Ingo Tschinke/Melanie Rogner
Recovery-orientierte Praxis in der psychiatrischen Pflege
Kritische Reflexion, praktische Umsetzung und Zukunftsaussichten

2023. 182 Seiten mit 2 Abb., 2 Tab., kartoniert, 240mm x 170mm x 10mm
ISBN 978-3-17-042194-3

39 Euro

Gesundheit
kommt von Herzen.

Vinzenz
Gruppe Wien



Manche sagen Pflegerin.

ANDERE SAGEN

RITTERIN

Wir sagen: „Danke, Andrea!“

Andrea ist Pflegerin aus Überzeugung. Durch ihr entschlossenes Handeln vertritt sie die Interessen der Patient*innen. Was für andere ritterlich klingt, ist für sie selbstverständlich. Danke allen Pfleger*innen, die wie Andrea für das Wohl unserer Patient*innen kämpfen.

Wir suchen überzeugte Pflegefachkräfte: www.pflegejobs.wien

Pflegerisches Handeln

Eckpunkte und ethische Aspekte zum Weiterdenken …

„Die Praxis sollte das Ergebnis des Nachdenkens sein, nicht umgekehrt.“ (Hermann Hesse 1877-1962)

„Professionelle Pflege ist erforderlich, wenn eine betroffene Person ihre Selbstpflege nicht mehr nach ihren Bedürfnissen gestalten kann. Gleichzeitig können familiäre Hilfen und Unterstützungen aus dem sozialen Netzwerk das individuelle Pflegebedürfnis nicht ausreichend kompensieren.“ (Verbändedialog Psychiatrische Pflege „Definition und Grundlage psychiatrische Pflege“, Faltblatt abzurufen: dfpp.de)

Einleitende Gedanken

Orientiert sich Pflege an den fünf Handlungsebenen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986, sind wesentliche Grundlagen und Rahmenbedingungen eingeschlossen wie Gesundheitspolitik, soziale und ökonomische Ressourcen, Organisationen und Gruppen sowie die einzelne Person und seine/ihre persönliche Entwicklung, aber auch die Einstellung zu Gesundheit. Krankheit und Wohlbefinden. Der Ort, die Umgebung pflegerischen Handelns sei es (teil-)stationär, komplementär oder ambulant muss ganz selbstverständlich mit einbezogen werden. Das bedeutet beispielsweise:

Auf der Ebene des Individuums, Persönliche Kompetenzen entwickeln, z. B. durch unterstützende Hilfe bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, dem Sinn und der Bedeutung im eigenen Leben im Sinne von Krankheitsbewältigung, zur Erarbeitung von Frühwarnzeichen sowie zur Förderung von Empowerment, Recovery und Resilienz usw.

Auf der Ebene von Gruppen, Gemeinschaftsaktionen unterstützen, z. B. fördern und unterstützen von Selbsthilfe, Gruppen (auch für Angehörige) initiieren, Integration in bestehende Gruppen im Umfeld fördern bzw. ausbauen usw.

Auf der Ebene der Institutionen, Gesundheitsdienste neu orien-

(C) MarekPhotoDesign.com

tieren, z. B. allgemeine Gesundheitsdienste vor spezialisierten einschalten, Kooperation, Koordination und Zusammenarbeit auf allen Ebenen von Einrichtungen und Diensten praktizieren und gemeinsam Konzepte bzw. Strategien entwickeln usw.

Auf der Ebene von Lebensräumen, gesunde Lebenswelten schaffen, z. B. Unterstützung und Entlastung des Lebensumfeldes von Betroffenen, soziale, gesundheitliche Bedürfnisse und Bedarfe der Bevölkerung wahrnehmen und ihnen begegnen, Probleme und Unzulänglichkeiten benachteiligter Gruppen aufgreifen und vertreten usw.

Auf der Ebene der Politik, Gesundheitsförderung in der Gesamtpolitik fordern und entwickeln, z. B. sich gesundheits-, sozial-, psychiatrie- als auch berufspolitisch auf kommunaler und Bundesebene interessieren und engagieren.

Elementare Ausgangspunkte beruflich-pflegerischen Handelns sind z. B.,

- dass Pflege ein eigenständiger Beruf im Gesundheitswesen ist, der sich auf Wissenschaft und Forschung stützt,
- dass Pflege ihre eigene wissenschaftliche Basis sowie den dazugehörenden Hintergrund hat sowie Erkenntnisse und Methoden der Sozial-, Natur- und Geisteswissenschaften mit einbezieht,
- dass Pflege eine Dienstleistung für die Gesellschaft für alle Menschen ob krank oder gesund und für alle Alters- und gesellschaftliche Gruppen ist,
- dass Pflege ihre spezifischen Aufgaben hat, die sich im notwendigen Wissen und Können von anderen Berufen unterscheidet,
- dass Pflege Hilfe beim einzelnen Menschen zur Erhaltung, Anpassung und Wiederherstellung von Wohlbefinden leistet, sowohl auf der physischen, psychischen als auch sozialen Ebene,
- dass Pflege in jeder Hinsicht umfassend ihr berufliches Handeln verantwortet und überprüft.

Theoriegeleitetes und reflektiertes Handeln in der Pflege basiert auf fachlichem Wissen, das in der Praxis nach dem neusten wissenschaftlichen Stand angewendet und kontinuierlich überprüft und bei Bedarf angepasst wird. Berufliches Handeln erfordert kontinuierliche Entscheidungen, was zu tun und zu lassen ist. In einer mitmenschlichen Tätigkeit wie der (professionellen) Pflege gehören deshalb zwangläufig eine gute berufliche Bildung, eine humanistische Grundhaltung, ein reflektiertes Berufsbild sowie berufliche Identität und ethisch-fachlich-kompetentes Handeln. Die Bereitschaft sich auf Entwicklungsprozesse einzulassen und von anderen zu lernen, sei es Betroffenen, Angehörigen oder anderen Berufsgruppen, ist ein wichtiges Fundament.

Für pflegerische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gilt es im Alltag häufig die Diskrepanz zwischen theoretischen Ansprüchen und praktischer Wirklichkeit auszubalancieren. Deshalb ist es im Alltag erforderlich Prioritäten zu setzen und die beruflich-fachliche Kompetenz gezielt einzusetzen. Eine sachgemäße Auseinandersetzung bzw. Überprüfung, was an den Rahmen- bzw. Arbeitsbedingungen verändert werden kann oder wo klar Stellung bezogen werden muss, unterbleibt häufig. Es entsteht an unterschiedlichen Stellen und in verschiedenen Zusammenhängen immer wieder der Eindruck, dass in der Pflege wenig an den bereits dargelegten Ansätzen und geführten Diskussionen angeknüpft wird und deshalb immer wieder die gleichen Punkte neu grundsätzlich diskutiert und in den Blick genommen werden (müssen). Zur Veranschaulichung Aussagen aus unterschiedlichen Kontexten der letzten Jahrzehnte.

