Pflege Professionell

Das Open Source Fachmagazin für den Gesundheitsbereich Sommer 2016

„Im Interview..."
Dr. Alexander Van der Bellen
Ing. Norbert Hofer

Prof. Dr. Michael Bossle, MScN
Von Logiken und Sprachverwirrungen

Prof. Dr. Angelika Zegelin
Die sprechende Pflege

BILDUNG & MANAGEMENT

03 **Ko Kompetenz – Die Zukunft der Zusammenarbeit**
Dr. Christoph Zulehner

07 **Die betriebliche Gesundheitsförderung älterer Mitarbeiter auf der Grundlage des Salutogenese-modells von Aaron Antonovsky**
Jeanette Janetschek - Diplom Pflegewirtin (FH), Dr. Dorothea Thieme, Matthias Drossel, MScN, BA

15 **„Mittendrin dabei – Pflegeausbildung im Umbruch“**
Direktorin Michaela Dorfmeister, MBA

GESUNDHEITSPOLITIK

21 **Von Logiken und Sprachverwirrungen**
Prof. Dr. Michael Bossle, MScN

25 **„Im Interview“**
Dr. Alexander Van der Bellen

29 **„Im Interview“**
Ing. Norbert Hofer

ALTENPFLEGE

33 **Lebensbegleitendes Lernen im Alter**
Präsidentin IG Birgit Meinhard-Schiebel, Gemeinderätin & Landtagsabgeordnete

FACHWISSEN

35 **Die sprechende Pflege**
Prof. Dr. Angelika Zegelin

39 **Postoperativer Schmerz - (k)ein Problem der Pflege?**
Svetlana Geyrhofer, BA

41 **Inklusion von Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen im Schulsystem**
Gabriele Hintermayer, MSc

45 **Insektenschutz mit ätherischen Ölen**
Martina Braun, MBA

47 **Der Ansatz von Validation als Hilfe bei der Versorgung und Behandlung von PatientInnen in Krankenhäusern**
Vicki de Klerk-Rubin

51 **Arbeit und Alter**
Karin Grössing

ERLEBEN

59 **Danke, es geht allein schwer genug**
Präsidentin IG Birgit Meinhard-Schiebel, Gemeinderätin & Landtagsabgeordnete

61 **Fantasie, die Urkraft des Lebens**
Markus Golla, BScN

55 **REZENSIONEN**

IMPRESSUM

MedieninhaberIn
Markus Golla
Peter Paulstrasse 15/1/4
2201 Gerasdorf bei Wien,
golla@pflege-professionell.at

Herausgeber
Markus Golla

Chefredaktion
Markus & Kathrin Golla

Lektorat
Kathrin Golla & Facultas

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla

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

Printausgabe
bestellbar via Email: druck@facultas.at

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

Kontakt
golla@pflege-professionell.at
0043/6507006615

Titelbild (C) Holly Spring

(C) 2016 Markus Golla

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.

DGKP Markus Golla

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Immer wieder bedienen sich Politik und Medien den Worten Inklusion und Diversität. Beide Worte beschreiben den Umgang mit Menschen und die Einbindung von Vielfalt in den Lebensalltag der Allgemeinheit. Doch warum müssen wir uns mit Partizipation überhaupt beschäftigen? Ist es nicht selbstverständlich sich auf Augenhöhe und mit Wertschätzung zu begegnen? Haben Frauen weniger Rechte als Männer? Ist der kulturelle, religiöse oder Rassen-Hintergrund ein Kriterium für Separation? Sind behinderte Menschen weniger leistungsfähig? Haben Leute mit einem höheren akademischen Bildungsgrad mehr Anrechte als Personen mit einem Lehrabschluss oder Diplom?

Ist das normale 0815 wirklich die Norm?

Gerade Menschen in besonderen Situationen entwickeln Kräfte und Ideen, die unser Leben bereichern könnten, wenn wir sie nur in unser Leben lassen. Mit dem Beispiel Holly Spring (Coverstory) wollen wir Ihnen zeigen, wie einzigartig manche Menschen mit herausfordernden Situationen umgehen können. Es ist der Beginn einer Artikelreihe über Bewältigungskonzepte von Menschen, die sich in Situationen befinden, in denen andere aufgegeben hätten. Die aus einer Hiobsbotschaft oder einer Begebenheit eine Marke oder ein Märchen gemacht haben. Menschen die uns träumen lassen

Markus Golla

Herausgeber

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

(C) freshidea

Ko-Kompetenz - Die Zukunft der Zusammenarbeit

Eine Welt voller Experten

Experten für Angewandte Stochastik, Experten für Aufkleber, Experten für Einkaufszettel, Experten für Themengebiete, Experten für den Weg zurück, Experten für Belange von Menschen, Experten für die Gefühlswelt, Experten für sich selbst, Experten für Haarausfall, Experten für krause Ideen, Experten für weltweite Risikolösungen. Ja sogar Experten für Wunder.

Sie schütteln den Kopf? Ich darf Sie beruhigen. Das sind noch nicht einmal die kuriosesten Ergebnisse, für die Internet-Suchanfrage „Experte für ...“. Über 22 Millionen Einträge verzeichnet Google bei einem derartigen Research. Allein im Monat April wurde über eine halbe Million Mal in der Suchmaschine nach „Experten“ gesucht. Die ersten Experten beginnen gerade damit dem Begriff „Experte“ tunlichst aus dem Wege zu gehen. Sie nennen sich Spezialisten, Kenner, Autoritäten oder Koryphäen. Man hat den Eindruck die Welt quillt über von Experten. Bei genauer Betrachtung muss die Botschaft allerdings lauten: „Und es werden täglich mehr!“ Warum ist das so?

From picks to bricks to clicks

Mehrere tausend Jahre waren die Menschen bevorzugt Rohstoffgewinner in einer Agrargesellschaft. Der rasante Wandel hat erst vor zweihundert Jahren eingesetzt. Zunächst mit der Industrialisierung und der maschinellen Rohstoffverarbeitung. Seit rund 60 Jahren werden wir von der Digitalisierung beflügelt und haben uns zu einer Dienstleistungsgesellschaft gewandelt. Ob der Begriff „Informationsgesellschaft“ in Anbetracht der Unmenge an „Desinformation“ angemessen ist, soll hier nicht weiter beschäftigen. Fest steht: Der dritte Sektor wächst. Und das schneller als dies der französische Ökonom Jean Fourastié in seiner Drei-Sektoren-Hypothese prognostiziert hat.

Im Jahr 2014 haben in den „Frühindustrialisierten Ländern“ 75 % der Beschäftigten ihr Geld mit Dienstleistung verdient. Drei Viertel haben also keine tangiblen Güter erzeugt sondern intangible Arbeitsleistungen erbracht. 80 Jahre früher als von Fourastié eingeschätzt. Die wichtigsten Produktionsfaktoren sind nicht mehr Grund- und Boden, nicht mehr die Maschinen sondern das Know-how. Das notwendige Werkzeug ist nicht mehr die Spitzhacke, die Struktur ist nicht mehr der industrielle Ziegelbau. Mit durchschnittlich 30 Clicks im Netz, ist beinah jede Auskunft erteilt. Fragt sich nur wie?

Die Produktion des Wissens

Im Jahr 1963 erschien das Buch „Littel Science, Big Science“ des angloamerikanischen Wissenschaftshistoriker Derek de Solla Price. Darin beschreibt er zum ersten Mal das Phänomen der „**Wissensproduktion**“. Als Indikator verwendet de Solla Price die Anzahl der Originalveröffentlichungen in Fachzeitschriften. Sein Ergebnis: Wissenschaftliche Information wächst exponentiell und verdoppelt sich alle 15 Jahre. Aktuelle Messungen – wenngleich der Begriff „Messung“ hier durchaus kritisch zu sehen ist – gehen von einer Verdoppelung alle fünf bis sieben Jahre aus. Parameter die dabei zur Anwendung kommen sind Patente, Erfindungen und das Wachstum an gespeicherter Information sowie die im World Wide Web verfügbare Informationsmenge. Ein weiterer Indikator, der die Beschäftigten als Basis heranzieht, geht davon aus, dass sich die Anzahl der Menschen mit einer wissenschaftlich-technischen Ausbildung von 1950 bis zum Jahr 2000 von 10 Millionen auf 100 Millionen verzehnfacht hat. Tendenz stark steigend. Auch die enorme Zunahme an Literatur zum Thema „Wissensmanagement“ belegt diesen Trend. Was heißt das für Unternehmen gleichermaßen wie für uns als Menschen?

Klavier oder Cello

Unerheblich ist die Diskussion um die genaue Wachstumsgeschwindigkeit. Dies deshalb weil niemand von uns sein Wissen in drei, fünf oder sieben Jahren verdoppeln kann. Deshalb hat sich mehr und mehr eine Bewältigungsstrategie herausgebildet: Spezialisierung. Bei einem Konzertbesuch ist mir vor gar nicht allzu langer Zeit folgendes passiert:

Ich sitze in einem Konzertsaal. Das Licht geht aus. Kein Laut ist zu hören. Alle Besucher warten darauf, dass der Star des Abends die Bühne betritt. In diese Ruhe hinein, tippt mich mein Sitznachbar an die Schulter und flüstert mir folgende Frage ins Ohr: „Sagen Sie, wissen Sie ob Anne Sophie Mutter heute mit dem Klavier, mit dem Cello oder mit der Violine spielt?“

So ist es. Auch im Dienstleistungsbereich. Niemand kann gleichzeitig auf dem Klavier und auf der Violine Spitzenleistungen erbringen. Vielmehr ist es sogar so, dass sich die wahren Experten nicht nur auf das Werkzeug sondern auch auf das Werk spezialisieren. Spezialisierung ist kein Trend. Spezialisierung ist ein Mindset. Allrounder kennen zwar die Nischen. Spezialisten fokussieren sich auf diese Nischen. Dringen in diese vor. Entwickeln neue Lösungen und neue Produkte. Warum soll dies nur in der Musik so sein. Warum sollen Wissensarbeiter davon aus ausgenommen sein. Das enorme Wissenswachstum macht es unumgänglich sich die Nische zu suchen und aus dieser heraus zu glänzen. Dazu braucht es aber Verbündete.

Die PayPal-Mafia

2007 erscheint im „Fortune Magazine“ ein Artikel. Darin werden ehemalige Gründer und Mitarbeitende, des 1998 von Peter Thiel in Palo Alto, Kalifornien, aus der Taufe gehobenen Bezahldienstes, als „PayPal-Mafia“ bezeichnet. Der Name ist eine Anspielung auf die eingeschworene Gemeinschaft und den enormen wirtschaftlichen Erfolg des Startup-Unternehmens. Vier Jahre später wird PayPal um 1,5 Milliarden US-Dollar an eBay verkauft. Fast schon ein Märchen. Die Namen der Mitglieder dieser PayPal-Mafia lesen sich wie das Who-is-Who der New Economy: Steve Chen und Chad Hurley die Gründer von YouTube. Reid Hoffman Mitbegründer von LinkedIn. Elon Musk Gründer von Tesla Motors und SpaceX. Um nur einige zu nennen. Wissen wächst exponentiell und damit die Notwendigkeit arbeitsteilig vorzugehen. Am besten in eingeschworenen Gemeinschaften die von ihrer Sache überzeugt sind.
Die Zeit der egoistischen Einzelentscheider ist vorbei. Das Phänomen der Informationsasymmetrie, also die Ungleichverteilung des Know-hows zwischen Experten und Kunden ist mittlerweile bei den Experten selbst angekommen. Die Wissensexplosion bringt es mit sich, dass sich das Know-how auch zwischen den Experten asymmetrisch verteilt. Das verlangt nach Ko-Kompetenz.

Mehr als ein Team

Vielleicht waren Sie schon einmal in einem Zirkus und haben fasziniert den Meisterleistungen einer Artistengruppe zugesehen. Waren beeindruckt davon, wie ihre Körper, auf die Sekunde abgestimmt, die kompliziertesten Bewegungsabläufe beherrschen. Bei solch einem Schauspiel kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, die Akrobaten sind sogar in Gedanken miteinander verbunden.

Oder möglicherweise haben Sie schon einmal für eine Sportmannschaft die Daumen gedrückt, die durch ihr Kombinationsspiel den Gegner blass aussehen hat lassen. Beispiele die unsere Bewunderung hervorrufen. Formen der Zusammenarbeit die mehr sind als nur Ko-Produktion. Mehr als nur Ko-Ordination. Und mehr als nur Ko-Operation.

Arten der Zusammenarbeit die auch mehr sind als Teamarbeit. Solche Formen ko-kompetenten Zusammenwirkens entstehen nicht dadurch, dass einzelne Mitarbeitende hin und wieder Fortbildungen in Anspruch nehmen oder Kongresse besuchen, in einer Organisationseinheit zusammenarbeiten oder in ein und demselben Unternehmen beschäftigt sind. Dazu braucht es schon ein bisschen mehr als das.

Ko-Kompetenz

Das dynamische Wissenswachstum,verlangt den Individuen neue Eignungen und den Unternehmen neue Organisationsformen ab. Die Entwicklung von Fähigkeiten die dabei unterstützen, auf dem ruhelosen Wissensteppich nicht den Boden unter den Füßen zu verlieren. Ko-kompetente Systeme sind nur bedingt dauerhafte Strukturen, wie sie Unternehmen bislang waren. Größtenteils werden es ergebnisorientierte Flechtwerke sein, die mit der Zielsetzung entstehen und gemeinsam mit der Zielerreichung auch wieder zerfallen können. Zweifelsohne stellt dies einen gewöhnungsbedürftigen Gedanken dar. Um solche Know-how-basierten Organisationen erfolgreich zu machen, braucht es aber ganz neue Wirksamkeiten. Für Menschen gleichermaßen wie für Unternehmen. Was immer ein Unternehmen in Zukunft ist. Was uns im Besonderen herausfordern wird ist die Tatsache, dass ko-kompetente Systeme nicht an den Unternehmensgrenzen halt machen. Wissen wächst exponentiell. Unternehmen nicht. Was könnten solche Kompetenzen sein die in ihrer Verknüpfung Ko-Kompetenz ausmachen?

Subspezialisierung – Fachliche Fokussierung ist unumgänglich. Mit all ihren Vor- und Nachteilen. Expertenwissen basiert auf einem breiten Grundwissen. Die Subspezialisierung selber ist idealerweise abgesichert und beweisbasiert. Durch diese fachliche Konzentration erwerben Experten Selbstvertrauen, also das fundierte Vertrauen in die eigene (Urteils)-fähigkeit.

Couragiertheit – Im Zusammenhang mit dem richtigen Verhalten in ko-kompetenten Systemen wird Wagnisbereitschaft mit Kalkül eine ganz wesentliche Befähigung darstellen. Der Mut neue Wege zu gehen und konventionelle Denkmodelle zu verlassen. Um dies tun zu können bedarf es auch ausreichender Kreativität. Rulebreaker zu sein gilt also nicht nur für das Unternehmen. Den Mut zur Unkonventionalität braucht es auch auf der individuellen Ebene.

Systemverständnis – Zum einen bedarf es einer ausreichenden Kenntnis über den Aufbau ko-kompetenter Systeme. Zum anderen den Blick über den Wissensteppich und das Verständnis dafür, wo welche Wissensträger zu finden und mit welchem Know-how diese ausgestattet sind. Systeme gilt es zu pflegen. Dabei ist im Besonderen daran zu denken, dass Wissen nicht seriell wandert, sondern sich durch Teilen verbreitet. Innerhalb ko-kompetenter Systeme gilt es mit Wissen um sich zu werfen.

Sprache – Das entscheidende Medium für ko-kompetente Systeme ist die Information. Der entscheidende Träger für Information ist die Sprache. Sprache in all ihren Facetten und Anwendungsformen. Sprache als Mittel der Verständigung und des Wissensaustauschs.