Rückblick – Gedankensplitter

In ihrem Artikel in der Deutschen Krankenpflegezeitschrift von 1976 führt Christa Winter von Lersner zum Selbstverständnis der psychiatrischen Krankenschwester und des psychiatrischen Krankenpflegers aus, dass die grundliegenden Aufgaben in einer (therapeutischen) Grundhaltung, der Organisation eines (therapeutischen) Milieus, Gruppenarbeit mit Patienten und medizinisch-technischen Aufgaben liegen. Sie führt an, dass die Arbeit von psychiatrisch Pflegenden „[…] außerhalb klinischer Einrichtungen, d. h. also in der Gemeinde immer wichtiger wird, und zwar im Zusammenhang mit der Prävention seelischer Erkrankungen. Ein großes Arbeitsfeld wird in der Zukunft die Beratung und Unterstützung von Schlüsselpersonen in der Gemeinde sein, die faktisch schon Prävention seelischer Erkrankungen betreiben (Geistliche, Lehrer, praktische Ärzte, Gemeindekrankenschwestern, ‘Kaufmann an der Ecke‘ u.a.m.).“

Bei einem „Ehemaligen-Treffen“ am Berufsfortbildungswerk des Bfw in Frankfurt führte Hilde Steppe Mitte der 1980er Jahre aus: „Bei der Aufzählung der Hindernisse für ein kooperatives Gesundheitswesen muß sehr

selbstkritisch der berufspolitische Aspekt angesprochen werden. Berufsspezifische Strategien in der Pflege, wenn sie denn überhaupt vorkamen, waren bislang eher berufsständisch als kooperativ angelegt. Berufsständisch meint in diesem Zusammenhang, daß nur die eigenen Probleme der Berufsgruppe gesehen werden und nicht über den Tellerrand der Pflege hinausgeblickt wird. Sicher hat die spezifische Konstruktion des pflegerischen Berufes als 'Mädchen für alles' diese Entwicklung begünstigt, sie sollte jedoch keine Rechtfertigung für zukünftiges Handeln sein. Vor allem haben aber alle Abgrenzungs- oder Ausgrenzungsversuche der Pflege in den letzten Jahren gezeigt, daß diese Diskussionen uns berufspolitisch zumindest mittelfristig eher schwächen als stärken. Es wäre sehr viel besser gewesen, wenn wir uns intensiv damit befaßt hätten, was wir alles wollen, als ständig zu überlegen, was wir alles nicht mehr tun wollen. Diese Abgrenzung betraf ja nicht nur den Pflegeberuf insgesamt nach außen, sondern hat sich sogar innerhalb der Pflege abgespielt. Die berufspolitische Zersplitterung in der Pflege, die nach wie vor ein Fakt unseres Berufsalltags ist, spricht hier für eine breite Sprache."

Ruth Schröck zitierte 1989 in einem Vortrag Nourirh Ben-Dov und warnte zurecht: „Wir haben ein Mandat von denen, die uns letzten Endes bezahlen – den Patienten. Wenn wir ihre Erwartungen nicht erfüllen, werden sie andere finden, die es tun werden. Und genauso sollte es dann sein. Wir haben die Ansprüche gehört, wir sollten wissen, wohin es gehen muß. Wir können die Unterschiede zwischen dem, was wir tun und dem. was wir tun sollten, nicht länger vertuschen." (Ben-Dov Vortrag Europäische Pflegekonferenz Wien 1988).

Antje Grauhan in ihrem persönlichen Ausgangspunkt 1990 beim Fortbildungstag anläßlich ihres Ausscheidens aus dem aktiven Berufsleben in der Schwesternschule der Universität Heidelberg: „Meinen Bemerkungen möchte ich den Schlußsatz aus dem ‚Tagebuch einer Schnecke' von Günter Grass (1972) voranstellen, der meine Bilanz aus über vierzig Jahren Zugehörigkeit zum Pflegeberuf gut widerspiegelt. ‚Nur wer den Stillstand im Fortschritt kennt und achtet, wer schon einmal, wer mehrmals aufgegeben hat, wer auf dem leeren Schneckenhaus gesessen und die Schattenseiten der Utopie bewohnt hat, kann Fortschritt ermessen.' Der Satz mag zwar resignativ klingen, ist es aber nur dann, wenn man das Ausmaß des Fortschritts insgesamt als gering oder gar gegen null tendierend erachtet." Sie fährt fort, dass es sich wie ein roter Faden durch die Betrachtungen über den Pflegeberuf der vergangenen Jahrzehnte ziehe, daß das „Eigentliche" nicht getan werden könne, dementsprechend also die Pflegenden eine überwiegend „uneigentliche" Tätigkeit ausüben.

Unter dem Titel „Mangelware Praxisforschung – eine kritische Betrachtung der Entwicklung in der Pflegeforschung" betont Ruth Schröck auf der 6. Pflegeforschungstagung 1997 der Zentralen Arbeitsgruppe des DBfK „Es läßt sich meiner Meinung nach nicht umgehen, die Vermutung auszusprechen, daß sich die Pflegeforschung in dem Maße von der Pflegepraxis entfernt, in dem sie zunehmend in die institutionalisierte Wissenschaft integriert wird, oder daß zumindest eine starke Tendenz dazu besteht, die erkannt und der bewußt entgegengesteuert werden muß, wenn das primäre Ziel der Pflegeforschung, nämlich die Vermehrung pflegerischen Wissens erreicht werden soll."

Zielsetzung psychiatrischer Pflege

Ziele im Alltag können beispielsweise bedeuten, mit dem Betroffenen eine größtmögliche Unabhängigkeit von Pflege und Betreuung zu erarbeiten. Dabei steht in der Begleitung im Vordergrund, sich an der Biographie des Einzelnen, an seinem sozialen Umfeld sowie seinen individuellen Möglichkeiten und Zielen zu orientieren und ihn in seiner Autonomie und Selbstständigkeit zu unterstützen. Gleichzeitig gilt es immer wieder zu fragen, wo Unterstützung gebraucht wird, wo „Hilfe zur Selbsthilfe" gefördert werden kann und wann ihm Entscheidungen mit fachlicher Begründung abgenommen werden sollte. Dabei hilft die Reflexion, die Sichtweise von Kolleg*innen und anderen Berufsgruppen, um die eigene Wahrnehmung zu korrigieren. Vom Konzept her steht der Hilfebedarf des Einzelnen im Versorgungsgeschehen und nicht allein das institutionelle Angebot.

„[...]Die zentralen Aufgaben von psychiatrischen Pflegepersonen liegen daher in der individuellen Stärkung und Unterstützung von Betroffenen bei der Bewältigung ihres Alltags. Auf der Grundlage ihrer fachlichen Konzepte und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt sie gemeinsam mit dem betroffenen Menschen individuelle Ziele, orientiert sich an dessen Bedürfnissen und Wünschen […]" (Verbändedialog Psychiatrische Pflege, Definition und Grundlagen psychiatrischer Pflege).

Beispielhaft drei allgemeine Pflegeziele

Ziel z. B.	Beispielsweise beim psychisch erkrankten Menschen u.a.	Reflexion Pflegeperson u.a.
Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Autonomie	• anhand individueller und biographischer Grundlagen kleine Schritte zur Selbstständigkeit entwickeln • eigene Wertvorstellungen überprüfen und ins eigene Leben integrieren • Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsfindung üben, unterstützen und im Alltag verankern • unter- und Überforderung erkennen und entgegensteuern • Selbstwahrnehmung unterstützen und stärken • Konflikte erkennen und gezielt angehen, Kompromissfähigkeit üben • Krisen rechtzeitig zu begegnen und als Chancen zu begreifen …	• dem eigenen Handeln zugrunde liegende/s Menschenbild (er) • welche Wertvorstellungen leiten mich • Identität mit dem Beruf • Übernahme von Verantwortung und selbstständiges Handeln • erkennen der eigenen Stärken und Schwächen • Begründung des eigenen Handelns • wahrnehmen der unterschiedlichen Rollen • wovon lasse ich mich bei Entscheidungen lenken • überprüfen des beruflichen Handelns …
Wiederherstellung und Ausbau der Beziehung zu sich selbst und zur Umgebung	• Kontakte und Beziehungen erhalten, gestalten und ausbauen (Familie, Freunde, Nachbarn, Arbeitsplatz usw.) • Missverständnisse und Konflikte erkennen und klären • Gefühlsmäßige Verfassung, Verletzlichkeit einbeziehen und Grenzen emotionaler Belastungen erkennen und rechtzeitig entgegenwirken • individuelles Kontaktbedürfnis erkennen…	• sich der eigenen Beziehungsfähigkeit und Kontaktmöglichkeiten bewusst sein, Vorbildfunktion • die eigenen Lebensereignisse reflektieren, was hat mich geprägt • eigene Grenzen erkennen • Nähe zulassen, wahren von Distanz • Rückmeldung über das eigene Verhalten einfordern …
Gestaltung des Alltags trotz Krankheit und/oder Behinderung	• die Auseinandersetzung mit dem Alltag und dessen Bewältigung unterstützen und fördern • Grenzen und Veränderungen in der Befindlichkeit rechtzeitig erkennen und entsprechend reagieren • die eigene Lebensqualität und Wohlbefinden erforschen • konstruktive Auseinandersetzung mit Alltagsproblemen • eigene Maßstäbe, Normen, Regeln und Lebensweisen finden bzw. zurückgewinnen • das soziale Umfeld zur Unterstützung nutzen und einsetzen • präventive Handlungsmöglichkeiten erarbeiten • ethische, soziokulturelle und wirtschaftlich Gegebenheiten berücksichtigen und im Alltag einbeziehen …	• Reflexion der eigenen Zufriedenheit und des persönlichen Wohlbefindens • was möchte ich von Zeit zu Zeit verändern, um nicht auf der Stelle zu treten • kann ich trotz störendem Verhalten auch liebenswerte Seiten an einem Menschen erkennen und diese nutzen • woran messe ich Lebensqualität und Chancen das Leben zu gestalten • was von meiner Person zeige ich anderen Menschen, was nicht • wie begegne ich unvorhergesehenen Situationen • zu was muss ich mich zwingen • wann brauche ich Unterstützung

Lernen am Modell und eine Vorbildfunktion ist ein wichtiger Bestandteil in der psychiatrisch-pflegerischen Arbeit und muss dem einzelnen Pflegenden bewusst sein und regelmäßig reflektiert werden.

Pflegerische Zugangswege zum Patienten

Welche Mittel und Wege im Einzelnen den Kontakt und die Beziehungsaufnahme zu einem psychisch erkrankten Menschen hilfreich sein können, muss in der jeweiligen Situation überlegt werden. Nachfolgend die wichtigsten pflegerischen Möglichkeiten zusammengefasst (vgl. Schädle-Deininger 2020. S. 84-87).

Zugangsweg	Bemerkungen	Anwendung
Körperliche Bedürfnisse = körpernaher Zugang	Befriedigung von Grundbedürfnissen, beispielsweise Nahrungsaufnahme, Gewicht, Ausscheidung, Ruhe und Schlaf, Körpergefühl usw.	Der Zugangsweg wird vor allem bei Menschen eingesetzt, die in sich gekehrt sind. die selbst wenig oder keinen Bezug zum eigenen Körper haben oder die ihre Bedürfnisse nicht oder nicht ausreichend wahrnehmen usw.
Aktivitäten = Gemeinsames Tun	Teilen gemeinsamer Zeit, beispielsweise, schweigend oder redend, Alltag gestalten und bewältigen, Tages- und Wochenstrukturierung (Einkaufen, Freizeit ...) usw.	Dieser Zugang kommt insbesondere bei Menschen zum Tragen, die sich verbal nicht oder schlecht äußern können, isoliert, durcheinander oder antriebsgestört sind, die ihre Fähigkeiten nicht wahrnehmen oder nicht zeigen können usw.
Konversation = Gespräche über Alltägliches	Möglichkeit über allgemeine Gesprächsthemen in Kontakt zu kommen, die den Betroffenen interessieren (z. B. Sport, Mode Politik, Rezepte, Freizeitgestaltung, Familie, Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit. Wenn wir uns dazu durch unsere Ansichten äußern, machen wir uns und in der Diskussion sichtbar usw.	Konversation benötigen wir bei Personen, die sich scheuen über sich selbst zu sprechen oder andere mit ihren Problemen nicht belasten wollen, die sich schwer zurechtfinden, die sich mit ihren Problemen im Kreis drehen gleichzeitig wird darauf geachtet, dass beispielsweise an einer Sucht erkrankte Menschen sich nicht hinter der Konversation verstecken usw.
Problemklärung = Problemorientierter Zugang	In den Mittelpunkt stellen der inneren und äußeren Konflikte, die Themen können beispielsweise mit dem Krankheitsgeschehen zu tun haben, Schwierigkeiten in der Familie, mit Nachbarn oder am Arbeitsplatz, Einsamkeit oder Gefühl der Wertlosigkeit und fehlende Zukunftsaussicht, aber auch Ängste, Stimmungsschwankungen, Aggressionen und Wut usw.	Der Problemorientierte Zugang nützt uns bei Menschen, die ihre Probleme bagatellisieren oder negieren, die ihre Gefühle nicht genügend wahrnehmen und äußern, die Konflikten aus dem Weg gehen oder die von ihren Problemen erdrückt werden. Dabei gilt es das Wahrgenommene und die eigenen Gefühle zu äußern, den Einzelnen zu unterstützen bei der Entscheidungsfindung, ihm ggf. Dinge abzunehmen, Mittler sein und Kontakt zu anderen Berufsgruppen herzustellen usw.
Medizinische Erfordernisse = medizinisch-pflegerischer Zugang	Nutzung medizinischen Handwerkszeug, um einen Zugang zum psychisch erkrankten Menschen zu finden, beispielsweise Blutdruck messen, Puls fühlen, Anordnungen Untersuchungen, Wirkungen und unerwünschte Wirkungen von Medikamenten sowie Krankheitssymptome erklären usw.	Diesen Zugang nutzen wir bevorzugt bei Menschen, die bewegungslos sind. im Stupor verharren, die nur über diesen Weg Nähe zulassen können oder die ihre psychische Erkrankung negieren und bisher keinen Zugang zu ihr finden. Krankheitssymptome ernst zu nehmen und sich aus der Sicht des Betroffenen erklären zu lassen, hilft Professionellen besser das Geschehen zu verstehen usw.