Teilhabe – Darunter verstehen wir die Fähigkeit sich am Wissensteppich ohne Argwohn zu bewegen. Die Bereitschaft des wechselseitigen Gebens und Nehmens von Know-how, fußt auf dem Grundprinzip des Vertrauens. Dieses Vertrauen stellt die Grundlage dafür dar, auch ausreichend kritisches Reflexionsvermögen zu entwickeln. Der Wissensteppich ist in ständiger Bewegung und die Experten bewegen sich mit. Andere Wissensträger weben neue Kenntnisse in den Teppich ein, die das bisherige Know-how erweitern, verändern, ja sogar stören oder ihm widersprechen. Umso wichtiger ist es, über diese Einflüsse einen offenen und kritischen Diskurs führen zu können. Das bedarf einer dementsprechenden Haltung und Konfrontationsfähigkeit. Wenn das fehlt, fehlt es auch an der Fähigkeit krisenbehaftete Situationen zu meistern.

Redlichkeit – Funktionierende Gemeinschaften bauen auf Regeln auf. Besonders ko-kompetente Systeme sind daher von der Aufrichtigkeit ihrer Teilnehmer abhängig. Dies betrifft die wechselseitige

Aufrichtigkeit genauso wie den Umgang mit dem im System verwendeten Wissen. Auch dieses muss wohl erworben, bewiesen und tauglich sein.

Solcherlei Fähigkeiten und die dazu notwendigen Tools gilt es zu entwickeln um den neuen Herausforderungen erfolgreich zu begegnen. Sosehr wir uns zu subspezialisierten Experten entwickeln so sehr müssen wir uns gleichzeitig zu Allroundern der Ko-Kompetenz entfalten.

Literatur:

de Solla Price, D. (1982): Little Science, Big Science. Von der Studierstube zur Großforschung, Suhrkamp Verlag KG, Deutschland

Goleman, D. (1997): E.Q. Emotionale Intelligenz, Deutscher Taschenbuchverlag, Deutschland

Thiel, P.; Masters, B. (2014): Zero to One: Notes on Startups, or How to Build the Future, Virgin Digital, US

Umstätter, W. (2009): Zwischen Informationsflut und Wissenswachstum, Simon Verlag für Bibliothekarswissen, Deutschland

Vance, A. (2015): Elon Musk: Tesla, SpaceX, and the Quest for a Fantastic Future, Ecco, US

Zulehner, C. (2011): Strategisches Führen in Gesundheits- und Pflegeunternehmen – Handbuch für die Praxis, Eul-Verlag, Deutschland

Autor & Links

www.seges.at

www.christophzulehner.com

Dr. Christoph Zulehner
Speaker & Experte
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Dipl. Kaufmann für Gesundheitmanagement
Doktorat in Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Unternehmensberater & Geschäftsführer seGes
Gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für Management von Gesundheitseinrichtungen

„Kraftvoll und geladen mit positiver Energie“
SALZBURGER PFLEGETAGE 2015

„Die Begisterung über die Key-Note war bereits während der Ausführung im gefüllten Auditorium spürbar“
MAG. KARL SCHWEIGER, Vorsitzender ARGE Pflegedirektoren Salzburg, 2015

„Dr. Zulehner kombiniert exzellentes Strategie-Know How mit langjähriger Praxiserfahrungund versteht es pointiert charmant und immer auf den Punkt gebracht zu formulieren.“- MAG. LUDWIG GOLD, Geschäftsführer KH Schwarzach, 2016

Speaker I Stratege
www.christophzulehner.com

Die betriebliche Gesundheitsförderung älterer Mitarbeiter auf der Grundlage des Salutogenesemodells von Aaron Antonovsky

Die wachsende Anzahl älterer Menschen und die daraus resultierende steigende Zahl an Demenzerkrankungen und Multimorbidität stellt besondere Anforderungen an die Pflegenden in ambulanten und stationären Einrichtungen. Hieraus ergeben sich stetig wachsende qualitative und quantitative Anforderungen an die pflegerische Versorgung, welche nur mit leistungsfähigem, gesundem Personal zu bewältigen sind.

Die sich ständig wandelnden Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern haben zu einer stetigen Leistungsverdichtung in der Pflege geführt. Das Ergebnis hieraus zeigt einen Anstieg der psychischen und physischen Arbeitsbelastung. Die deutliche Leistungsverdichtung und hohe Arbeitsbelastung der Pflegefachkräfte lässt über einen vorzeitigen Berufsausstieg nachdenken oder gar vollziehen (Simon et al. 2005).

Laut ver.di glaubt nur ein Minimum an Pflegefachkräften bis zur Rente durchhalten zu können. Angesichts dieser Entwicklung gestaltet sich die Nachwuchsfindung und der Erhalt von Pflegenden, auch aufgrund des schlechten Berufsimages, schwierig. Der steigende Personalbedarf und die hohen Belastungen werden derzeit noch durch das vorhandene Personal aufgefangen und mitgetragen.

Dies ist aber nicht auf Dauer möglich, da den Mitarbeitern nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung stehen. Findet keine Veränderung des Personalbestandes und der Arbeitsbelastung statt, wird es eine Vielzahl an offenen Stellen geben und die Versorgungssituation spitzt sich zu (Pflege- Thermometer 2007:5).

Problemstellung und Zielsetzung

Arbeit kann durchaus viele Krankheiten, Leiden und Überforderung mit sich bringen. Mitarbeiter im Gesundheitswesen beschäftigen sich vorwiegend mit der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten und die eigene Gesundheit wird oftmals vernachlässigt. Die Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen ist aber ein gesetzlich festgeschriebenes Ziel des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes (ArbSchG 2013).

Einen geeigneten theoretischen Rahmen bietet das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. Jürgen Bengel untersuchte die Theorie der Salutogenese und konnte einen positiven

(C) blende11.photo

Zusammenhang zwischen Alter und Kohärenzgefühl aufzeigen (Bengel 2001: 122, 125). Es ließ sich feststellen, dass ältere Mitarbeiter über bessere Bewältigungsstrategien verfügen, da sie aufgrund ihres Erfahrungswissens weniger stark auf Stresssituationen reagieren. Sowohl das Erfahrungswissen und die Leistungseinschränkungen älterer Mitarbeiter in Unternehmen innerhalb des Gesundheitssystems sollten bei der Arbeitsplatzgestaltung besonders berücksichtigt werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Entwicklung eine Konzeptes zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Grundlage hierfür bildet das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. Aufgrund des demographischen Wandels in der Gesundheits- und Krankenpflege sollen ältere Mitarbeiter besondere Berücksichtigung finden. Daher werden strukturellen Veränderungen im Krankenhaus und deren Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Pflegenden im Rahmen einer Litaraturübersicht dargestellt. Die Bedeutsamkeit einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung älterer Mitarbeiter wird mit dem Salutogenese-Modell von Antonovsky herausgearbeitet. Die Ergebnisse könnten dann als Orientierungsrahmen und Gestaltungshilfe für das Pflegemanagement genutzt werden.

Strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem

Seit dem Jahr 1990 haben sich die Rahmenbedingungen im Krankhaus massiv geändert. Die stationären Einrichtungen müssen sich seit Jahren einschneidenden Veränderungen stellen. Durch die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und der demographischen Entwicklung wollte der Gesetzgeber durch Änderung der Gesetze eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik festlegen (Bückner et al. 2011: 13).

Die Kliniken stehen seitdem in einem zunehmenden Wettbewerb und müssen mit der rasanten Entwicklung dauerhaft Schritt halten können. Auf Bundesebene versuchen sie durch Aufgabenteilung, Fusion und Kooperation ihr Leistungsspektrum zu erhöhen. Aus diesem Denken heraus sinkt die Zahl der Krankenhäuser, die dem Wettbewerb standhalten können, jährlich. In den letzten zehn Jahren konnte ein Rückgang der Krankenhäuser in Deutschland verzeichnet werden. Im Rahmen der GKV- Gesundheitsreform 2000 wurde eine Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein Fallpauschalensystem (DRG´s) beschlossen.

Die Einführung der Fallpauschalen verfolgte das Ziel, das Leistungsgeschehen im Krankenhaus transparenter zu machen und somit eine Vergleichbarkeit der Leistungsstärke abzubilden. Ziel sollte die Reduktion der Behandlungskosten durch mehr Effizienz und Effektivität sein, jedoch sollte die Behandlungsqualität nicht darunter leiden. Eine Weiterführung der Deckelung der Preise führt zukünftig in einem Weg von nicht mehr lenkbaren Rationalisierungsmaßnahmen (DKG 2013: 17).

Der Veränderungsdruck, dem die Krankenhäuser ausgesetzt sind, übersteigt die gewohnten Anpassungserfordernisse. Wie auch andere Unternehmen befinden sich diese in einem Wirkungsfeld von Kundenbedürfnissen, Märkten, Wettbewerb und gesetzlichen Regelungen. Sie können nur überleben, wenn sie sich anpassen und ständig weiter entwickeln. Der Wandel stellt die Regel dar, nicht mehr nur die Ausnahme. Je flexibler sich eine Klinik gestalten lässt, desto besser kann sie sich dem Umfeld anpassen. Die Fülle und Komplexität der veränderten Wettbewerbsbedingungen haben das Management vor neue Herausforderungen gestellt. Bei dem Change Management müssen nicht nur das externe Umfeld, sondern auch die interne Organisationsumwelt mit ihren Ressourcen betrachtet werden.

Nationaler Stand der Forschung zur Personalbesetzung in Kliniken

Nach den aktuellen Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes wird es bis zum Jahre 2025 knapp 120 000 offene Vollzeitstellen in der Pflege geben. Die personelle Unterbesetzung wird weitreichende Folgen in den betroffenen Häusern haben. Einerseits steigen die Kosten stetig für die Personalakquise, andererseits werden durch die personellen Engpässe die Unzufriedenheit des bestehenden Personals verstärkt.

Die Folge hieraus ist die erhöhte Bereitschaft zur Fluktuation, weil meist über eine lange Zeit die personelle Unterbesetzung kompensiert werden muss. Die wissenschaftliche Arbeit der Fachhochschule Münster und des Malteser- Verbundes gibt einen Einblick in die arbeitsplatzbezogene Bedürfnisse, Arbeitszufriedenheit und das Verhalten bei der Jobwahl. Betrachtet man die konkrete Arbeitsplatzsituation kann durch die Ergebnisse ein negatives Bild gezeigt werden.

Die Hälfte der Befragten ist mit dem eigenen Arbeitsplatz zufrieden und findet diesen attraktiv. Die Unzufriedenheit zeigte sich besonders in der Anerkennung der Patienten, der Wertschätzung, Stress, sowie der Unterbesetzung des Personals. Zur Verbesserung der Arbeitsplatzgestaltung wurden folgende Punkte genannt: Verdienstmöglichkeiten, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, persönlicher Kontakt zu den Patienten, Schichtbesetzung/ Personaldecke, Wertschätzung von Leistung und Anerkennung durch Vorgesetzte, Positionierung der Berufsgruppe Pflege in Gremien. Eine Mehrheit der Befragten geben Zukunftsängste an und sind besorgt ihre Arbeit ab einem Alter von 55 Jahren physisch und psychisch nicht mehr ausführen zu können (Buxel, H. 2011: 10) . Die Zukunft des Berufes wird eher pessimistisch und als unattraktiv eingestuft. Die Ergebnisse dieser Studie weisen auf mehrere Ansatzpunkte zur Verbesserung hin.

Es geht nicht alleine um die Überprüfung der Einkommenshöhe, sondern um viel mehr soziale Aspekte des Berufsalltags. Hierfür gibt es für den Arbeitgeber entscheidende Gestaltungsmöglichkeit, um das Pflegepersonal zu binden und zu halten (Buxel, H. 2011: 2).

Die Gesundheitswirtschaft gilt mittlerweile als Wachstumsmarkt. Jedoch können die benötigten Gesundheits- und Pflegeleistungen nur erbracht werden, wenn genügend gut ausgebildete Pflegefachkräfte vorhanden sind. Bei der berufsspezifischen Analyse können Engpässe besonders im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege und Hebammen festgestellt werden. In der Gesundheitsbranche werden bis zum Jahre 2030 rund 350 000 Vollzeitkräfte fehlen (Ostwald et al. 2010: 51). Eine Kompensation durch Hilfskräfte wird laut Statistischem Bundesamt nicht mehr ausreichen. Bis zum Jahr 2030 werden unzählige Vollzeitkräfte aufgrund des Renteneintrittsalters aus dem Pflegeberuf ausscheiden. Auch steigt die Zahl der Frühverrentungen an, da die schwere körperliche Arbeit und die hohe Belastung durch den Schichtdienst zunimmt. Die häufig belastenden Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte führen dazu, dass sie überdurchschnittlich oft und lange krank sind. Das ergab eine Analyse eines Wissenschaftsinstituts der AOK. Demnach fallen rund 6,3 % aller Mitarbeiter pro Tag durch Krankheit aus. In der Pflegebranche dominieren zudem Langzeiterkrankungen. Auffällig ist ein überproportionaler Anstieg der psychischen Erkrankungen um rund 10 % in den letzten Jahren. Pflegkräfte, die in Krankenhäusern beschäftigt sind, sind im Vergleich zu Pflegekräften anderer Bereiche stärker von mehreren Krankheitsarten betroffen (Glaser /Höge 2004: 79). Mit zunehmendem Alter steigt auch die Erkrankungshäufigkeit. Eine Untersuchung der DAK zur Arbeitsunfähigkeit zeigte einen höheren Krankenstand bei älteren Mitarbeitern in der Pflege.

(C) Stockpics

Theorien betrieblicher Gesundheitsförderung

Das betriebliche Gesundheitsmanagement bezieht sich auf die systematische Herangehensweise in Unternehmen und Einrichtungen zur Umsetzung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen. Dabei gibt es verschiedenen Modelle, die relevant sind, so z.B.: Belastungs-und Beanspruchungsmodell, Transaktionales Stressmodell, Handlungsregulationstheorie und das Salutogenesemodell.

Gesundheitsförderung und Salutogenese

Eine gesunde Arbeit ist für die Prävention wichtig und kann sich positiv auf die Produktivität und Qualität auswirken. Inwieweit das gelingt und umgesetzt wird, ist abhängig von der betrieblichen Organisation und der Gestaltung der Arbeit. Eine präventive Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen ist unter anderem ein im Arbeitsschutzgesetz gesetzlich kodifiziertes Ziel des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Ein Mitarbeiter ist erst dann zur Arbeit motiviert, wenn er einen gesundheitsgerechten Arbeitsplatz vorfinden kann, sein persönliches Wohlbefinden stimmt und er eine positive Führung durch seine Vorgesetzten erfährt. Negative Faktoren aus der Arbeitsumgebung und der Arbeitsorganisation (Stress, Mobbing, Burnout usw.) beeinträchtigen umgehend die Motivation und Arbeitszufriedenheit. Die betriebliche Gesundheitsförderung sollte sowohl die positiven und die negativen Aspekte im Unternehmen berücksichtigen. Hierbei geht sie über die Suche nach Krankheitsursachen hinaus und schlägt präventive Maßnahmen vor, die die Gesundheit erhalten sollen. Die Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung können nach dem Konzept der Salutogenese nicht nur morbiditätsorientiert sein, sondern müssen aus den Erkenntnissen von gesunderhaltenden Faktoren abgeleitet werden. Hierbei stehen die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung, Stressbewältigung und - management, sowie die Reduktion von psychischen Faktoren im Fokus. Das Modell der Salutogenese kann bisher als die am weitesten entwickelte Theorie zur Erklärung von Gesundheit angesehen werden. Hinter dem Gedanken steht die Gesundheit und etwas was in der täglichen Auseinandersetzung mit der Umwelt hergestellt werden kann. Diese Anschauung findet sich auch im Leitkonzept der betrieblichen Gesundheitsförderung wieder. Im betrieblichen Arbeitsschutz geht es hingegen nur um die krankmachenden Faktoren, also um das pathogenetische Leitkonzept. Das Salutogenesemodell dient in erster Linie als Rahmentheorie zur Erläuterung von Gesundheit und Gesunderhaltung. Sie bietet eine Basis für konzeptuelle Überlegungen und Planung von gesundheitsfördernden Maßnahmen (Bengel et al 2001: 93). Die kontinuierliche Handlungsaufgabe für eine nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung ist das Verständnis der Prozesse (Schambortski 2008: 31). Darüberhinaus stellt sich das Salutogenesemodell als positives Konzept dar, welches motivierend wirkt und im Mittelpunkt die Gesundheit und ihre Erhaltung stehen.

Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Im Wesentlichen ist die betriebliche Gesundheitsförderung auf die WHO zurückzuführen, die die medizinische Prävention und Gesundheitserziehung weiter entwickeln möchte. Die Grundidee bestand in einem selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheit und in der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelten. Die Grundlage der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union bildet die im Jahre 1997 verabschiedete Luxemburger Deklaration. Eine weitere Grundlage zur betrieblichen Gesundheitsförderung stellt der Arbeitsschutz dar, der im 19. Jahrhundert in Deutschland eingeführt wurde und durch die Arbeitsschutzbehörden der Länder (Gewerbeaufsichtsamt) und durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (gewerbliche Berufsgenossenschaften, Unfallkassen) überprüft werden. Die Gesundheitsförderung wird meist nur an Verhaltensänderungen festgemacht (z.B. gesunde Ernährung, Rückenschonendes Arbeiten, Entspannungsverfahren, Raucherentwöhnung, Bewegung, Stressbewältigung). Eine Analyse der Organisationsverhältnisse unterbleibt meist gänzlich, aber das Verhalten ist in der Regel abhängig von den Verhältnissen. Anders als der Arbeitsschutz, der durch eine Reihe gesetzlicher Vorgaben geregelt ist, beruht die betriebliche Gesundheitsförderung lediglich auf einer allgemeinen Freiwilligkeit.

Für die Unternehmen stellt sich die Frage nach dem ökonomischen Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung. Ein Problem stellt die ökonomische Beurteilbarkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen dar. Trotz dieser verschiedenen Ansätze weisen verschiedenste Studien Gemeinsamkeiten auf (BZgA; GKV- Spitzenverband; IGA- Report). Zu den am häufigsten genutzten ökonomischen Variablen zählen die Kosten durch krankheitsbedingte Fehlzeiten und Krankheitskosten. Deshalb stehen für viele Betriebe die Reduktion der Fehlzeiten und der damit verbundenen Kosten im Vordergrund.
Um den Fachkräftemangel heute und künftig zu sichern, ist es für die Personalpolitik notwendig, dass vorhandene Potenzial älterer Mitarbeiter zu entdecken und ausreichend zu nutzen. Präventionen können folgendermaßen aussehen: Umgestaltung der Arbeitsbedingungen, Anpassung der Arbeitsaufgaben, Gestaltung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, langfristige Qualifizierung der Mitarbeiter.

Krankenhäuser sind heutzutage einem großen Wettbewerbsdruck ausgesetzt. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist eine moderne Unternehmensstrategie, um die wichtigste Ressource eines Unternehmens in ihrer Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft zu erhalten und zu stärken.

Halten die Mitarbeiter dem erhöhten Arbeitsaufkommen, der geforderten Flexibilität, dem ständigen Zeitdruck und der körperlichen Belastung nicht stand, leiden die Arbeitsergebnisse. Gesunde und motivierte Mitarbeiter sind die Grundvoraussetzung für Erfolg und Wettbewerbsfähigkeit. In das Humankapital muss langfristig investiert werden, um im Dienstleistungsbereich wirtschaftlich aufstrebend zu bleiben. Hierzu gehört eine betriebliche Gesundheitsförderung mit den entsprechenden Rahmenbedingungen. Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist sie dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft sind und systematisch durchgeführt werden. Folgende Ziele ergeben sich auf der Grundlage des Salutogenesemodells: Herstellung eines gemeinsamen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses, Gesundheitsförderung als fortlaufender Prozess, Befähigung und Beteiligung der Mitarbeiter, Festlegung der Zielgruppen (z.B. ältere Mitarbeiter), Überprüfung des Nutzens betrieblicher Gesundheitsförderung, Stärkung von Wohlbefinden und Gesundheit. Ziele, die hieraus entstehen sollen:

(C) christianchan

Verbesserung des physischen und psychischen Befindens der Mitarbeiter, Steigerung der Arbeitszufriedenheit, Stärkung gesundheitsförderlicher Maßnahmen, Verbesserung des Betriebsergebnisses, Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit, Erhöhung der Produktivität, Kostensenkung, Erhöhung der Kundenorientierung. Da es sich beim betrieblichen Gesundheitsmanagement um einen ressourcenorientierten Ansatz handelt, sollte vorab eine Analyse der Institution erfolgen. Die ermittelten Daten werden in einem betrieblichen Gesundheitsbericht veröffentlicht, der zur Maßnahmenplanung und Evaluation dient. Bei der Maßnahmenplanung ist auf die Auswahl der geeigneten Maßnahme zu achten. Sie sollte dem tatsächlichen Bedarf entsprechen und die ausgewählte Zielgruppe beinhalten. Die Maßnahmenplanung muss mit dem bestehenden Klinikleitbild im Einklang stehen und die Akzeptanz der Mitarbeiter finden. Durch Arbeits- oder Projektgruppen erfolgt die Durchführung und Steuerung der Maßnahmen. Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften können von außerhalb hinzugezogen werden. Im letzten Kernprozess erfolgt die Evaluation der Ziele. Es kann festgestellt werden, ob die festgelegten Ziele erreicht wurden und ob Aufwand und Ertrag der Maßnahme in einem angemessenen Verhältnis stehen. Die Maßnahmenbewertung bezieht sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Grundlegend richtet sich die betriebliche Gesundheitsförderung an alle Altersgruppen, dennoch treten Unterschiede in den Fähigkeiten, Voraussetzungen und Bedürfnissen der Zielgruppen auf.

Bei der altersorientierten betrieblichen Gesundheitsförderung liegt der Schwerpunkt auf der Wertschätzung, der Nutzung und Förderung von Kompetenzen und Ressourcen älterer Mitarbeiter. An eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur stellt Heudtlass bestimmte Anforderungen: es sollte ein Gefühl der Verstehbarkeit vermittelt werden (Förderung der Kommunikation nach innen und außen), Gefühl der Handhabbarkeit (Mitarbeiter haben die Möglichkeit der Einflussnahme), Vermittlung von Sinnhaftigkeit (Integration von individuellen Zielen der Mitarbeiter) (Heudtlass 1999: 147f).

Umsetzung des Salutogenesemodells nach A. Antonowsky in die Praxis

Maßnahmen, die durchgeführt werden können: Mitarbeiterbesprechungen auf Stationsebene und Abteilungsebene, Bereitstellung notwendiger personeller Ressourcen, Kompensation kurzfristiger

Personalausfälle, Beschaffung von Ersatzpersonal ist Aufgabe eines Ausfallmanagers, ausreichende Stellenbesetzung, Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten, Handlungs- und Entscheidungsspielraum für Pflegekräfte, Vereinbarkeit von Zielen (Beruf und Familie), flexible Arbeitszeitmodelle, Handlungs- und Zeitspielräume (Ducki, Geiling 2010: 381). Ältere Mitarbeiter können ihre Kompetenz für sich und die Institution einbringen z.B.: Fachwissen als Mentor an neue Kollegen oder Auszubildende weitergeben, Erfahrungen können für Angehörigenarbeit genutzt werden, Spezielle Aufgaben durch besondere Fortbildungen wie Hygienebeauftragter, Sicherheitsbeauftragter, Wundexperte.

Studien aus Finnland belegen eine hohe Einflussnahme des Vorgesetzten auf den Erhalt und die Verbesserung der Arbeitsleistung älterer Mitarbeiter. Damit die Führungskraft altersgerecht führen kann, muss sie eine positive Einstellung gegenüber dem Alter entwickeln und auch reflektieren können. Negative Alterssstereotype müssen überwunden werden. In Personalentwicklungsgesprächen sollten in einem verbindlichen Rahmen ein individueller Aufgabenzuschnitt für den älteren Mitarbeiter festgelegt werden. Ermittelt werden soll ein Qualifikationsbedarf und die klaren Leistungsanforderungen. Das Stationskonzept muss auch mit den Zukunfts- und Karriereplanungen älterer Mitarbeiter vereinbar sein. Das Verhalten einer einzelnen Führungskraft entscheidet täglich über das Wohlbefinden des Mitarbeiters. Wenn der ältere Mitarbeiter eher Ablehnung und Zurücksetzung erfährt, hat das wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Arbeit und die Beziehung der Mitarbeiter untereinander. Das hieraus entstehende Klima entscheidet darüber, ob sich ein Mitarbeiter mit dem Team und dem Unternehmen identifizieren kann. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin schlägt eine Arbeitsorganisation vor, bei der ältere Mitarbeiter weitestgehend autonom über die eigene Arbeitsweise, Arbeitsmittel, Pausen, Arbeitszeit, Arbeitsgeschwindigkeit und Arbeitsplanung entscheiden können (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2007: 28). Das Bezugspflegesystem stellt die Organisationsform dar, die diese Gesichtspunkte am besten umsetzen kann. Damit ein entscheidender Wettbewerbsvorteil, nämlich das Erfahrungswissen, nicht verloren geht, sollte das Krankenhaus darauf bedacht sein die älteren Mitarbeiter an die Unternehmung langfristig zu binden. Langfristig geplante Maßnahmen sind deshalb zwingend notwendig.

Fazit

Primär geht es nicht mehr darum die Krankheit bei den Mitarbeitern zu vermeiden, sondern die Gesundheit der immer älter werdenden Erwerbsbevölkerung zu fördern. Durch diesen Wandel fand ein Paradigmenwechsel statt und man ist zu der Erkenntnis gekommen, dass nur gesunde und leistungsfähige Mitarbeiter das wichtigste Kapital einer Organisation darstellen. Mit dem Blick auf die älteren Mitarbeiter ist die Beantwortung dieser Frage von großer Bedeutung, denn die älteren Beschäftigten werden in Zukunft die größte Gruppe in dieser Branche darstellen. Voraussetzungen hierfür sind ein echtes Interesse der Klinikleitung, sowie eine breite Unterstützung auch im finanziellen Sinne. Dieser gesamte Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung rechnet sich erst nach mehreren Jahren, deshalb bedarf es einer aufrichtigen unternehmerischen Entscheidung.

Literaturverzeichnis

BENGEL, J./ STRITMATTER, R./ WILLMANN, H. (2001): Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Erw. Neuauflage, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN (2007): Fels in der Brandung. Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf. 1. Aufl., Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit –INQA.

BUXEL, H. (2011): Studienbericht. Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen. Fachhochschule Münster. Online im Internet:“URL:https://www.fh-muenster.de/…/buxel/2011_Studie_Zufriedenheit_Pflegepersonal [Stand: 08.08.2014].“

BÜCKNER, T. et al. (2011): Angewandte Gesundheitsökonomie. Praxisbuch für Angehörige nicht-ärztlicher Berufe in der stationären und ambulanten Versorgung. Stuttgart: Kohlhammer.

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT (2013): Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages. Berlin: Konrad Triltsch Print und digitale Medien GmbH.

DUCKI, A./ GEILING, U. (2010): Work Life Balance. In: BADURA, B./ WALTER, U./ HEHLMANN, T.: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2.vollst. überarb. Aufl.. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

GLASER, J/ HÖGE, T (2004): Spezifische Anforderungen und Belastungen personenbezogener Krankenhausarbeit. In: BADURA et al (2004): Fehlzeitenreport 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

HEUDTLASS, J.H. (1999):Management der Unternehmenskultur als Beitrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung. In: BADURA, RITTER, SCHERF: Betriebliches Gesundheitsmanagement -ein Leitfaden für die Praxis. Forschung aus der Hans Böckler Stiftung: Band 17. Berlin: Edition Sigma.

ISFORT, M.; WEIDNER, F.(2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter http://www.dip.de

OSTWALD, D.A. et al. (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. PricewaterhouseCoopers AG (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit dem Darmstädter Wirtschaftsforschungsinstitut WiFOR.

SCHAMBORTSKI, H. (Hrsg.) (2008): Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz. Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe. 1.Aufl., München; Jena: Urban & Fischer Verlag.

SIMON, M., TACKENBERG, P., HASSELHORN, H.M., KÜMMERLING, A. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal, Online im Internet: „URL: http://www.next.uni- wuppertal.de [Stand: 09.07.2014].

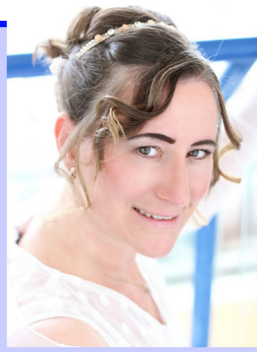
Autorin

Jeanette Janetschek
Diplom Pflegewirtin (FH),
Gesundheits- und Krankenpflegerin
Kontakt: Mottelerstr. 17; 04155 Leipzig; jeanette_janetschek@gmx.de

Autor

Matthias Drossel, MScN
Gesundheits- und Krankenpfleger
Medizinpädagoge und Pflegewissenschaftler
Stv. Schulleitung Berufsfachschule für Krankenpflege
an den Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe
Lehrbeauftragter an der SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera

Autorin



Dr. Dorothea Thieme
Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin
Pflege- und Gesundheitspädagogin, Krankenschwester,
Schulleitung der Berufsfachschule für Altepflege und Altenpflegehilfe
an den Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe,
Lehrbeauftragte an der HFH

GABAL

Dein Business

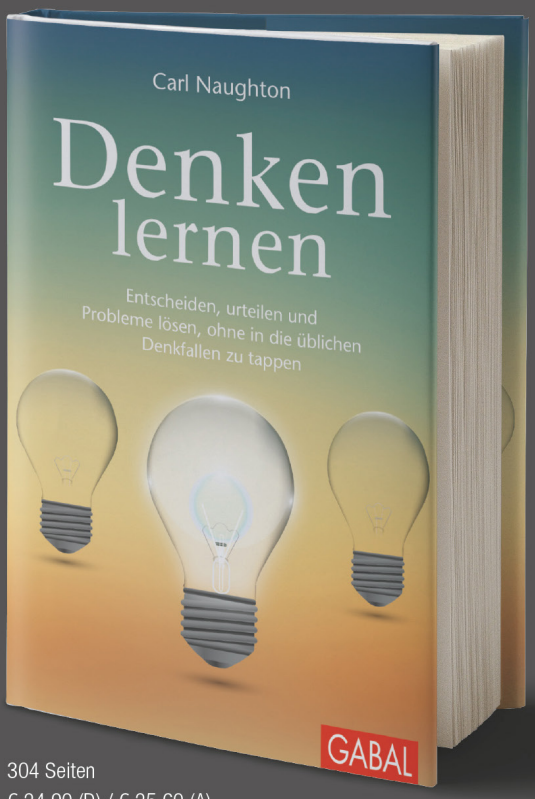
Dein Leben

Dein Erfolg

Besser denken!

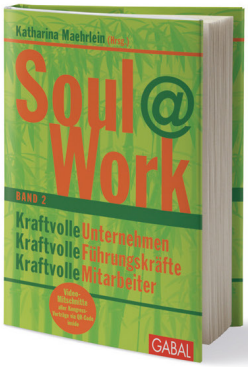
Während Sie denken, dass Sie denken,
denkt Ihr Gehirn, was es will.
Denken lernen ist ein unterhaltsames
Sachbuch und Denktraining, prall
gefüllt mit Beispielen und Lösungen
für besseres Denken.

»getAbstract empfiehlt Naughtons Buch allen, die wissen wollen, warum wir unserem Denkorgan nicht immer trauen können.« **Rolf Dobelli**



304 Seiten
€ 24,90 (D) / € 25,60 (A)
ISBN 978-3-86936-699-9
Auch als E-Book erhältlich

Neue Bücher im Frühjahr 2016:



224 Seiten
€ 29,90 (D) / € 30,80 (A)
ISBN 978-3-86936-700-2
Auch als E-Book erhältlich

248 Seiten
€ 29,90 (D) / € 30,80 (A)
ISBN 978-3-86936-695-1
Auch als E-Book erhältlich

248 Seiten
€ 24,90 (D) / € 25,60 (A)
ISBN 978-3-86936-696-8
Auch als E-Book erhältlich

Weitere Titel aus unserem aktuellen Frühjahrsprogramm finden Sie auf www.gabal-verlag.de.

gabal-verlag.de

„Mittendrin dabei“ - Pflegeausbildung im Umbruch

Geschätzte Leserschaft – ich muss Sie gleich vorweg enttäuschen – es erwartet Sie mit dem vorliegenden Artikel keine Coming-of-Age-Geschichte á la „Mittendrin und voll dabei“(1), wobei Entstehung / Entwicklung sehr wohl das Thema sein wird – aber alles der Reihe nach.