Je nach Situation, Befinden sowie augenblicklichem Zustand und je nach Persönlichkeit des einzelnen psychisch erkrankten Menschen werden einzelne, mehrere oder alle fünf pflegerischen Zugangswege von der Pflegefachkraft eingesetzt. Die einzelnen Zugangswege gehen im Pflegeprozess ineinander über oder überschneiden sich.

Beziehungsgestaltung

Das Ziel einer tragfähigen Beziehung besteht darin, dass der einzelne psychisch Kranke durch aktive Teilnahme am Betreuungs- und Beziehungsprozess persönliche und soziale Kompetenzen erwerben sowie in Krisen auf eine Bezugsperson zurückgreifen kann. Dazu gehört u. a. eine für ihn angemessene Lebensqualität, dass er sich in seinem Lebensraum wohlfühlt und dass er mit seiner Erkrankung und/oder Behinderung leben kann.

Damit Beziehungen professionell gestaltet werden können, müssen sich Pflegepersonen und andere Helfer darüber im Klaren sein, welche eigenen Erfahrungen und Haltungen in Begegnungen ihnen hilfreich und welche eher hinderlich sind. Oder auch welche Erwartungen schon im Vorfeld einer Begegnung prägen, beispielsweise erwarte ich unkooperatives Verhalten oder Ablehnung vom psychisch erkrankten Menschen? Scheue ich die Übernahme der Verantwortung, die ich in der Beziehung übernehmen muss? Oder bin ich unsicher wie viel Nähe ich zulasse und wie viel Distanz ich oder wir beide benötigen, damit sich eine tragfähige Beziehung entwickeln kann?

Um eine pflegerische (Arbeits-)

Beziehung herzustellen, bietet sich im psychosozialen Kontext an, sich an den Phasen einer Beziehung nach Hildegard Peplau zu orientieren, zugrunde zu legen und diese entsprechend anzupassen. Sie beschreibt vier Phasen, die helfen können, Beziehungen bewusst zu gestalten, die sich jedoch nicht voneinander trennen lassen, sondern ineinander übergehen und auch nicht „hierarchisch“ ablaufen, sondern sich je nach Verlauf der Erkrankung auch wiederholen oder stagnieren können. In diesen Phasen nimmt die Pflege unterschiedliche Rollen ein, z. B. als UnterstützerIn (Ressource), BeraterIn, StellvertreterIn (Ersatzperson), Lehrende(r), die Rolle als Fremde(r) oder auch die Führungsrolle, die im Handeln hilfreich sind.

Die Orientierungsphase ist z. B. gekennzeichnet durch das Assessment, die Einschätzung des Pflegebedarfs, die gegenseitigen Erwartungen werden artikuliert und gemeinsame bzw. unterschiedliche Zielsetzungen festgehalten.

In der Identifikationsphase werden z. B. Ziele ausgehandelt und festgelegt, Prioritäten gesetzt, der Pflegeplan erstellt, der in eine Gesamtbehandlungsplanung integriert wird.

Bei der Nutzungsphase ermöglicht die Pflegekraft dem Betroffenen z. B. aktiv die zur Verfügung stehenden Hilfen zu nutzen und Entscheidungen zu treffen. Die gemeinsam geplanten Maßnahmen werden durchgeführt.

Die Ablösungsphase bereitet z. B. darauf vor, dass der Betroffene sein Leben wieder eigenständig und autonom gestalten und sich aus der Rolle des Kranken befreien kann, eine Bewertung (Evaluation) der Pflege wird vorgenommen.

Das Ziel einer tragfähigen Beziehung besteht vor allem darin, dass die einzelne psychisch erkrankte Person aktiv am Betreuungs- und Beziehungsprozess beteiligt ist, ihn mitgestalten, persönliche sowie soziale Kompetenzen ausbauen und neu entdecken kann. In Krisen auf die Bezugsperson zurückgreifen und eine für ihn angemessene Lebensqualität, trotz Krankheit und/oder Behinderung erreichen und in seinem Lebensraum in Wohlbefinden entfalten kann. Kontakte und Beziehungen können nur dann zu einem stützenden Ergebnis führen, wenn professionelle Helfer bereit sind die Erfahrungen des Betroffenen ernst zu nehmen und in fachkompetentes Handeln einzubeziehen.

Ansatz: Bezugspflege und Primary Nursing

Unter Bezugspflege wird allgemein eine ganzheitliche und umfassende Vorgehensweise verstanden. Eine (pflegerische) Bezugsperson lässt sich auf die Beziehung zu einem Patienten/Hilfebedürftigen ein, ist zuständig und verantwortlich für die zu betreuende und begleitende Person.

Primary Nursing (PN) wird von ihrer Begründerin Marie Manthey als ein personenbezogenes Pflegesystem bezeichnet, das im Kern aus der persönlichen Zuordnung einer Pflegekraft zu einem oder mehreren Patienten besteht. Das bedeutet die Zuständigkeit und Verantwortung für die Pflege von der Aufnahme bis zur Entlassung und beinhaltet die Kontrolle über das pflegerische Tun. (Schädle-Deininger/Wegmüller S. 168).