Die Bildungslandschaft der Pflege ist seit geraumer Zeit „im Umbruch“ – aber was heißt das eigentlich?

Ja, die Pflegeausbildung ist im Umbruch – seit 9/2015 wird auch an den Standorten des Wr. Krankenanstaltenverbundes (Wr. KAV) das Bacherlorstudium „Gesundheit“ in Kooperation mit dem Fachhochschulcampus Wien (FHCW) angeboten und nun ist es an der Zeit eine kurze Zwischenbilanz zu ziehen.

Als berufspolitisch interessierte Berufsangehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, die heuer ihr 35(!)-jähriges Diplomjubiläum feiert, habe ich Veränderungen miterlebt / mitgestaltet und erlaube mir nun jene Erfahrungen, welche sich im Zusammenhang mit den Bildungssparten „Diplomausbildung“/„Bachelorstudium Gesundheit“ ergeben, zu resümieren.

Keine Sorge ich beginne nicht bei „Adam&Eva“.... Als determinierend für die heutige Ausbildungssituation der Gesundheits- und Krankenpflege erachte

(C) Marco 2811

ich den Termin der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz vom 14.5.2014.

Es wurde dabei ein Modell (siehe Abb. 1) vorgestellt, welches die abgestimmten Kompetenzprofile der verschiedenen Pflegeberufe an die Erfordernisse einer modernen Gesundheitsversorgung anzupassen in der Lage wäre.

Am 14. November 2014 wurde – nachdem auch BerufsvertreterInnen das Modell präsentiert wurde – im Rahmen der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz ein weiterentwickelter Vorschlag des Reformkonzeptes vorgelegt.

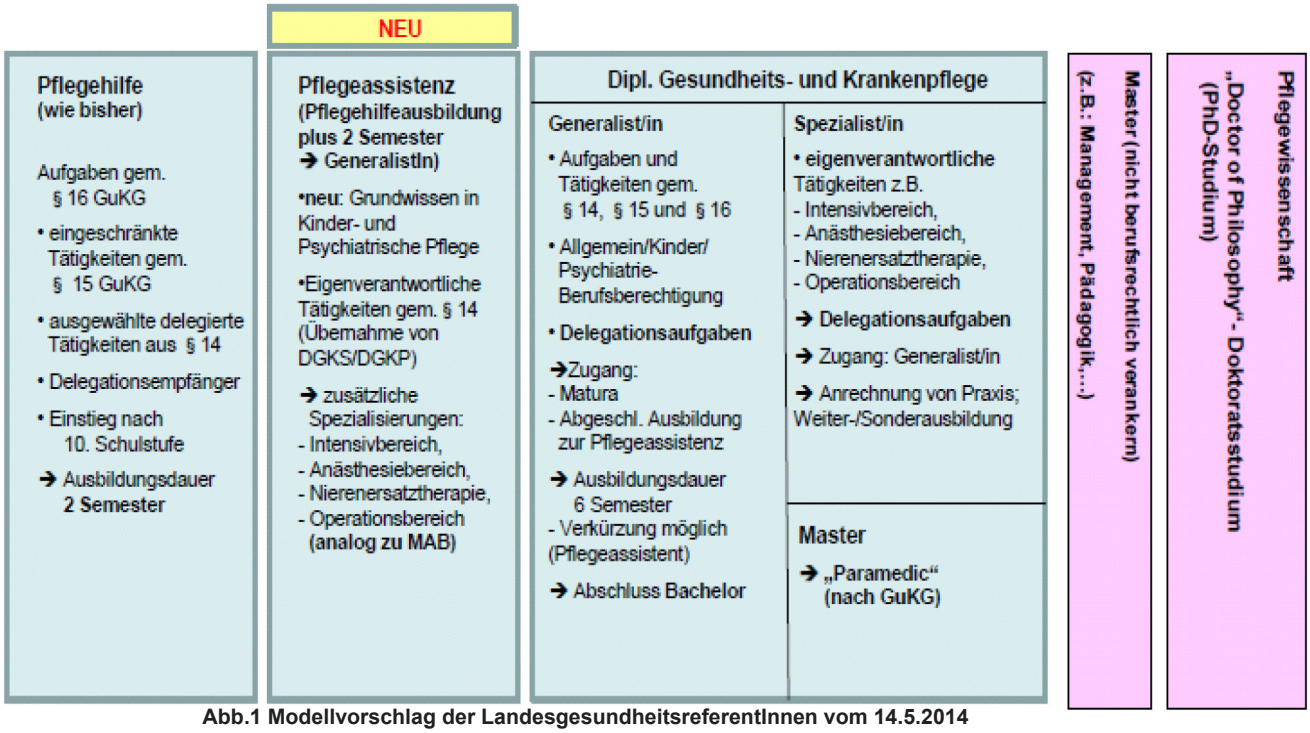


Abb.1 Modellvorschlag der LandesgesundheitsreferentInnen vom 14.5.2014

Auf Basis dessen und des GuK-Reformkonzeptes der Gesundheit Österreich GmbH. (GÖG) konnte ein Maßnahmenpaket vorgelegt werden, das zur Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals und damit zu einer verbesserten Versorgungssituation im Sinne der Zielsteuerung in den verschiedenen Settings beitragen sollte. Dieses Maßnahmenpaket (2) beinhaltet folgende (exemplarische) Maßnahmen:

- Neues, aktualisiertes Berufsbild sowie Ablösung der in der Praxis zu Anwendungsproblemen geführten Tätigkeitsbereiche durch einen neugestalteten Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der den Anforderungen der unterschiedlichen Settings Rechnung trägt und praxisorientiert gestaltet ist, sowie Ermöglichung neuer Spezialisierungen im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des Berufs
- Einführung der Pflegefachassistenz als weiteren Pflegeassistenzberuf, der mit einer aufbauenden vertiefenden und erweiternden Qualifikation eine weitergehende Delegationsmöglichkeit ohne verpflichtende Aufsicht eröffnet
- Beibehaltung des Berufsbildes der Pflegehilfe als Pflegeassistenz, insbesondere im Hinblick auf die Kompatibilität mit den auf Landesebene geregelten Sozialbetreuungsberufen, einschließlich der Aktualisierung des Tätigkeitsbereichs
- Auslaufen der speziellen Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
- Möglichkeit der Weiterführung der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen als Schulen für Pflegeassistenzberufe
- Auslaufen der Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege an den im Sekundarbereich angesiedelten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und damit Überführung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Ausbildungssektor im Rahmen einer angemessenen Übergangsfrist

Im Dezember 2014 erfolgte dann ein richtungsweisender Impuls durch die zuständige Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Frau Mag.a Sonja Wehsely – indem die Entscheidung getroffen wurde, dass mit Herbst 2015 an 2 Standorten (3) des Wr. Krankenanstaltenverbundes die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege im tertiären Bereich stattfinden soll. Dazu wurde ein Pilotprojekt gemeinsam mit dem Fachhochschulcampus Wien gestartet.

https://www.wien.gv.at/rk/msg/2015/07/22013.html

Die Schul- und nun auch FH-Studienstandorte SZO und SZX übernehmen dabei das Curriculum der FH Campus Wien – die Fachhochschule ist für hochschulische Belange und die Qualitätssicherung zuständig.

In einem Akkreditierungsverfahren durch die Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (AQA) wurde geprüft, ob die FH-Studienstandorte SZO und SZX, den Qualifizierungsstandards entsprechen und die Voraussetzungen für die Kooperation mitbringen. Am 17. März 2015 wurde der Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege an den Standorten SMZ-Ost und SMZ-Süd von der AQ Austria akkreditiert.

https://www.aq.ac.at/de/akkreditierte-hochschulen-studien/entscheidungen_fh.php

2.9.2015 – wir starten!

Ab dem Studienjahr 2015/16 stehen jährlich je 36 Studienplätze an den FH-Studienstandorten SZO und SZX zur Verfügung – dementsprechend weniger BewerberInnen werden an beiden Standorten in der Diplomausbildung aufgenommen.

Der Studienstart ist jeweils an einem Mittwoch in der Kalenderwoche 36 – d.h. ab sofort gibt es ein neues Beginndatum für die Standorte. Wo bisher an jedem 1.3. und 15.9. Ausbildungen begannen, kommt nun ein weiterer Beginnzeitpunkt hinzu (heuer ist es z.B. der 7.9.2016).

Organisatorisches

Dieser Punkt sollte eigentlich vor dem vorangegangenen genannt sein – natürlich gab und gibt es „gaaaanz“ viel an Organisatorischem zu bedenken, umzusetzen, zu planen, zu koordinieren.

Es würde aber den Rahmen sprengen all das in diesen Artikel verpacken zu wollen – ich denke es sollte genügen zu erwähnen, dass es notwendig war, ist und auch sein wird – organisatorisch „fit“ zu sein.

Die Strukturen – sowohl der FHCW, als auch des Wr. KAV – bieten dafür optimale Voraussetzungen (Klarheit an Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten und vor allem Erfahrungen), um komplexe

Vorhaben dieser Art möglich zu machen.

Es bedarf aber auch einer gehörigen Portion an Umsichtigkeit, Motivation und Gestaltungswillen (aller !), die zusätzlich zu den geforderten Qualifikationen und Kompetenzen notwendig sind.

„Veränderung ist das, was die Menschen am meisten fürchten.“ F. M. Dostojewskij

Wir freuen uns darauf, weil wir mitgestalten können! (4)

Theorie

Die Lehrveranstaltungen sind entsprechend dem Curriculum semesterweise aufgeteilt (siehe exemplarische Darstellung Abb. 2) und werden in Vorlesungen, Integrierten Lehrveranstaltungen, Seminaren und Übungen angeboten.

Um den Austausch und den Aufbau einer hochschulischen Community zu fördern, finden 15 % der theoretischen Ausbildung am Hauptstandort der FH Campus Wien statt. In unserem Fall finden die Lehrveranstaltungen jeden Montag am FHCW für die StudentInnen statt. Eine Unterrichtseinheit dauert 45 Minuten und wird vorzugsweise in 4er Blöcken geplant.

Das System der ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System) ist das Europäische System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen (eines der Kernthemen im Bologna-Prozess). Es sorgt für Transparenz und Vergleichbarkeit von erbrachten Studienleistungen, wodurch deren Anrechnung erleichtert und damit die Mobilität von Studierenden gefördert wird.

Die ECTS-Punkte ergeben sich aus der geschätzten Zeit/dem geschätzten Arbeitspensum, die eine durchschnittliche Studierende/ein durchschnittlicher Studierender für die Absolvierung einzelner Lehrveranstaltungen, Module etc. braucht.

Das Arbeitspensum setzt sich aus sämtlichen Lernaktivitäten zusammen, die Teil eines Studiums sind und mittels einer Leistungskontrolle überprüft werden. Dazu zählen:

- Teilnahme an Lehrveranstaltungen
- Praktika
- Selbststudium (Bibliotheksarbeit oder Arbeit zu Hause)
- Prüfungsvorbereitung
- Abschlussarbeiten und Abschlussprüfungen

ECTS-Punkte geben keine Auskünfte über den Lerninhalt, die Lernergebnisse oder die erworbenen Kompetenzen der Studierenden/des Studierenden.

Sowohl die theoretischen Inhalte des Studiums, als auch das Praktikum wird in ECTS angegeben.

Ein ECTS-Punkt steht für 25 Echtstunden á 60 Minuten an tatsächlichem Arbeitsaufwand für die Studierenden.

FH CAMPUS WIEN UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES | > GESUNDHEIT | BACHELORSTUDIUM: > GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE

Übersicht der Lehrveranstaltungsverteilung pro Semester

1. Studienjahr / Wintersemester (1. Semester):

September	Oktober	November	Dezember	Jänner
Einführung in ausgewählte Theorien, Modelle und Konzepte der Pflege				
	Einführung in den Pflegeprozess			
Grundlagen der Gesundheits- und Krankenpflege				
		Pflege im Kontext mit Diagnostik und Therapie 1		
Biologie, Anatomie, Physiologie, einschl. Ernährung und Diätetik				
Angewandte Hygiene und Infektionslehre				
		Allgemeine Pathologie		
Erste Hilfe				
			Praktikum 1 – Einführung und Reflexion	
Fertigkeitentraining Kinästhetics & Lagerungstechniken				

Freigegeben v. R. Engel am 18.11.2014

Praktikum

Gemäß den europäischen Richtlinien (2005/36/EU) müssen die Studierenden mindestens 2300 Praktikumsstunden absolvieren (= 92 ECTS). Ihre Praktika absolvieren sie dabei hauptsächlich im Wiener Krankenanstaltenverbund und Partnerorganisationen wie dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen.

Ein erstes Praktikum wurde von den StudentInnen innerhalb des Studienjahres 2015/16 bereits absolviert und zeigte großteils sehr gute Ergebnisse, trotz verhältnismäßig frühem Praktikumsbeginn nach knapp 3 Monaten Studienstart. Mit der Lehrveranstaltung „Praktikumseinführung und Reflexion“ sind auch zusätzliche Möglichkeiten (siehe LV-Titel) integriert.

Wording/Sozialisation

Es mag wie eine Platitüde klingen, aber die Bedeutsamkeit der Sprache ist im Setting differenzierter Ausbildungsformen an einem Standort von besonderer Relevanz. Dazu ist die Eindeutigkeit – keine Verwässerung der Bezeichnungen – besonders wichtig.

StudentInnen und SchülerInnen erlangen beide eine Berufsberechtigung im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege, dennoch sind die einen StudentInnen und die anderen SchülerInnen. Das muss sowohl in den unterschiedlichen Settings (Lernform, Methodik, Didaktik, u.v.m.) Berücksichtigung finden, wie auch bei Alltagsdingen wie: der Bezeichnung und der Anrede (Namensschilder, etc.). Dafür sind auch die anderen Berufsgruppen (Sekretariat, SchulassistentInnen) am Standort zu sensibilisieren. Somit erfolgt keine Wertung, schon gar keine Diskriminierung, sondern eine Präzisierung/Klarstellung, die häufig im Berufsalltag als vermisst gilt.

Als besondere Herausforderung sehen wir in Zeiten des Umbruchs der Pflegeausbildung die Möglichkeit der heterogenen Ausbildungsformen. Durch gezielte Auseinandersetzung mit der Thematik „Erlangung der Berufsberechtigung in verschiedenen Systemen“ gelingt (hoffentlich) möglichst hohe, gegenseitige Akzeptanz, welche wir dringend im Berufsfeld benötigen, solange es noch die Parallelformen der Ausbildung im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege gibt. Mit einer Entscheidung der Verantwortlichen zu einem baldigen Auslaufen der Diplomausbildung und einer Gesetzesnovellierung könnte somit zur Verdeutlichung/Klärung dieser Situation beitragen werden.

Stimmt/stimmt nicht ?

Da wären die 3 „Klassiker“:

- Bachelor-AbsolventInnen sind den diplomierten Pflegepersonen vorgesetzt. Stimmt nicht ! Die AbsolventInnen des Bachelorstudiums „Gesundheit“ und die AbsolventInnen der Diplomausbildung erlangen beide die Berufsberechtigung im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege und beide werden (hoffentlich) nicht unmittelbar nach der Ausbildung/dem Studium in eine leitende Position befördert werden, sondern erst Berufspraxis erwerben. Denn gesetzlich ist für diese Tätigkeit lt. GuKG §17 (5) eine mind. 2-jährige Berufstätigkeit Voraussetzung.

- Man kann ein „Upgrade“ (BSc.) als diplomierte Pflegeperson erwerben. Stimmt ! Wobei die Begrifflichkeit „Upgrade“ zu diskutieren wäre.... Es gibt unterschiedlichste Angebote (in Zielsetzung, Umfang, Qualität,...), die es durch die/den Einzelne/n zu prüfen gilt. Wichtig wäre aber vor allem die Frage zu stellen, was mit dem Studium bezweckt wird.

- Die Bachelor-AbsolventInnen sind gehaltsmäßig besser gestellt/verdienen mehr. Stimmt nicht ! Es werden alle AbsolventInnen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege im Wr. KAV nach dem Besoldungsschema der Stadt Wien gleich (in K4) eingestuft.

Ausblick

Wir befinden uns „erst“ (schon !) im 2. Semester des Studiums, somit lässt sich kein abschließendes Resümee ziehen. Vieles erfolgt trotz guter Vorbereitung, Briefings, Kooperation in Form von Learning bei Doing. Dennoch – und das sind wir unseren Studierenden schuldig – handelt es sich beim FH-Studiengang „Gesundheit“ in Kooperation mit dem FHCW um kein „Probehandeln“. Wir haben den Vorteil aus den bisherigen Erfahrungen (beruflich und persönlich) „the best of both worlds“ zu nehmen.

Damit kann ein wichtiger Schritt zur weiteren Professionalisierung des Pflegeberufes gesetzt werden. Geplant sind zukünftig auch standortübergreifende Forschungsprojekte, die auf Erfahrungen mit dem FHCW aufbauen, wie z. B. die Begleitevaluationsstudie zum Projekt „Einrichtung eines 3. Lernorts – mit Integration von SimulationspatientInnen.“

Ich hoffe, dass es mir gelungen ist, Ihnen einen Einblick in die gegenwärtige Situation zu geben und Sie für die Veränderungen zu interessieren.

Auf Umbruch folgt Aufbruchsstimmung und die ist bei uns – am FH-Studien-/Schulstandort SZO – gut!

Autorin & Link

www.wienkav.at

Michaela Dorfmeister, MBA
Akadem. Health Care Managerin
(WU Wien), Schuldirektorin und Standortstudiengangsleitung des Bachelorstudiengangs "Gesundheits- und Krankenpflege" in Kooperation mit der FH Campus Wien am Standort SMZ-Ost, Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, Sonderausbildung für Intensivpflege & Nierenersatztherapie, Sonderausbildung für Lehrer/innen der Gesundheits- und Krankenpflege, Lehrbeauftragte in Bildungs- & Gesundheitsinstitutionen, Buchautorin.

Bachelor-Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Ost und am Sozialmedizinischen Zentrum Süd

Studiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“ der Fachhochschule Campus Wien in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund

Abschluss: Bachelor of Science in Health Studies (BSc) + Berufsberechtigung
ECTS: 180 ECTS-Credits
Studienbeitrag: € 363,36 + ÖH Beitrag pro Semester
Organisationsform: Vollzeit
Bewerbungszeit: noch bis 13.5.2016

Kontakt:
Michaela Dorfmeister, MBA
Standort-Studiengangsleiterin
FH-Studienstandort SZO
Direktorin der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
am Sozialmedizinischen Zentrum Ost der Stadt Wien
Langobardenstraße 122
1220 Wien
Å 01/28802/5301
Email: michaela.dorfmeister@wienkav.at
http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/allgemein/smzo/

Fußnoten

(1) Der Film (im Original Skipped Parts) schildert die Geschichte einer alleinerziehenden Mutter mit ausschweifendem Lebensstil und das Heranwachsen ihres Sohnes.

(2) aus den Erläuterungen (Arbeitsfassung) zur GuK-Novelle 2015

(3) Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Ost (SZO) und Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Süd (SZX)

(4) Ich möchte an dieser Stelle die Gelegenheit dazu nützen, um mich bei meinem Team am Standort SZO zu bedanken, für das engagierte, kompetente und zukunftsorientierte Herangehen – Stichwort „unermüdlicher Pioniergeist“ !

Lernwelten 2016

16. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflege- und Gesundheitspädagogik

1. bis 3. September 2016

Wiener Krankenanstaltenverbund, A-Wien

Kultursensibel lernen, lehren und arbeiten

Lehrende und Angehörige der Gesundheitsfachberufe sind in der Bildungspraxis bzw. in der Praxis der Gesundheitsberufe herausgefordert, zunehmend mit einer Vielfalt von Kulturen, Lebenswelten und Wirklichkeiten der Akteure umzugehen. Diese Vielfalt betrifft sowohl die Menschen, die eine gesundheitliche Versorgung benötigen als auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Lehrenden. Die Lernenden und Studierenden weisen ebenso eine bunte Vielfalt auf. Daneben gilt es für die Angehörigen aller Gesundheitsberufe sich untereinander in ihrer Vielfalt zu achten und Differenzen als Chance zu erleben.

Kulturen – verstanden als Gemeinschaften mit spezifischen Denk- und Handlungsweisen – werden oftmals anhand signifikanter Kriterien wie Nation, Ethnie, Religionszugehörigkeit, Fachdisziplin oder Ausbildungslevel beschrieben und differenziert. Dementsprechend verfügt auch jede Berufsgruppe über eine spezifische Kultur mit Normen und Werten, die Außenstehenden oft nicht bekannt sind.

Der 16. Lernweltenkongress thematisiert "Kultursensibilität" in der Pflege- und Gesundheitsausbildung, -fortbildung und -weiterbildung und in gesundheitsbezogenen Studiengängen. Drei Perspektiven sollen dabei eingenommen werden:

- **kultursensibel Lernen:** Hier können Fragen nach den Bedingungen des Lernens gestellt werden, die mit einer kulturellen Vielfalt einhergehen. Zugangswege für Migrant/innen in die Gesundheitsberufe können ebenso thematisiert werden wie die Wirkung der Vielfalt in Lernprozessen.
- **kultursensibel Lehren:** Hier geht es bspw. um pädagogische Konzepte für den Umgang mit kultureller Vielfalt an allen Lernorten.
- **kultursensibel Arbeiten:** Hier kann die Zusammenarbeit im Prozess der Arbeit näher beleuchtet werden. Praxisanleiter/innen sehen sich bspw. mit einer doppelten kulturellen Vielfalt konfrontiert: Sie müssen Kultursensibilität im Hinblick auf die Menschen, die eine gesundheitliche Versorgung benötigen zeigen und im Hinblick auf die Begleitung von Lernenden und Studierenden.

Weitere Informationen zu den Lernwelten und Anmeldemöglichkeit:

www.lernwelten.info

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats:
- Gerhard M. Käser, D-Augsburg
- Dr. Renate Schwarz-Govaers, D-Immenstaad
- Prof. Dr. Anke Fesenfeld, D-Bochum
- Dr. Andreas Lauterbach, D-Nidda
- Heike Spurek, Dipl. Med.-Päd., MNSc., CH-Zürich
- Iris Ludwig, CH-Le Noirmont JU
- Melita Grieshop, D-Berlin
- Prof. Dr. Elfriede Brinker-Meyendriesch, D-Düsseldorf
- Michaela Dorfmeister, MBA, A-Wien
- Prof. Dr. Anja Walter, D-Cottbus-Senftenberg
- Mag. Susanne Fesl, A-Wien

Kontakt:

Lernwelten 2016
Kongressbüro
Raun 21
D-63667 Nidda
Tel.: +49 (0) 6402 7082660
info@lernwelten.info

hpsmedia

Von Logiken und Sprachverwirrungen[1]

Stellen Sie sich vor, Sie werden zu einer Podiumsdiskussion eingeladen,...

...die nur wenige Tage nach der ersten Zusammenkunft der Gründungskonferenz einer sogenannten Interessensvertretung für die Pflege in Bayern stattfindet. Stellen Sie sich vor, dass in diese Gründungskonferenz bis dato unbekannte Vertreterinnen und Vertreter berufen sind. Und stellen Sie sich vor, dass diese unbekannten Menschen an einem Gesetzesentwurf und einer Berufsordnung für die professionelle Pflege in Bayern arbeiten. Außerdem müssen Sie sich vorstellen, dass die gesamte Fachexpertise der Verbände in Bayern und die bayerischen Dekane der pflegebezogenen Hochschulen bei dieser Gründungskonferenz fehlen. Sie fehlen deswegen, weil von deren Seite mehrmals darauf hingewiesen wurde, dass ohne eine verpflichtende Mitgliedschaft aller professionell Pflegenden in Bayern keine ernstzunehmende berufsständische Selbstbestimmung der Pflege möglich ist.[2]

Unabhängig davon: stellen Sie sich vor, dass Sie trotz wissenschaftlichen Hintergrundwissens zur Berufssoziologie, zur Professionalisierungsdebatte und zur Entstehungsgeschichte der Pflege, die parlamentarischen Entscheidungsfindungsprozesse nicht beeinflussen können. Abschließend bitte ich Sie, sich vorzustellen, dass die Gegner einer „echten" Pflegekammer in Bayern maßgeblich von der Gewerkschaft ver.di und Arbeitgeberverbänden wie dem bpa und dem BRK getragen sind, und, dass die Staatsministerin den Vorsitz der Gründungskonferenz inne hat. Sie stehen somit in einem Feld der Widersprüchlichkeiten, der Irrationalität und rhetorischer Finessen. Sie suchen demnach nach Worten.

Welche Worte zu einem solchen Podium von einem Pflegewissenschaftler und Befürworter eines echten Kammermodells gewählt wurden, lesen Sie hier...

Sehr geehrte Frau Staatsministerin Huml, sehr geehrte Mitglieder des Podiums, sehr geehrter Herr Neff, sehr geehrte Damen und Herren,

im Zusammenhang mit der Debatte um den Bayerischen Pflegering lassen sich vielerlei Ränkespiele rund um das konstitutive Feld der Pflege identifizieren. Ich möchte im Rahmen dieser Debatte dabei auf zwei wesentliche Merkmale zu sprechen kommen, die der intensivsten und kritischsten Betrachtung bedürfen. Sehr geehrte Damen und Herren, ich spreche hier insbesondere von der Bedeutung der unterschiedlichen **Logiken** und dem Instrument diesen Logiken Ausdruck zu verleihen, nämlich dem Vehikel der **Sprache**. Mein Ziel ist, Sie als Publikum im Vorfeld der Diskussion für diese Bedeutungsgehalte zu sensibilisieren.

LOGIK

Lassen Sie mich zuerst in aller Kürze auf die Bedeutung der Logiken anhand des Unterschieds zwischen **Wissenschaftslogik** und **politischer Logik** eingehen: während Wissenschaft nach überprüfbaren Kriterien und größtmöglicher Beweisbarkeit sowie Objektivität sucht, also im Bereich von Fragestellungen nach Antworten, die rational nachvollziehbar im Sinne einer Wiederholbarkeit und Übertragbarkeit sind, geht es in der Politik und den politischen Handlungsspielräumen darum, Mehrheiten zu generieren, Sicherheitswahrnehmung für die Bevölkerung zu

konstruieren und zu den jeweiligen Themen auch die jeweiligen führenden Interessens- und Meinungsgruppierungen zu erfassen. Letzteres ist per se nachvollziehbar. Das Problem, das dabei entsteht ist, dass sich beide Logiken nicht 1:1 kompatibel ergänzen oder gar aneinander anschlussfähig sind. Man spricht hier in der Wissenschaftssprache von der sog. Inkommensurabilität.

SPRACHE
Meine Damen und Herren, um die unterschiedlichen Logiken nebst Argumenten ins Feld zu führen, spielt das Vehikel der Sprache eine entscheidende Rolle: Sie werden dies auch hier am Podium in der folgenden Diskussion erkennen können, nämlich, welche Position wie spricht.

THESE 1
So komme ich zu meiner ersten folgenden These:

Die Debatte um den sogenannten Bayerischen Pflegering (jetzt: Interessensvertretung) des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege ist mittlerweile keine Debatte mehr um Pflegekammer und/oder Pflegering, sondern letztlich ein Sprachspiel geworden, indem es vor allen Dingen darum gehen muss, die Dekonstruktion dieser Sprachspiele vorzunehmen, um die entstandenen Sprachverwirrungen auf zu zeigen und zu entschlüsseln.

Ich versuche es sogleich an einigen Beispielen zu illustrieren: Lieber Herr Neff, Sie als Veranstalter – das ist kein Vorwurf – versuchen mit einem griffigen Titel Publikum für eine politische Diskussion zu gewinnen. Wie Sie sehen ist Ihnen dies bestens gelungen.[3]

In Ihrem Titel: *Pflegekammer vs Pflegering* steckt allerdings eine Suggestion verborgen, die frei nach Adorno den ‚Jargon der Eigentlichkeit' spricht. Ihre Formulierung macht den Eindruck, es könne in der letztlichen Zielrichtung ‚eigentlich' um das Gleiche gehen, eine Art Duell, das entschieden werden muss, um einen Titel - das Beste für die beruflich Pflegenden - zu erringen. Dem ist mitnichten so. Die Debatte wird seit geraumer Zeit nicht mehr um eine Kammer geführt, es wird

1. ausschließlich über den Vorschlag des Bayerischen Pflegerings gesprochen und

2. ist aus machtpolitischer Perspektive die Entscheidung für den Pflegering parlamentarisch bereits nahezu gefällt.

Weitere Sprachspiele, die mittlerweile in der Diskussion nahezu normiert sind, sind die Begriffe des „Zwangs" oder die des „Behauptet wird" und „Fakt ist". Letztere Formulierung wurde begleitend zu der Kampagne des Bayerischen Pflegerings in der Berichterstattung des Ministeriums verwendet.[4] Sie werden als Platzhalter für „Richtig" und „Falsch" oder „Wahr" bzw. „Unwahr" genutzt. Der Begriff des „Zwangs" ist von den Gegnern des Modells Kammer eingeführt worden, um die Frage von „Recht" und „Pflicht" in „Zwang" und „Freiwilligkeit" umzuformulieren.

SACHARGUMENTATION -
Ausgewählte soziohistorische und diskursive Elemente

Sehr geehrte Damen und Herren,
argumentativ möchte ich nun in aller Kürze durch die **geschichtlich-diskursiven Entwicklungslinien** der deutschen Pflege eilen. Sie zeigen, dass politische Machtspiele über die Pflege weder neu sind, sondern sich traditionell wie ein roter Faden um sie selbst spinnen.

Die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland entwickelt sich - aus der Geschichte heraus deutlich erkennbar- von Notstand zu Notstand. Jedem Notstand folgten quantitative Verbesserungen nach einem Muster, das sich alle 25-30 Jahre wiederholt. Dem Weniger ausschließlich mit einem Mehr zu begegnen ist das gängige Mittel der Wahl der Politik, wohl auch, weil die Besonderheit des Feldes und die Sozialisation der Pflegenden nur unzureichend aus deren Perspektive betrachtet werden. Ob gewollt oder ungewollt, überlasse ich der Interpretation der verantwortlichen Akteure der jeweiligen Zeitenspannen. Warum ist dies so?

Kollegin Anne Kellner[5] beschreibt in ihrer Dissertation „Von der Selbstlosigkeit zur Selbstsorge" aus dem Jahr 2011 mehrere Diskursstränge, die typisch für die deutsche Pflege, insbesondere die Pflegeausbildung stehen.

1. Die Pflege entwickelte sich von der theologischen Fremdbestimmung zur medizinischen Fremdbestimmung, in der Postmoderne, so ergänze ich weiter, zur ökonomischen Fremdbestimmung (Ergänzung M.B.),

2. Ein wesentlicher geschichtlicher Entwicklungs-

diskurs ist zudem die Auffassung, zu viel Wissen würde der Pflege schaden,

3. Ein auf Anlernen basiertes Ausbildungskonzept, welches sich als Sparkonzept für die Pflegeeinrichtung ausgezeichnet hat (Kellner 2011: 155) und das sich sowohl gesetzlich als auch in den Handlungslogiken der Bildungseinrichtungen konstituiert hat (Ergänzung M.B.).