Die Primary Nurse hat als Pflegeexpertin den Überblick aufgrund der pflegerischen Anamnese über die betreffenden Maßnahmen, Diagnostik und Therapie und handelt im Interesse des Patienten mit anderen Pflegenden und Berufsgruppen. Die Primary Nurse arbeitet eng mit der Associate Nurse und der Assistant Nurse zusammen. Sie delegiert Tätigkeiten und behält die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess.

Der PN-Ansatz könnte genutzt werden, um eine Systematisierung von Qualifikationsniveaus und Expertentum für die Pflegepraxis sowie im Kontext der Differenzierung pflegerischen Handelns zu entwickeln. Strukturen von Tätigkeitsmerkmalen, Dienstplangestaltung, Personalentwicklung usw. wie dies das Deutsche Netzwerk Primary Nursing 2008 im DBfK Bundesverband herausgegeben hat, können als Orientierung und Anregung genutzt werden.

Es ergibt sich die Frage, ob die bisherigen „üblichen“ drei Pflegesysteme (Bereichspflege, Bezugspflege und Primary Nursing) mit ihren Beschreibungen und Definitionen so noch in eine sich professionalisierende Pflege passen oder ob sie nicht in ein Gesamtverständnis und eine differenzierte und umfassende Struktur einfließen müssten. Beispielsweise wie können in einem abgestuften Qualifikationsgrad der Pflege Stellen- und Aufgabenbeschreibungen, Rollen- und Tätigkeitprofile oder auch grundlegende Konzepte in den jeweiligen Tätigkeitsfeldern aussehen und festgelegt werden?

Ethisches Alltagshandeln

„Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen ist eine Erklärung der ethischen Werte, Verantwort-

lichkeiten und beruflichen Rechenschaftspflicht von Pflegefachpersonen und Studierenden/Lernenden der Pflege. Er definiert und leitet die ethische Pflegepraxis innerhalb der verschiedenen Pflegerollen. Er ist kein Verhaltenskodex, sondern kann als Rahmen für eine ethische Pflegepraxis und Entscheidungsfindung dienen, um die von den Aufsichtsbehörden festgelegten professionellen Standards zu erfüllen. Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen bietet ethische Leitlinien in Bezug auf die Rollen, Pflichten, Verantwortlichkeiten, Verhaltensweisen, das professionelle Urteilsvermögen und die Beziehungen von Pflegefachpersonen zu Patientinnen und anderen Menschen mit Pflegebedarf, zu Kolleginnen und zu Fachpersonen anderer Berufe. Der Kodex ist grundlegend und dient zusammen mit den Gesetzen, Vorschriften und Berufsstandards der Länder, die die Pflegepraxis regeln, als Basis. Die in diesem Kodex zum Ausdruck gebrachten Werte und Verpflichtungen gelten für Pflegefachpersonen in allen Arbeitsfeldern, Rollen und Praxisgebieten."

Der Weltbund er Krankenpflege ICN (International Council of Nurses) legt im Ethik-Kodex der Pflege vier Grundelemente fest, die den Standard ethischer Verhaltensweisen bestimmen und denen sie verpflichtet sind:

1. Pflegende und ihre Mitmenschen
2. Pflegende und ihre Berufsausübung
3. Pflegende und die Profession
4. Pflegende und ihre Kollegen/-innen

(ICN-Kodex, Stand 2021 abzurufen: www.dbfk.de)

In der psychiatrischen Pflege zeigt sich eine ethische Grundhaltung beispielsweise darin, sich bewusst zu machen, dass die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik und damit die erste Begegnung mit der Psychiatrie für den einzelnen Betroffenen eine große Bedeutung hat und prägt. Eine akzeptierende und wertschätzende Haltung des subjektiven Erlebens fördert Vertrauen, wirkt sich auf den Beziehungsaufbau und auf eine tragfähige Arbeitsgrundlage aus. Es geht im alltäglichen miteinander darum, eine Atmosphäre zu schaffen, die Geborgenheit vermittelt und gleichzeitig dem Betroffenen die Verantwortung nicht abnimmt, damit er sich nicht ausgeliefert fühlt. Dabei ist das Bewusstsein hilfreich, dass mich als Helfer ge-

Gisela Ambrosch

Qualitätssicherung im Pflegemanagement

Ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe

facultas 2023
126 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 34,70 UVP
ISBN 978-3-7089-2365-9
E-ISBN 978-3-99111-771-1

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

nauso eine psychische Erkrankung treffen kann wie jeden anderen auch.

Im Alltag gibt es viele pflegerisches Situationen, die ethische Aspekte in sich bergen, sei es beispielsweise, wenn jemand verwahrlost ist, bei Anwendung von Gewalt oder auch, wenn jemand suizidales Verhalten zeigt. Nachfolgend ein alltägliches Beispiel

Frau Antje Maier berichtet im Aufnahmegespräch von ihren Stimmen, ist ängstlich und abwehrend. Es wird im Verlauf des Gesprächs immer deutlicher, wie sehr sie darunter leidet. Aus einem früheren Aufenthalt ist bekannt, dass sie in diesem Zustand Medikamente strikt ablehnt. Es ist jedoch auch bekannt, dass sie, wenn sie Medikamente zur Symptomlinderung bekommt, relativ rasch weniger Ängste hat, in Kontakten zugänglicher ist und etwas Abstand zu ihrem psychotischen Geschehen bekommt. Am Ende des letzten Aufenthaltes betonte sie jedoch, dass für sie die unerwünschten Wirkungen zu Beginn der Einnahme schlimmer seien als ihre Ängste und Stimmen. Die ethische Abwägung besteht zum jetzigen Zeitpunkt darin, auf der einen Seite die Bedenken der Nebenwirkungen erst zu nehmen, die Autonomie und Selbstbestimmung von Frau Maier zu respektieren und auf der anderen Seite das situationsbedingte Eskalationsrisiko einzuschätzen und gleichzeitig mit ihr behutsam einen Weg zu beschreiten, dass sie Hilfe, auch medikamentöse, annehmen und ein vertrauensvoller Kontakt entstehen kann. Folgende Fragen können dabei relevant sein: Wo kann ich an ihrer Lebens- und Krankengeschichte anknüpfen? Gibt es einen Zugang. z. B. hinsichtlich ihres körperlichen Befindens über ein Entspannungsbad? Gibt es die Chance das Für und Wider von Medikamenten mit ihr schrittweise hinsichtlich der seelischen Entlastung abzuwägen? usw.

Die praktizierte Grundüberzeugung in der Pflege wie in „Care-Ethik“ beschrieben, zeigt einen Aspekt der beruflichen Ethik auf, was sich dann im beruflichen Handeln prozesshaft erkennen lässt. Care-Ethik hat nicht nur die professionelle Hilfeleistung im Blick, sondern auch die alltägliche Fürsorge und ermöglicht deshalb eine andere Sichtweise auf das Spannungsfeld zwischen dem verantwortlichen Engagement dem einzelnen Menschen gegenüber und den Anforderungen der Gesellschaft.

Im Alltag werden häufig zu wenig bewährte Methoden zur Erörterung ethischer Probleme und Konflikte angewandt wie beispielsweise das Sokratische Gespräch, das auch als „Hilfsmittel des Denkens“ bezeichnet wird. Solche Ansätze in der Praxis mehr zu etablieren, würde manche Entscheidungsfindung erleichtern. Durch das strukturierte gemeinsame Nachdenken

Art der stationären Einrichtung	Krankenschwestern, -pfleger/ Kinderkrankenschwester, -pfleger mit staatlicher Anerkennung	davon Krankenschwestern, -pfleger/ Kinderkrankenschwester, -pfleger mit staatlicher Anerkennung und weitergehenden psychiatrischen bzw. sozialpsychiatrischen Weiterbildung	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	Pflegepersonal ohne Ausbildung	Pflegepersonen in Ausbildung
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie	42,2 %	6,0 %	17,4 %	17,0 %	16,8 %
Fachabteilungen für Psychiatrie und Neurologie	51,4 %	3,0 %	17,7 %	13,7 %	11,3 %
Psychiatrische Universitätskliniken	61,7 %	13,2 %	12,4 %	17.5 %	5,2 %
Fachkrankenhäuser und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	39,2 %	5,9 %	34,9 %	11,4 %	keine
Fachkrankenhäuser für Suchtkranke	42,4 %	9,8 %	31,1 %	8,3 %	keine
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	23,7 %	1,8 %	26,0 %	34,9 %	keine
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	18,7 %	2,9 %	15,8 %	48,8 %	keine

Angaben aus dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD“, Bundesdrucksache 4/4200 Kap. A4, S. 128.-132 (ohne Altenpfleger/-innen und Krankenpfleger/-schwestern mit verwaltungseigener Prüfung).

ist es leichter einen Konsens zu finden und zu verbindlichen Urteilen einer Situation im Problemlösungsprozess zu kommen.

Qualifikationsgrade und pflegerisches Alltagshandeln

Pflegerische Versorgung hat ein breites Spektrum an Tätigkeiten. die in ganz unterschiedlicher Intensität und im fachlich-inhaltlich Handeln durchgeführt werden müssen. Die sozialrechtliche Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege widerspricht der psychiatrisch-pflegerischen Berufsauffassung und dem Versorgungsbedarf von psychisch erkrankten Menschen. Pflege ist nicht teilbar, sie geschieht umfassend mit ganzheitlichem Blick auf den Betroffenen. Von daher steht die Komplexität des Pflegebedarfs im Vordergrund der Entscheidung, wer wann wo was und in welcher Weise mit dem psychisch erkrankten Menschen durchführt und wie viele Personen zum Einsatz kommen, um dem Anspruch einer umfassenden und personenorientierten Pflege gerecht zu werden.

Psychiatrie-Enquête

Ein Blick in die Ergebnisse der in Psychiatrie-Enquête erhobenen Daten zu „Das Psychiatrische Pflegepersonal nach Ausbildungsgrad und Tätigkeit in den verschiedenen stationären Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland (Tabelle Seite 74).

Festzustellen ist, dass zu diesem Zeitpunkt weniger als die Hälfte des Pflegepersonals eine staatliche Anerkennung hat (42 %), 17 % sind einjährig ausgebildet, 17 % ohne Krankenpflegeausbildung und 17 % Schüler/-innen der Kranken- und Kinderkrankenpflege.

In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung (1988) ist auf Seite 156 zu lesen:

„[…] Psychiatrische Pflege muss insofern von der somatischen Pflege unterschieden werden, als sie nicht allein bedeutet, bei den Alltagsverrichtungen unmittelbar helfend in den Handlungsbedarf einzugreifen oder ärztlich verordnete abgrenzbare Einzelleistungen wie Medikamentenvergabe oder Verbandswechsel durchzuführen. Sie muss vielmehr bedeuten, dem psychisch Kranken Hilfe zu geben, dass er die Regeln der Sorge des Menschen für sich selbst und des mitmenschlichen Umgangs als Elemente des eigenen Handlungsrepertoires wahrnimmt und umsetzt […]“.

Qualifikation und pflegerischer Alltag

Eine umfassende Versorgung und eine Orientierung am Bedarf und den Bedürfnissen der einzelnen Person, die auf pflegerische Hilfe angewiesen ist, lässt sich bedarfsgerecht durch unterschiedliche Qualifikationsniveaus im pflegerischen Handeln verwirklichen und hängt von der Komplexität der Situation und des jeweiligen Bedarfs ab. Es kann im Einzelnen nicht nur um Einsparungen und Wirtschaftlichkeit gehen, sondern um die fachlich-inhaltliche Befriedigung von Bedürfnissen von Betroffenen und deren sozialen Kontext. Zentrale Aspekte eines Zusammenspiels unterschiedlicher Qualifikationsgrade könnten aus dem Pflegesystem Primary Nursing abgeleitet werden, z. B. Verantwortung und Zuständigkeit. Die qualifizierte Pflegekraft verantwortet die Qualität und den Verlauf der geplanten Pflege und delegiert gezielt Tätigkeiten, die dann wieder im einem Gesamtprozess zusammengeführt und dokumentiert werden. Ein abgestuftes Modell im pflegerischen Handeln fördert Normalität sowie den am Bedarf orientierten Unterstützung in seiner unterschiedlichen Ausgestaltung wie an den folgenden zwei Beispielen exemplarisch dargestellt wird.

Beispiel Mahlzeiten gestalten

Ernährung als eine Aufgabe der Pflege hat viele Facetten, die es gilt genauer hinsichtlich der Gestaltung und Durchführung zu betrachten, orientiert an unseren bisherigen Qualifikations-Abstufungen. Diese wären künftig in einem angepassten pflegerischen Bildungssystem auszudifferenzieren und in einem entsprechenden Gesamtkonzept anzupassen. Dabei wird deutlich, dass alle Mitarbeitende gleichermaßen gebraucht werden, um die Selbstständigkeit und Autonomie jedes Einzelnen zu fördern, der auf pflegerische Unterstützung angewiesen ist und ihm zudem individuelle Hilfe anzubieten. Die nachfolgende Tabelle soll dies exemplarisch verdeutlichen (Tabelle differenziert Mahlzeiten gestalten).