Daraus folgt als ein gegenwärtiger Diskursstrang der deutschen Pflege

4. Das „Exit - No- Voice“ Syndrom[6] der deutschen Pflege (Vgl. Kellner 2011: 198f)

Pflege wurde damit seit Jeher als Spielball verschiedener berufsständischer, gesellschaftspolitischer und ökonomischer Interessen gesehen (Vgl. Kruse, A.P. in Kellner 2011: 157) das wird geschichtlich besonders deutlich an der Tatsache, dass das Krankenpflegegesetz von 1985 das erste war, in dem außer rein arbeitsmarktpolitischen und anderen berufsständischen Interessen auch konkret inhaltlich- pflegebezogene Sachinhalte legitimiert wurden, konkret die geplante Pflege, sprich der Pflegeprozess.

Die durch das Konzept der Fremdbestimmung begründete noch unzureichende Emanzipationsfähigkeit der deutschen Pflege eigenständig politische Verantwortung zu übernehmen, lässt sich noch aus einer weiteren Position begründen. In der Ende 2015 vorgelegten Dissertation von Constanze Eylmann[7] aus Ludwigsburg zum Habitus in der Altenpflege wird aus soziologischer Sicht das Milieu der Altenpflege als prekär identifiziert. Das liegt an der zunehmenden Sparpolitik, die durch „(...) Kostendämpfungsgesetze, Gehälter und Qualität von Humandienstleistungen drückt und dies trotz ansteigender Qualifikationen der Arbeitnehmer“ (Eylmann 2015: 94).

Erschwerend kommt hinzu, dass in der Bildung eine daraus folgende personelle Emanzipationsaufgabe der Bildungsträger für die Pflegenden in diesem Feld nicht wahrgenommen wird.

THESE 2
Ich möchte hieraus zusammenfassend eine zweite These an diesem Abend wagen:

Das Feld der Pflege manifestiert sich traditionell und weiterhin als zunehmend prekär.[8] Durch den hohen Zuwendungsgrad den Pflegende tagtäglich der Gebrechlichkeit und Krankheit pflegebedürftiger Menschen widmen, hat man es hier mit einer hochsensiblen und vulnerbalen Berufsgruppe zu tun, die ihres Gleichen unter anderen Branchen sucht.

SCHLUSS-
Pflegewissenschaftliches Plädoyer
Aus pflegewissenschaftlicher Sicht möchte ich eindeutig und mit aller Schärfe kritisieren, wie in den derzeitigen politischen Diskursen Machtkonstellationen mittels Sprachspielen ausgetragen werden!

Bei der unzureichenden politischen Bildungsarbeit, die an den Ausbildungsstätten stattfindet, bei der bereits zunehmend durchökonomisierten Praxis von Pflegenden und den Zuständen, unter denen Pflegende Tag für Tag handeln müssen, wäre v.a. Dingen aus der Verantwortungsperspektive der politischen Entscheidungsträger sehr wichtig, die Pflegenden nicht wieder als Spielball zu Zwecken arbeitsmarktpolitischer und machtpolitischer Konstellationen zu instrumentalisieren.

Als bayerischer Professor für Pflegepädagogik bedauere ich sehr, dass das bayerische Ministerium für Gesundheit und Pflege die traditionelle Linie der Fremdbestimmung der Pflege weiter fortschreibt und die Studienergebnisse der 2012 von den Kolleginnen Büker und Lademann durchgeführten Studie ausschließlich in dieser Richtung interpretiert haben!

Als Pädagoge gebe ich die Hoffnung nicht auf, dass sich die Regierungskunst aus pflegewissenschaftlicher Sichtweise beratungs- und lernfähig zeigt, denn das unterscheidet politische und wissenschaftliche Kunst von politischem und wissenschaftlichem Handwerk!

Herzlichen Dank!

Literatur:
Eylmann, C. (2015): Es reicht ein Lächeln als Dankeschön. Habitus in der Altenpflege. Osnabrück, V&R Verlag

Kellner, A. (2011): Von der Selbstlosigkeit zur Selbstsorge. Eine Genealogie der Pflege. Berlin, Lit-Verlag

Fussnoten

1 Dieser essayistische Beitrag basiert auf einem Prolog zu einer Podiumsdiskussion, die am 3. Februar 2016 im Hansahaus München zum Thema Pflegekammer vs Pflegering statt gefunden hat. Veranstalter war die KAB München. Teilnehmende am Podium waren die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Melanie Huml, Robert Hinke, Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, Prof. Dr. Michael Bossle und Alexandra Kurka Wöbking, DBfK Südost. Jede teilnehmende Person des Podiums konnte ein Statement zu 10 Minuten verlesen. Das vorliegende Statement des Autors war der zweite Beitrag des Abends.

2 Zur Chronologie der Debatte um eine Pflegekammer in Bayern siehe auch Pflege Professionell, Ausgabe 1, S. 52

3 Der Abend war mit rund 200 Personen gut besucht.

4 Zu finden im Internet unter: http://www.stmgp.bayern.de/pflege/interessenvertretung/index.htm (Zugriff vom 01.02.16)

5 Prof. Dr. Anne Kellner, Professorin für Berufspädagogik und Pflegewissenschaft an der Kath. Hochschule Freiburg

6 Das „Exit-No-Voice Syndrom“ wird erstmals von Rabe-Kleeberg noch als ‚Exit – Voice Syndrom’ für die Pflege eingeführt: „Für Rabe-Kleberg löste der berufsfluchtbedingte und notorische Pflegenotstand – auch wenn er noch nicht zu einer grundlegenden Infragestellung der Konstitutionsbedingungen des Berufes geführt hat – einen virulenten, sich eher noch beschleunigenden Prozess der systematischen Selbstreflexion der Frauen in den ihnen traditionell ‚zugeeigneten‘ Berufen aus. In den Bereichen der Pflege von Kranken und Alten werden in den letzten Jahren Entwicklungen beobachtet, die denen ähneln, die Hirschmann als „Exit-and-Voice-Syndrom“ beschrieben hat: Ein Zusammentreffen von Handlungstypen wie Fliehen oder Meiden (Exit) und Protest und Widerstand (Voice), das in der Lage sein soll einen bedeutenden gesellschaftlichen Veränderungsschub auszulösen (Vgl. Rabe-Kleeberg in Kellner 2011: 198). Kellner führt weiter aus: „Leider kann ich die ‚Hoffnungen‘ von Rabe-Kleberg nur bedingt teilen: Exit erscheint derzeit als die dominierende Antwort der Pflegenden – Ihre Stimme (Voice) lässt sich kaum vernehmen: Auch wenn viel zur Aufklärung der traditionellen und geschlechtertypischen Arbeitsverhältnisse u.a. von engagierten Pflegewissenschaftlerinnen geleistet wurde, leidet die Mehrheit der Pflegenden weitgehend im Stillen“ (Kellner 2011:198).

7 Prof. Dr. Constanze Eylmann, Professorin für Pflegewissenschaft an der EFH Ludwigsburg

8 Dazu Eylmann weiter: „Die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege sind überdauernd von mangelnden Ressourcen und hohen Belastungen gekennzeichnet. Der durchgängige Mangel an Arbeitskraft zur Versorgung alter Menschen scheint, neben der Berufsmotivation, das stabilste der überkommenen Merkmale zu sein“ (Eylmann 2015: 278).

Autor & Links

www.michaelbossle.com

Prof. Dr. Michael Bossle, MScN
Pflegewissenschaftler (Univ.), Dipl. Pflegepädagoge (FH)
Gesundheits- und Krankenpfleger,
Professor für Pflegepädagogik

Kontakt: kontakt@michaelbosslee.com

(C) Wolfgang Zajc

„Im Interview“ - Dr. Alexander Van der Bellen

Pflege Professionell: Sind Sie mit unserem Gesundheitssystem zufrieden?

Alexander Van der Bellen: Österreich hat im internationalen Vergleich ein gutes Gesundheitssystem, in dem ich mich gut aufgehoben fühle. Damit das so bleibt bzw. noch besser wird, wäre es sicherlich sinnvoll, die Primärversorgung zu stärken, auch um Krankenhäuser zu entlasten. Sehr wichtig sind alle Maßnahmen, die einen gerechten Zugang für alle zum Gesundheitssystem sichern, um einer Mehr-Klassenmedizin vorzubeugen.

Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation sollten aus meiner Sicht ausgebaut werden.

Pflege Professionell: Welchen Beitrag könnten Sie als Bundespräsident zum Gesundheitswesen leisten?

Alexander Van der Bellen: Die gesellschaftliche Anerkennung der im Gesundheitswesen Beschäftigten ist mir wichtig und ich werde auf das Prinzip einer öffentlich finanzierten, solidarischen Gesundheitsversorgung pochen.

Pflege Professionell: Anhand der demografischen Entwicklung wird aus dem Gesundheitswesen ein wirtschaftliches „Fass ohne Boden“. Wie sehen Sie diese Entwicklung?

Alexander Van der Bellen: Es ist eine erfreuliche Entwicklung, dass die Lebenserwartung in Österreich hoch ist und noch weiter ansteigt. Das „Fass ohne Boden“ möchte ich zurückweisen. Es nimmt zwar der Anteil der Personen über 65 in der Gesellschaft zu, aber diese Personengruppe ist gesünder als dies vor 20 oder 30 Jahren der Fall war. Im Gesundheitssystem ist aus Sicht von Experten grundsätzlich genug Geld vorhanden, es ist nur zwischen den einzelnen Versorgungsebenen nicht optimal verteilt. Das gemeinsame Ziel muss die Sicherstellung einer optimalen Krankenversorgung sein.

Pflege Professionell: Was würden Sie der Regierung zu diesem Thema mit auf den Weg geben?

Alexander Van der Bellen: Drei Punkte erscheinen mir zentral: Der gerechte Zugang für alle zu einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem, die Stärkung der Primärversorgung und die

Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention.

Pflege Professionell: Worin sehen Sie die entscheidenden Hebel damit auch unsere Kinder und Kindeskinder noch ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem zur Verfügung haben?

Alexander Van der Bellen: Um ein gutes und solidarisch finanziertes Gesundheitssystem auch in Zukunft zu haben, braucht es in erster Linie ein politisches Bekenntnis der Parteien, dieses haben zu wollen. Und die Menschen werden sich dafür einsetzen, wenn sie das Gefühl haben, einen gerechten und egalitären Zugang zum Gesundheitssystem zu haben. Eine Mehr-Klassen-Medizin wäre dieser Entwicklung nicht förderlich, sondern würde Privatisierungstendenzen befördern.

Pflege Professionell: Wie stehen Sie zu einer Privatisierung des Gesundheitssektors, um die Wirtschaftlichkeit zu erhalten?

Alexander Van der Bellen: Das solidarische Gesundheitssystem wird dann in Frage gestellt, wenn es trotz gleicher Krankenkassen-Beiträge zu viele Unterschiede in den Leistungen und im Zugang zum System gibt. Deshalb verlassen ja auch immer mehr Menschen, die es sich leisten können, das Kassen-System, um eine für sie optimale medizinische Versorgung zu erhalten. Es ist Aufgabe der Gesundheitspolitik, die kassenärztliche Versorgung so zu organisieren, dass sie für die Versicherten optimale Ergebnisse bringt.

Pflege Professionell: Welchen Einfluss würden Sie geltend machen damit unser Gesundheits- und Sozialsystem keine Spielwiese für Spekulanten und Geschäftemacher wird?

Alexander Van der Bellen: Zum Teil sind die Kompetenzen im Gesundheits- und Sozialsystem verfassungsrechtlich abgesichert, sodass die Regierungsparteien hier schon eine große Hürde nehmen müssten. Schlussendlich liegt die Verantwortung dafür aber bei der Bundesregierung, auf die ich ein wachsames Auge haben werde.

Pflege Professionell: Durch die Veränderungen und die Arbeitssituation werden Angestellte im sozial- und medizinischen Bereich immer unzufriedener. Menschen gehen in ihren Jobs an die Leistungsgrenze. Mittlerweile ist die Unzufriedenheit so groß, dass immer mehr ÄrztInnen und Pflegepersonen auf die Straße gehen und demonstrieren. Wie treten Sie dem entgegen?

Alexander Van der Bellen: Eines vorweg: Der Bundespräsident ist nicht der Ersatz-Gesundheitsminister in der Hofburg. Ich bin der Überzeugung, dass eine gute Krankenversorgung vor allem auf ein sehr gut ausgebildetes und zufriedenes Gesundheitspersonal angewiesen ist. Die hohe psychische und physische Belastung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der Ärzte und Ärztinnen, der medizinisch-technischen Dienste sowie aller anderen Gesundheitsberufe hat zur Folge, dass die Verweildauer in den Gesundheit berufen immer kürzer wird und sich Resignation einstellt, was ich nachvollziehen kann.

Pflege Professionell: Die Kranken- und Altenpflege ist schon seit Jahrzehnten multikulturell aufgestellt. (Fast die Hälfte der Pflegepersonen haben einen Migrationshintergrund) Welche Chancen sehen Sie hierbei fürs Gesundheitswesen?

Alexander Van der Bellen: Die Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen wird auch von Menschen mit Migrationshintergrund in den nächsten Jahren zunehmen. Pflege- und Betreuungskräfte, die selber Migrationshintergrund haben, sind daher eine sehr wichtige Ressource. Sie bringen neben der deutschen Sprache noch andere Sprachen mit in ihren Beruf ein und sind zudem Wissenslieferanten im Umgang mit unterschiedlichen Kulturen.

Pflege Professionell: Die Pflege wird noch immer unterbezahlt. Obwohl die meisten Menschen in diesem Job schwere Schichtdienste mit hoher Belastung machen, zählt dieser Beruf noch immer als unterbezahlter „Frauenberuf“. Wie könnte man dies ändern?

Alexander Van der Bellen: Österreich braucht auch in den nächsten Jahren ausreichend qualifizierte Arbeitskräfte, die trotz enormer Herausforderungen gerne in Gesundheits- und Pflegeberufen arbeiten und auch nach mehreren Jahren noch motiviert und körperlich leistungsfähig sind. Das wird die Gesundheitspolitik der Zukunft leisten müssen.

Pflege Professionell: Wo sehen Sie die österreichische Pflege in fünf Jahren?

Alexander Van der Bellen: Pflege wird in Österreich zum überwiegenden Teil informell und innerhalb der Familie (vor allem von Frauen) erbracht. Der Trend, dass sich pflegende Angehörige professionelle Unterstützung holen, wird weiter zunehmen. Die Nachfrage an Pflegediensten wird also weiter steigen. Zum einen bedeutet das Investitionen in den Ausbau von Pflege- und Betreuungskosten, auf der anderen Seite entstehen dadurch neue Arbeitsplätze im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe. Und das ist eine gute Nachricht.

Pflege Professionell: Eine Therapie stiftet evidenzbasiert nicht den erwarteten Nutzen. Zum Beispiel eine Chemotherapie mit weniger als drei Monate Lebensverlängerung. Was halten Sie in solchen Fällen von nutzabhängigen Selbstbeteiligung durch die Versicherten selbst?

Alexander Van der Bellen: Die Krankenbehandlung darf nicht zu einer Frage der persönlichen finanziellen Verhältnisse werden.

Pflege Professionell: Die Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich ist in vielen Bereichen sehr erfolgreich, die Überlebensrate in Österreich zum Beispiel bei kindlichen Krebserkrankungen ist bei über 85%, was international einen Topplatz einräumt und für die großartige Leistung unserer Health Professionals aber auch für unser Gesundheitssystem! Kinder und Jugendliche in Österreich haben aber noch immer sehr eingeschränkte Möglichkeiten, eine adäquate Rehabilitation und Nachbetreuung zu bekommen. Wie stehen Sie persönlich zu diesem wichtigen Thema, sehen Sie Handlungsbedarf?

Alexander Van der Bellen: Das Regierungsprogramm der amtierenden Bundesregierung enthält die Zusage im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation entsprechende Kapazitäten zu schaffen. Meines Wissens läuft gerade das Ausschreibungsverfahren, sodass hoffentlich bis Jahresende konkrete Fakten und ein Zeitplan für die Umsetzung am Tisch liegen.