Beispiel Pflegesituation „sich anbahnende Eskalation erkennen“

Im Alltag vorausschauend und präventiv zu arbeiten bedeutet beispielsweise rechtzeitig Anspannungen und Veränderungen wahrzunehmen, um sich anbahnenden Eskalationen rechtzeitig zu begegnen und entgegenzuwirken. Dabei gilt es das jeweilige Wissen einzusetzen, aber auch die eigenen Grenzen zu erkennen

und entsprechend Unterstützung zu suchen und einzufordern.

Tab. Differenziert Mahlzeiten gestalten (eigene Darstellung)

Qualifikationsgrad	Alltagshandeln – beispielsweise
Pflegeassistenz/ Peers	Ganz allgemein Mahlzeiten zu gestalten. dabei zu sein, eine Atmosphäre zu schaffen, Gemeinsamkeit zu fördern und auf Bedürfnisbefriedigung zu achten usw.
Pflegefachfrau/ Pflegefachmann	Mahlzeiten unter gesundheitsfördernden, milieugestalterischen sowie sozialen Kompetenz Aspekten zu begleiten, erfordert einige Wissensgrundlagen usw.
Fachkrankenpflege/ Pflegeexperte	Jemanden dazu bewegen, trotz seiner/ihrer Vergiftungsängste eine Mahlzeit zu sich zu nehmen erfordert gezielte und umfassende fachliche Kenntnisse und deren individuelle Anwendung usw.

Tab. Erkennen von Anspannung und Verhaltensänderung (eigene Darstellung)

Qualifikationsgrad	Alltagshandeln - beispielsweise
Pflegeassistenz (PflegehelferIn) /Peers	kann verändertes Verhalten und Verhaltensweisen wahrnehmen, beschreiben und entsprechend weitergeben usw.
Pflegefachfrau/ Pflegefachmann	kann Verhaltensänderungen wahrnehmen, in entsprechende Zusammenhänge bringen und entsprechend Handeln usw.
Fachkrankenpflege/ Pflegeexperte	kann Änderungen im Verhalten wahrnehmen, einordnen und beherrscht theoretische und praktische Handlungsstrategien sowie vorbeutende Maßnahmen usw.

Vor diesem Hintergrund würde es sich anbieten, weitere Pflegesituationen und alltägliche pflegerische Arbeit zu differenzieren und festzuhalten, um den Bedarf an unterschiedlichen Qualifikationsgraden auf einer solchen Basis am jeweiligen Arbeitsplatz zu ermitteln. Diese Erfahrungen müssten breit diskutiert werden und sich in künftigen Konzepten niederschlagen.

Mosaik Dauerbrenner Personalmangel

Die 1979 durchgeführte Untersuchung über den gegenwärtigen und künftigen Bedarf an Krankenpflegepersonen in der Bundesrepublik Deutschland – Krankenpflegeenquete – geht u. a. von der Annahme aus, dass nach kurzem Anstieg des Interesses durch eine höhere Schülerzahl ein ansteigender Personalmangel in den pflegerischen Diensten zu erwarten sei. Es wird als Maßnahme die Reaktivierung ehemaliger Krankenpflegekräfte und die Beschäftigung ausgebildeter Krankenpflegekräfte aus anderen Ländern angeregt. Ein weiterer Vorschlag besteht darin, dass durch die Ermittlung des wünschenswerten, aber auch höchstzulässigen Anteils von Krankenpflegehilfskräften einerseits und von Fachpflegekräften andererseits mehr Kräfte in die pflegerische Versorgung eingehen und entsprechend der Qualifikation die Aufgaben erfüllt werden können. Es wäre in diesem Kontext zu entscheiden, durch welche bildungs- und finanzplanerischen Maßnahmen die quantitativ und qualitativ bedarfsgerechter Heranbildung der benötigten Krankenpflegehilfskräfte, (Kinder-) Krankenpflegekräfte und Fachkrankenpflegekräfte gewährleistet wären.

Infolge der Psychiatrie-Enquête (1975), des Modellprograms Psychiatrie und der Empfehlungen der Expertenkommission (1988), entstand die Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV 1990). Der Personalbedarf psychiatrischer Einrichtungen, der Behandlungsbedarf sowie die pflegerische Personalbemessung wurde anhand der Betreuungsintensität bestimmter Patientengruppen ermittelt. Die Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) der verschiedenen Berufsgruppen wurden festgelegt. Die pflegerischen Aufgaben wurden in die Rubriken allgemeine, spezielle und psychiatrische Pflege sowie mittelbar patientenbezogene Aufgaben eingeteilt. Durch die Psych-PV konnten neue Stellen geschaffen werden. Allerdings wurde sie durch die Budgetdeckelung (1993) sukzessive ausgehebelt.

Die Studien die im Auftrag der BFLK (Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.) 2019 zum Personalbedarf in unterschiedlichen Settings der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL-Studie) durchgeführt wurde, stellt für die Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege eine Übergangslösung dar (Homepage BFLK und DFPP). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, diese Studie und ihre Ergebnisse zu verbreiten, um Zahlen zur Personalbedarfsermittlung auf breiter Basis zu diskutieren und Veränderungsnotwendigkeiten zu erarbeiten, die vorgelegt werden und auf dieser Basis Konzepte entwickelt werden können, die dem umfassenden Handlungsauftrag psychiatrischer Pflege entsprechen.

In einer Presseerklärung im Juni 2022 kritisiert die Gewerkschaft Verdi im Vorfeld der Gesundheitsministerkonferenz in Magdeburg den durchschlagenden Personalmangel in psychiatrischen Einrichtungen. Es werde permanent gegen die in der Psychiatrie geltenden Personalvorgaben systematisch verstoßen. Die seit 2020 geltende Richtlinie Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) schreibe den Einrichtungen vor, wie viel Personal welcher Berufsgruppen sie in der Versorgung psychisch kranker Menschen einsetzen müssten. Im Durchschnitt werde dies nur zu ca. 78 % erfüllt, das sei das Ergebnis einer ver.di-Untersuchung auf 91 psychiatrischen Stationen mit insgesamt 1.809 Betten. Die ver.di-Erhebung stellt weiter fest, dass durchschnittlich auf den psychiatrischen Station 22 Betten existieren, die PPP-RL jedoch eine Stationsgröße von 18 Betten empfehle. Das gehe zu Lasten der Versorgung und der Beschäftigten und trage ggf. zur Erhöhung von Aggressionen, Gewalt und Zwang bei.

Am Ende des Artikels ist die Frage zu stellen, ob wenn diese Punkte alle zusammengedacht und nach kreativen, gangbaren und bedarfsgerechten Wegen gesucht wird, sich in der Psychiatrielandschaft, in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie in der psychiatrischen Pflege zum Wohle aller etwas verändern könnte?

„Gute Gedanken zu haben ist eine Sache: Ihnen entsprechend zu handeln eine andere.“ (Mahatma Gandhi)

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

Literatur

Bundesvereinigung für seelische Gesundheit: (1983). Seelische Gesundheit möglich machen – mehr als Krankheit verhindern – Berichte über Tagungen 1980/1981, Bundesvereinigung für seelische Gesundheit, Martinistr. 52 (c/o Psychiatrische Klinik der Universität) 2000 Hamburg 20

DBfK – deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: (2008). Merkmale von Primary Nursing – eine Orientierung und Handlungshilfe zur Umsetzung der pflegerischen Organisationsform primary Nursing, DBfK Geschäftsstelle Salzufer 6, 10587 Berlin

Manthey, M.: (2002). Primary Nursing – ein personenbezogenes Pflegesystem, Huber Verlag Bern

Peplau. H.: (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege – Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege, Recom Verlag Basel Eberswalde
Schädle-Deininger, H.; Villinger, U.: (1996). Praktische Psychiatrisch Pflege – Arbeitshilfen für den Alltag, Psychiatrie Verlag Bonn

Schädle-Deininger, H.; Storck, G.: (2004) Psychiatrisch-pflegerische Inhalte im personenzentrierten Handeln – ein Plädoyer, Psych. Pflege Heute, Stuttgart Georg Thieme Verlag

Schädle-Deininger, H.; Wegmüller, D.: (2016). Psychiatrische Pflege – Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium, Hogrefe Verlag Bern

Schädle-Deininger, H.: (2020). Basiswissen; Grundlagen psychiatrischer Pflege, Köln Psychiatrie Verlag

Schröck, R.: (1989). Ansprüche in der Zukunft und Möglichkeiten einer beruflichen Selbstbestimmung, Vortrag Jahrestagung 06. bis 09.04.1989, Evangelischer Fachverband für Kranken- und Sozialpflege (unveröffentlichtes Manuskript)

Schröck, R.: (1997). Mangelware Praxisforschung – eine kritische Betrachtung der Entwicklung in der Pflegeforschung, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Zentrale Arbeitsgruppe Pflegeforschung (unveröffentlichtes Manuskript)

Schwesternschule der Universität Heidelberg: (1990). Fortbildung anläßlich des Ausscheidens von Frau Antje Grauhan aus dem aktiven Berufsleben: Akademisierung der Pflege (unveröffentlichter Tagungsbericht)

Steppe, H.: (1985/1986) Ehemaligen-Fortbildung, bfw Berufsfortbildungswerk, Gemeinnützige Bildungseinrichtung des Deutschen Gewerkschaftsbundes GmbH, unveröffentlichtes Manuskript

Untersuchung über den gegenwärtigen und künftigen Bedarf an Krankenpflegepersonen in der Bundesrepublik Deutschland – Krankenpflegeenquete – (1979) Untersuchung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit – Zusammenfassender Bericht, Deutsche Krankenpflegezeitschrift 6/1979, Verlag W. Kohlhammer Stuttgart

Verbändedialog psychiatrische Pflege (2019). Definition und Grundlage psychiatrische Pflege Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e. V. www.dfpp.de

Winter von Lersner, C.: (1976). Vom Selbstverständnis der psychiatrischen Krankenschwester und des psychiatrischen Krankenpflegers, Deutsche Krankenpflegezeitschrift 7/1976, Kohlhammer Stuttgart

Weiterführende Literatur

Arend, A.: (1998). Pflegeethik, Ullstein Medical Verlag Wiesbaden

Finzen, A.; Schädle-Deininger, H.: (1979). „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“ – Die Psychiatrie-Enquête, Psychiatrie Verlag Rehburg-Loccum

Höll, T.; Schmidt-Michel, P.-O.: (1989). Irrenpflege im 19. Jahrhundert – Die Wärterfrage in der Diskussion der deutschen Psychiater, Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 44. Psychiatrie Verlag Bonn

Schädle-Deininger, H. Hrsg.: (1981). Den psychisch Kranken im Alltag begleiten – Pflege in der Psychiatrie, Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 31, Psychiatrie Verlag Rehburg-Loccum

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

Städtler-Mach, B.: (2007). Ethik gestalten, Mabuse-Verlag Frankfurt am Main

Tilley, S.: (2004). Re-Reading Altschul – A Festschrift – In honour Professor Emeritus Annie Altschul CBE, BA, MSc, RGN, RMN, RNT, The Hypatia Trust Penzance

Urta, U.: (1971). Wenn dir ein Ziegel auf den Kopf fällt – ein Dokument, Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 3, Hrsg. von den Sozialen Arbeitskreisen der Studenten an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen

Wettreck, R.: (2001). „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik. LIT-Verlag Münster

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

Leben mit metastasiertem Brustkrebs

Ein ganzheitlicher Blick auf Therapie und Lebensqualität

Die Diagnose „metastasierter Brustkrebs“ wirft viele Fragen und Unsicherheiten auf. Hochrangige Expert:innen beantworten beim virtuellen Patiententag am **26. Januar 2024** verschiedene Fragen, wie:

- Welche innovativen Behandlungsmöglichkeiten sind verfügbar?
- Wie kann ich meine Lebensqualität verbessern?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten stehen mir zur Verfügung?

Eine Initiative von selpers GESUNDES LERNEN.

Leben mit metastasiertem Brustkrebs

selpers GESUNDES LERNEN.

Wann: Freitag, 26.01.2024 ab 10:00 Uhr

Wo: Online auf www.selpers.com

Kostenlos, einfach reinklicken und zuhören.

Expert:innen:
Mag.ª rer. nat. Elisabeth Andritsch
Assoz. Prof. Priv-Doz. Dr. Rupert Bartsch
Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant
Doris Kiefhaber
Univ.-Prof.in Priv.-Doz.in DDr.in Eva Katharina Masel, MSc
OÄin Dr.in Caroline Preuß
OÄin Priv.-Doz.in Dr.in Kathrin Strasser-Weippl, MBA
Prim.ª Priv.-Doz.in Dr.in Birgit Volgger
Priv.-Doz.in Dr.in Rachel Würstlein

selpers.com/live/patiententag-metastasierter-brustkrebs-2024

Mit freundlicher Unterstützung von AstraZeneca, ABCSG, Daiichi-Sankyo, GILEAD | Oncology, Lilly Oncology, onkopilotin, Österreichische Krebshilfe, Seagen

Freitag, 26. Januar 2024

Leben mit metastasiertem Brustkrebs: Ein ganzheitlicher Blick auf Therapie und Lebensqualität

Virtueller Patiententag

Kostenlos und ohne Anmeldung

hpsmedia

CareLit®

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de