Pflege Professionell: Wollen Sie den Menschen in Gesundheitsberufen noch ein paar Worte zukommen lassen:

Alexander Van der Bellen: Ich bedanke mich bei allen Menschen, die einen Gesundheitsberuf ausüben, dass sie für die Patientinnen und Patienten vorbehaltlos da sind, obwohl sie im Berufsalltag mit zum Teil sehr schwierigen Arbeitsbedingungen konfrontiert sind. Ich habe mich sehr gefreut zu hören, dass es mittlerweile eine eigene Plattform bestehend aus Ärzten, Ärztinnen und in Pflegeberufen Aktiven gibt, die mich unterstützt. Vielen Dank!

Autor & Link

www.pflege-professionell.at

Markus Golla, BScN

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Akademischer Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege
Masterstudent „Pflegewissenschaft“ der Universität Wien
Österreichischer Ansprechpartner der EAHN
Kommunikationstrainer

Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde Wien

Das St Anna Kinderspital im neunten Wiener Gemeindebezirk ist eine gemeinnützige Sonderkrankenanstalt für Kinder- und Jugendheilkunde mit den Schwerpunkten Pädiatrie und Pädiatrische Hämato-Onkologie. Sie besteht aus der Internen und der Onkologischen Abteilung sowie der HNO-Abteilung und dem OP-Bereich. Die Interne Abteilung besteht aus vier Internen Stationen inklusive einer Säuglingsstation, einer Allgemeinen Ambulanz sowie verschiedenen Spezialambulanzen. Die Onkologische Abteilung gliedert sich in zwei hämato-onkologische Basisstationen, eine Tagesklinik, eine Stammzellentransplantations-Station und Ambulanz, eine Intensivstation, verschiedene Ambulanzen sowie den Externen onkologischen Pflegedienst.

Wir suchen für unsere **onkologischen Basisstationen** zum sofortigen Eintritt:

Diplomierte Kinderkrankenschwester/
Diplomierte Kinderkrankenpfleger (Vollzeit)
Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger (Vollzeit)

Wir bieten Ihnen:

- Professionelle, verantwortungsvolle Pflege und vielseitige Aufgaben in sehr kompetenten, hoch motivierten Teams
- spezifische und strukturierte Einschulung
- gezielte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit
- Das Mindestentgelt beträgt 1.983,23 EUR brutto pro Monat auf Basis Vollzeitbeschäftigung

Ihre vollständigen, aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen senden sie bitte an:

St. Anna Kinderspital GmbH
Pflegedirektorin Barbara Hahn, BSc
A - 1090 Wien, Kinderspitalgasse 6
pflegedirektion@stanna.at
www.StAnna.at

(C) FPÖ

„Im Interview“ - Ing. Norbert Hofer

Pflege Professionell: Sind Sie mit unserem Gesundheitssystem zufrieden?

Norbert Hofer: Im Großen und Ganzen ja, wenngleich natürlich noch einige Maßnahmen notwendig sind, um die Finanzierbarkeit auch in den nächsten Jahrzehnten sicherzustellen. Dazu gehört beispielsweise der Abbau von Akutbetten. Österreich leistet sich fast doppelt so viele Aufbetten wie der EU-Schnitt. Das kostet uns mehrere Milliarden Euro jedes Jahr.

Pflege Professionell: Welchen Beitrag könnten Sie als Bundespräsident zum Gesundheitswesen leisten?

Norbert Hofer: Als Bundespräsident habe ich die Möglichkeit, bei Fehlentwicklungen im Gesundheitsbereich die Bundesregierung dahingehend zu ermahnen, eine Kurskorrektur vorzunehmen.

Pflege Professionell: Anhand der demografischen Entwicklung wird aus dem Gesundheitswesen ein wirtschaftliches „Fass ohne Boden“. Wie sehen Sie diese Entwicklung?

Norbert Hofer: Diese Entwicklung ist seit längerem bekannt, bisher hat die Politik nicht wirklich darauf reagiert. Je älter Menschen werden, umso häufiger werden sie krank und/oder pflegebedürftig. Dies ist die Herausforderung für die Zukunft. 80 Prozent der Pflegeleistungen werden in der Familie erbracht. Würden diese von Professionisten durchgeführt, so entstünden Kosten von 3 Milliarden Euro.

Aber neben der Tatsache, dass wir älter werden, müssen wir auch zur Kenntnis nehmen, dass es immer mehr Personen gibt, die keine eigene Familie gründen und daher sich im Alter weniger auf ein familiäres Netz verlassen können. Es wird daher der Anteil jener Menschen stark ansteigen, die in Pflegeheimen zu versorgen sind. Wenn es nicht zu einem finanziellen Super-Gau kommen soll, brauchen wir längstens eine Gesundheitsreform mit den oben beschriebenen Punkten, um uns mit dem eingesparten Geld den Pflegebereich auch wirklich nachhaltig leisten können.

Pflege Professionell: Was würden Sie der Regierung zu diesem Thema mit auf den Weg geben?

Norbert Hofer: Gesundheitsreform jetzt - und zwar eine echte Reform, mit der Finanzierung aus einer Hand und der Zusammenlegung der Krankenkassen. Dazu braucht es aber den Willen der Regierung, sich gegen die Landeshauptleute durchzusetzen, die leider Reformen im Gesundheitsbereich seit vielen Jahren blockieren.

Pflege Professionell: Worin sehen Sie die entscheidenden Hebel damit auch unsere Kinder und Kindeskinder noch ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem zur Verfügung haben?

Norbert Hofer: Dazu braucht es, wie oben erwähnt, einen effizienteren Einsatz der Mittel. Dies soll erreicht werden durch einen Abbau der Akutbetten, einer Bündelung der Kompetenzen und Finanzströme im Gesundheitswesen, die so genannte „Finanzierung aus einer Hand“ und die Zusammenlegung der Krankenkassen. Damit würden wir – wie vom Rechnungshof bestätigt – jährlich bis zu 4,75 Milliarden Euro einsparen.

Pflege Professionell: Wie stehen Sie zu einer Privatisierung des Gesundheitssektors, um die Wirtschaftlichkeit zu erhalten?

Norbert Hofer: Eine Privatisierung des Gesundheitswesens lehne ich ab. Auch die öffentliche Hand könnte wirtschaftlich handeln. Das Problem - gerade im Gesundheitssektor - sind die vielen unterschiedlichen Kompetenzen. Diese müssen dringend gebündelt werden. Gesundheitsversorgung ist ebenso wie beispielsweise Landesverteidigung oder Bildung eine der wesentlichen Aufgaben der öffentlichen Hand. Diese muss allen Menschen zugänglich sein und darf nicht gewinnorientiert sein. Nur so ist eine ethische Gesundheitsversorgung sichergestellt.

Pflege Professionell: Welchen Einfluss würden Sie geltend machen damit unser Gesundheits- und Sozialsystem keine Spielwiese für Spekulanten und Geschäftemacher wird?

Norbert Hofer: Sollte ein Plan der Regierung in eine solche Richtung gehen, so werde ich als Bundespräsident mit Sicherheit die Regierung zu einem Gespräch bitten. Die Gesundheitsversorgung darf kein Spielball wirtschaftsliberaler Überlegungen sein.

Pflege Professionell: Durch die Veränderungen und die Arbeitssituation werden Angestellte im sozial- und medizinischen Bereich immer unzufriedener. Menschen gehen in ihren Jobs an die Leistungsgrenze. Mittlerweile ist die Unzufriedenheit so groß, dass immer mehr ÄrztInnen und Pflegepersonen auf die Straße gehen und demonstrieren. Wie treten Sie dem entgegen?

Norbert Hofer: Ich habe großes Verständnis für die Probleme des medizinischen Personals. Die Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten Jahren zusehends verschlechtert. Neben vielfältigeren Aufgaben und den immer mehr werdenden Dokumentationspflichten auf der einen Seite, ist es vor allem der Spargedanke im Gesundheitswesen, der dem Personal massiv zusetzt. Im ärztlichen Bereich wird die Situation zusätzlich dadurch verschärft, dass das Ärztearbeitszeitgesetz zusätzliche Kapazitätsprobleme mit sich gebracht hat. Ich verstehe daher die berechtigten Anliegen und glaube, dass Einsparungen beim Personal der falsche Weg sind. Was es braucht ist das Abstellen von Doppelgleisigkeiten, der Abbau von teuren Akutbetten und die Errichtung von Schwerpunktkrankenhäusern. Auch wäre es endlich notwendig, die Finanzierung „aus einer Hand“ sicherzustellen. Seit Jahren ist dies eine Forderung von mir, ebenso wie die Zusammenlegung der Krankenkassen.

Pflege Professionell: Die Kranken- und Altenpflege ist schon seit Jahrzehnten multikulturell aufgestellt. (Fast die Hälfte der Pflegepersonen haben einen Migrationshintergrund) Welche Chancen sehen Sie hierbei fürs Gesundheitswesen?

Norbert Hofer: Gerade im Pflegebereich gibt es sehr viele Mitarbeiter – vor allem Frauen – aus anderen Ländern. Eines ist all diesen Personen gemein: Eine gute und fundierte - in Österreich anerkannte - Ausbildung und sehr gute Sprachkenntnisse. Ich sehe dies als Tatsache, nicht als Chance für das Gesundheitswesen. Es ist aber so, dass vor allem im privaten Pflegebereich, Frauen aus den osteuropäischen Ländern tätig sind, da diese oftmals kostengünstiger arbeiten. Sich darauf zu verlassen, dass Gesundheitsdienstleister aus dem Ausland unser fehlendes Personal ausfüllen, halte ich für gefährlich. Notwendiger wäre, selbst ausreichend Personal auszubilden und sich nicht immer darauf zu verlassen, dass dies andere Länder für uns tun.

Pflege Professionell: Die Pflege wird noch immer unterbezahlt. Obwohl die meisten Menschen in diesem Job schwere Schichtdienste mit hoher

Belastung machen, zählt dieser Beruf noch immer als unterbezahlter „Frauenberuf“. Wie könnte man dies ändern?

Norbert Hofer: Es ist völlig richtig, dass der Pflegeberuf nicht leistungsgerecht entlohnt wird. Lohnverhandlungen führen in Österreich die Sozialpartner. Dies hat zwar durchaus seine Vorteile, auf der anderen Seite zeigt sich im Pflegebereich, dass hier die Gewerkschaft ganz offensichtlich zu wenig Verhandlungsgeschick hat. Ich glaube, es ist auch ein gesellschaftliches Umdenken notwendig, denn die Leistungen, die vom Pflegepersonal erbracht werden, sind durchaus anerkannt. Dennoch ist vielen Menschen in Österreich nicht bekannt, dass das Pflegepersonal chronisch unterbezahlt ist. Dass in Sozialberufen überwiegend Frauen arbeiten, liegt wohl in der Natur der Sache, nämlich dass Frauen über eine höhere soziale Kompetenz verfügen.

Pflege Professionell: Wo sehen Sie die österreichische Pflege in fünf Jahren?

Norbert Hofer: Die großartigen Leistungen der Pflegerinnen und Pfleger werden dazu führen, dass in fünf Jahren noch viele Angehörige ihre Pflegebedürftigen im Falle des Falles in sicherer Obhut wissen.

Pflege Professionell: Eine Therapie stiftet evidenzbasiert nicht den erwarteten Nutzen. Zum Beispiel eine Chemotherapie mit weniger als drei Monate Lebensverlängerung. Was halten Sie in solchen Fällen von nutzabhängigen Selbstbeteiligung durch die Versicherten selbst?

Norbert Hofer: Davon halte ich nichts. Denn jeder Patient hofft bis zum Schluss auf das „Wunder“, die Wende in seiner Krankheitsgeschichte. Es ist Aufgabe der sozialen Krankenversicherungen die bestmögliche Therapie jedem Patienten angedeihen zu lassen.

Pflege Professionell: Wollen Sie den Menschen in Gesundheitsberufen noch ein paar Worte zukommen lassen?

Norbert Hofer: Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitsbereich!

Als langjähriger Patient, der sehr viele Monate in Krankenhäusern zugebracht hat, weiß ich um die vielfältige und schwierige Arbeit. Nicht nur die Belastung durch den Schichtdienst und die verantwortungsvolle Tätigkeit, sondern auch die unterschiedlichen Patienten mit ihren individuellen Wünschen, Sorgen und Problemen belasten Ihren Arbeitsalltag. Ich kann aus eigener Erfahrung sagen, dass das medizinische Personal wirklich bemüht ist, sich auch ausreichend Zeit für die Patienten zu nehmen und jederzeit Hilfestellungen leistet. Daher gebührt Ihnen allen mein tiefster Respekt, obwohl ich hoffe, Ihre Dienste nicht mehr allzu oft in Anspruch nehmen zu müssen.

Autor

www.pflege-professionell.at

Markus Golla, BScN
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Akademischer Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege
Masterstudent „Pflegewissenschaft“ der Universität Wien
Österreichischer Ansprechpartner der EAHN
Kommunikationstrainer

pflegeminusschmerz

pflege management schmerz wissen

Fortbildung · Weiterbildung

Schmerzmanagement
Hypnotische Kommunikation

Kursprogramm online unter
www.pflegeminusschmerz.at

Pflegeminusschmerz - Geyrhofer KG
Kreuznerstraße 10 - 4360 Grein - +43660 / 78 56 000 - office@pflege-schmerz.at

Lebensbegleitendes Lernen im Alter

Eine Rede im Bundesrat des österreichischen Parlaments...

Foto (C) Christian Anderl

Birgit Meinhard-Schiebel
Landtagsabgeordnete / Gemeinderätin der Grünen in Wien

Die letzten Jahre haben das Thema Alter immer mehr in den Mittelpunkt gerückt. Das hat seine guten Seiten ebenso wie seine nicht so guten Seiten. So lange Alter grundsätzlich für viele von uns auch ganz persönlich als Zeit des Abbaus und Verlustes erlebt werden, scheint es etwas absurd, gerade dann lernen zu sollen, können und zu wollen. Immer vor dem Hintergrund, zahlt sich denn das eigentlich noch aus? Kann ich da überhaupt noch mithalten?

So kommt die Empfehlung des „Lebensbegleitenden Lernens 2020“ zum richtigen Zeitpunkt. Schon allein deshalb, weil es ein lebensnahes, differenziertes Konzept ist. In einer Zeit, in der die Zivilgesellschaft sich neu orientieren muss, müssen auch Lernprozesse von ihrer Tradition Abschied nehmen. Heute geht es nicht nur um den klassischen Bindungserwerb der vorwiegend in der mittleren Schicht und dem Bildungsbürgertum beheimatet ist. Heute geht es darum, Alter sinnstiftend und partizipativ zu gestalten. Leicht dahin gesagt, was aber ist das eigentlich?

Elderly education - Altersbildung - muss sich an dem Leben von älterwerdenden Menschen orientieren. Wer in seinen gesamten Lebensverlauf keine oder wenig Chancen hatte, sich über die Schulbildung hinaus zu bilden, immer wieder zu lernen, wird sich sehr schwertun, im Alter plötzlich bildungshungrig zu werden. Wenn Menschen immer noch daran glauben, dass die Erde eine Scheibe ist und der Garten die Grenze des eigenen Lebens darstellt, nützen die besten Bildungsangebote nur wenig. Was also braucht es, um Menschen im Alter neue Chancen zu bieten, um etwas zu lernen?

Die vier großen Prinzipien des lebensbegleitenden Lernens heißen Community Education – gemeinwesenorientierte Bildung - , Chancengerechtigkeit und soziale Mobilität, Qualität und Nachhaltigkeit, Leistungsfähigkeit und Innovation. Vier zentrale Themen mit der immer gleichen Frage, was sie in Realität umgesetzt heißen und wie sie umzusetzen sind. Dabei geht es nicht nur um Konzepte, dabei geht es nicht nur um Programme, die Alter als Alleinstellungsmerkmal sehen.

Es geht auch vielmehr darum, den so unterschiedlichen Generationen auf die Spur zu kommen. Ist heute die Generation der Baby Boomer auf dem Weg ins Alter, ist es die Nachkriegsgeneration die zur Wohlstandsgesellschaft geworden ist, oder ist es die Generation der Hochaltrigen, die durch Kriege und ihre entsetzlichen Folgen geprägt worden sind.

Abgesehen von den unterschiedlichen Generationen hat jeder dieser Generationen und sozialen Gruppen auch unterschiedliche Lernerfahrungen gemacht. Ohne Rücksicht darauf sind neue Konzepte der Community Education leicht auf verlorenem Posten.

Wer heute heute alt wird, wer sich heute mit den Konzepten zum lebensbegleitenden Lernen beschäftigt, muss Pionierarbeit leisten.

In keinem der vorangegangenen Jahrhunderte wurden zugleich so viele Menschen sehr alt. Die Lebensjahre, die nach dem Arbeitsleben verblieben sind, waren relativ kurz und konnten oft nur mehr wenig genutzt werden, um neue Erfahrungen zu machen.

Heute heißt Lernen den Alltag bewältigen zu können der sich rasch verändert. Heute heißt es soziale Teilhabe nicht zu verlieren und zu lernen: was braucht eine Gesellschaft von mir was brauche ich von ihr. Heute heißt Lebensbegleitendes Lernen

nicht den einseitigen Wissenstransfer von alt zu jung, sondern einen permanenten lebhaften Austausch und Diskurs und das vor dem Hintergrund einer Lebenswelt, in der dringende Lebensprobleme wie Arbeitsbesitz, Kampf gegen Armut, nicht vorhandene Umverteilung eine so wichtige Rolle spielen.

Die Weisheit des Alters rettet niemand davor, sich mit Herausforderungen herumzuschlagen, die bei der eigenen Haustüre beginnen und unser gesamtes Lebensumfeld betreffen. Heute heißt Lebensbegleitendes Lernen mit dem Leben im Alter umgehen zu lernen.

Heute heißt Lebensbegleitendes Lernen zum Beispiel auch, Health literacy – Gesundheitskompetenz - auch für das eigene Alter zu fördern. Altersgesundheit muss gendergerecht sein, so wie sich Gesundheit und das Gesundheitswesen längst schon damit auseinandersetzen müssen, dass der alleinige Maßstab nicht der 35-jährige Mann ist und dass Alter sehr viel mit lange davor erworbener Gesundheitskompetenz zu tun hat. Und heute heißt Lebensbegleitendes Lernen auch, erworbene Fähigkeiten und Fertigkeiten weiterhin ausüben zu können. Auch das in einer Gesellschaft, in der um Arbeitsplätze gerungen wird.

Weil wir als ältere Menschen lernen müssen, dass das Leben erst mit dem Tod aufhört und wir bis dahin in einem permanenten Lernprozess stehen. Wir müssen lernen, mit dieser neuen Freiheit der vielen Jahre nach einem Erwerbsleben umzugehen die heute 20,30 und viele Jahre dauern kann. Wir müssen neue Lebenskonzepte machen, um nicht mit dem Gefühl des Ausgegrenztseins zu leben. Wir müssen uns mit Traditionen und Grenzen, die bisher gültig waren, auseinandersetzen und neue Qualitäten entwickeln. Wir müssen die Träume des Lebens, „wenn ich im Pension bin dann...dem Realitätscheck unterziehen. Kreuzworträtsel und Sudoku sind gut um das Gehirn zu bewegen aber sich mit Technologien, mit gesellschaftlichen Entwicklungen und Umbrüchen außenauseinander zu setzen ist Teil des Lebensbegleitenden Lernen.

Was Fit to work für junge Menschen ist, muss für alte Menschen Open Work sein. Raum und Möglichkeiten, das, was man immer gut gekonnt hat, gerne weitertun würde aber keine Infrastruktur mehr dafür hat, zu eröffnen. Ein simples Beispiel: meine 93jährige Freundin, die ihr Leben lang als ausgezeichnete Schneiderin und Modemacherin gearbeitet hat, wünscht sich so dringend Möglichkeiten, mit ihren Händen das tun zu können, was möglich ist. Ein älterer Freund, der handwerklich höchst begabt ist und Direktor einer Druckerei war, braucht am dringendsten eine Werkstatt, in der er arbeiten kann. Und damit Neues lernt, denn auch die Werkstätten haben sich weiterentwickelt. Und so mancher ältere Mensch würde auch ganz andere Chancen suchen, um mit dem Gefühl zu leben, dass das Leben sinnvoll ist und die eigene Kraft, das eigene Talent endlich blühen und gedeihen darf.

An allen Ecken und Enden in entstehen kreative und innovative Projekte, die das Alter nicht als Prozess des Verlustes sehen sondern den möglichen Verlusten Kompensation entgegensetzen. Sie zu sammeln, sie zu fördern, sie in die Grätzel und Gemeinden hineinzutragen, sie gemeinsam mit älteren Menschen zu gestalten, ist eine Herausforderung. Bewegungen, wie aktuell auch die Zufluchtsuchenden Menschen zu begleiten, sind nicht nur von jungen Menschen aufgebaut worden. Erst vor einigen Tagen haben mir eine ältere Frau erzählt, daß sie ihre Zeit, ihre Kenntnisse zur Verfügung stellt – und zugleich selbst lernt, wie sie mit Menschen in dieser Extremsituation umgehen kann. Aber auch die zahlreichen Treffpunkte, Messen und ähnliches für ältere und alte Menschen müssen lernen. Lernen, daß es nicht reicht, Menschen mit Kaffee und Kuchen zu bewirten und hin und wieder Bingo zu spielen. Daß es nie zu spät ist, noch einen Lernimpuls zu setzen. Modelle wie es die Gartentherapie ist, die weit über das so genannte Garteln hinaus geht, die Ökologie, Umweltwissen bis hin zu gesunder Ernährung bietet, die Fähigkeiten und Fertigkeiten zusammenführt, sind ein Teil des Lebensbegleitenden Lernens.

Die entstehenden Kulturvermittlungs-Projekte wie im Belvedere Wien, die Menschen mit dementer Erkrankung gemeinsam mit ihren pflegenden Angehörigen und Zugehörigen durch Museen und Kultureinrichtungen führen, setzen dort an, wo wir alle lernen, daß auch eine demente Erkrankung über oft längere Zeit nicht das Ende des Lebens ist. Wo Angehörige, KulturvermittlerInnen und die Betroffenen Menschen die Chance haben, voneinander und miteinander zu lernen. Lebensbegleitendes Lernen hat ein ganz großes Ziel, es soll jedem Menschen, unabhängig von seiner bisherigen Bildung Chancen eröffnen, lernend, gestaltend und gemeinsam mit allen anderen Generationen durch das Alter zu gehen. Denn die Erde ist keine Scheibe und der Gartenzaun ist nicht die Grenze.

(C) Miriam Dörr

Die sprechende Pflege

Unter diesem Motto fand im Herbst 2015 die Abschlusstagung meiner beruflichen Laufbahn statt. Der Titel lag mir am Herzen, weil dieser Teil der Pflegearbeit, das Sprechen mit Patienten/Bewohnern, Angehörigen und anderen Beteiligten, für mich der wichtigste Aspekt professioneller Pflege war und ist.

Pflegeübernahme braucht Kommunikation

„Pflege geben“ heißt stellvertretendes Handeln für Menschen, die im Moment ihre Alltagsfähigkeiten nicht erfüllen können. Sie sind durch Krankheiten beeinträchtigt und bedürfen wegen verschiedener Beschwerden zusätzlicher Aufmerksamkeit und therapeutischer Maßnahmen – dazu ist jede Menge pflegerisches Wissen erforderlich. Es wird erst allmählich wissenschaftlich fundiert. Daneben werden Kenntnisse über spezielle pathophysiologische Vorgänge und pharmakologische Abläufe gebraucht, ganz zu schweigen von psychologischen Gegebenheiten, soziologischen Tatsachen, Fakten der (sozialen) Versorgung, der Gesetzgebung usw.

Normalerweise leben wir autonom, selbstständig und höchst individuell – das Angewiesensein auf Hilfe ist für erwachsene Menschen unerträglich. Diese Situation zu erleichtern ist auch eine Aufgabe in der Pflege. Zu allen Aspekten der Pflege gehört das Kommunizieren; Pflegende müssen mit dem Hilfesuchenden sprechen, um in seinem Sinne vorzugehen. Sie müssen den Menschen kennenlernen, Pflege mit ihm aushandeln (evtl. auch mit den Angehörigen). Neben dem Sammeln und Geben von Informationen kann die „sprechende Pflege“ vielerlei bewirken: Menschen trösten, ablenken, erinnern, wieder lächeln lassen, miteinander in Kontakt bringen. Beruflich Pflegende sind die „Hauptkommunikatoren“ für kranke Menschen, sie sind am dichtesten dran und 24 Stunden zuständig.

Da mehrere Personen Pflege leisten, ist auch eine Verständigung untereinander notwendig, zusätzlich müssen Gespräche mit anderen Berufsgruppen stattfinden.

Pflegeübernahme bedarf immer einer Beziehungsaufnahme; ich muss erkennen, welche Hilfe dieser Mensch braucht, welche Unterstützung er akzeptieren kann.

Sprechende Pflege wird gekürzt

All dies ist eigentlich klar, umso erstaunlicher, dass dieser Teil von Pflegearbeit beliebig ausgeführt und ständig weiter gekürzt wird. Pflegende selbst reklamieren die Interaktionsarbeit nicht, bei Engpässen

geben sie Gespräche auf, erledigen alles „Handliche“ im Laufschritt. Da sich kaum Protest erhebt, wird die Bedeutung der sprechenden Pflege auch nach außen nicht sichtbar, Politik und Kostenträger verordnen Pflege in Minutenwerten, Sprachkompetenz der Pflegenden scheint unwichtig. Die Idee „Pflegen kann jeder“ zeigt ja deutlich die Orientierung an Routinemaßnahmen.

Genau dieses Wegfallen der Interaktionsarbeit führt berufliche Pflege zu einem sinnentleerten Akkord; die Personen werden nicht adressiert, schon kurze Gespräche lösen bei Pflegenden ein „schlechtes Gewissen“ aus – weil andere Arbeit liegen bleibt. Kein Wunder, dass Pflegende unzufrieden und ausgebrannt sind, junge Menschen das Weite suchen.

Zwar sind in den Ausbildungsvorschriften die Felder der Kommunikation immer mehr ausgeweitet worden, auch in den Studiengängen wird hier mehr angeboten. Schaut man in die gängigen Lehrbücher, stellt man fest, dass die Kapitel zum Thema nur wenig Raum unter vielen Facetten einnehmen – innerhalb der Fachthemen werden sie kaum aufgegriffen.

Alle Kompetenzmodelle und Pflegetheorien weisen auf Kommunikation als zentralen Bereich hin – die Pflege-Praxis „tickt“ jedoch anders. Irgendwie überleben, „re“-agieren statt mitzureden ist die Devise. Im Augenblick scheint es, als hätte es nie übergreifende theoretische Aussagen über Pflege gegeben. Überall wird an Notmodellen gebastelt.

Ich wünsche mir sehr, dass die „sprechende Pflege“ verdeutlicht und aufgewertet wird, dass Pflegende um diesen Anteil kämpfen. Erst dadurch würde der Beruf die ihm zustehende Aufwertung erfahren.

Wissenschaftliche Bearbeitung steht noch aus

Während die Arzt-Patienten-Kommunikation gut erforscht ist (öffentlich finanzierte Sonderforschungsbereiche), bleibt dieses Thema in der Pflege marginal. Nur wenige Linguistinnen, meistens selbst mit Pflegevergangenheit, haben sich in Abschlussarbeiten der Gesprächsforschung in der Pflege gewidmet. Einige Bachelor-und Masterarbeiten aus meinem Umfeld beschäftigen sich mit Gesprächen in der Pflege. Im Laufe der zwanzig Jahre an der Universität habe ich mehrmals Forschungsanträge zur „sprechenden“ Pflege auf den Weg gebracht, auch zusammen mit Linguisten.

Überall stießen wir auf großes Unverständnis, „dass die Schwestern überhaupt mit den Patienten sprechen“ (?!). Zudem wurde darauf hingewiesen, dass es bisher kaum Forschungsergebnisse gibt, auf denen aufgebaut werden könne.

In einem studentischen Projekt (unveröffentlicht) im Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke wurden Gespräche zwischen Patienten und Pflegenden auf einer chirurgischen Klinikstation über zwei Tage aufgezeichnet und ausgewertet. Das Projekt wurde linguistisch begleitet. Es zeigte sich, dass Pflegearbeit insgesamt von vielen kurzen Interaktionen flankiert ist und deutlich Anfragen von Patienten ausgehen; die Reaktionen der Pflegenden waren sehr unterschiedlich – häufig wurden Tätigkeiten schweigend „verrichtet“. Offenbar hat dieser unsägliche Begriff aus der Pflegeversicherung überall Wirklichkeiten geschaffen. Leider kommt es auch immer wieder vor, dass sich Pflegende im Beisein der Kranken miteinander austauschen, auch über Privates, und den Patienten ignorieren. Eine „sprechende Pflege“ - falsch verstanden.

Jede Sprechgelegenheit nutzen

Zu fordern ist, dass jede Pflegesituation mit Interaktionen „aufgewertet“ wird, etwa beim Verbandwechsel immer ein (Befindlichkeits-) Gespräch erfolgt, die Körperpflege mit Mut machen verbunden wird, die Medikamentenausgabe mit Informationen usw. Auch sollte in den Pflegeteams über diese Gespräche berichtet und eine gemeinsame Zielsetzung erarbeitet werden. Dass die Gesprächsarbeit auch dokumentiert werden muss, ist selbstverständlich.

In einem anderen studentischen Projekt wurde auf einer Krankenstation versucht, Hilfen für die Dokumentation von Gesprächen zu geben – bis dato wurden Interaktionen überhaupt nicht festgehalten. Es ergab sich das Problem, dass überhaupt zu viele Formulare bedient werden mussten, das (kurze) Aufschreiben von Gesprächsinhalten erschien überflüssig. Zwei Erkenntnisse begleiteten das Projekt: Den Pflegenden fehlten Begriffe, um Gespräche kurz und prägnant festzuhalten – dazu wurden Vorschläge erarbeitet. Weiter zeigte sich, dass Gespräche durchaus viel Zeit in Anspruch nehmen, insbesondere, wenn konflikthafte Situationen nicht gelöst werden und mehrere Akteure beteiligt sind. So gab es bei einer Patientin über Tage zahlreiche Interaktionen mit uneinigen Familienmitgliedern, ob eine häusliche Versorgung in der palliativen Lage

möglich sei. In der Pflegeakte fanden sich jedoch dazu keinerlei Hinweise.

Pflege ist immer eine personale Begegnung

Im Grunde ist jede Pflegesituation eine personale Begegnung – mindestens zwei Menschen müssen sich aktuell vereinbaren. Wenn dieses Bewusstsein weiter verbreitet wäre, könnte Pflege nicht zu einer standardisierbaren Routinehandlung herabgewürdigt werden. Es gibt keine durchweg „einfachen" Tätigkeiten, z.B. kann das Essen eingeben je nach Pflegebedarf eine hochkomplexe Angelegenheit sein – in anderen Fällen aber delegierbar. Patientenferne Tätigkeiten sollten von Assistenzpersonen übernommen werden.

Nicht immer sind Gespräche nötig, auch Berührungen, ein Nicken oder Lächeln können vieles bewirken. Die Hirnforschung zeigt in den letzten zehn Jahren, wie eng Denken, Fühlen und Handeln beieinander liegen, wie wichtig Gespräche sind – unser Handeln hängt ab von Überzeugungen, Emotionen. Eine selbstständigkeitsfördernde Pflege sollte sich diese Grundlagen zu eigen machen – wir brauchen dazu mehr Wissen, aber auch Handlungsmöglichkeiten. Diese überzeugenden Forschungsergebnisse finden kaum Eingang in die Praxis, auch nicht im Bereich der Medizin. Allerorten ist die Versorgung am Limit; wenn noch nicht einmal die Umsetzung der Schmerztherapie, die Hygiene, die Mobilitätsförderung oder die Sicherstellung der Ernährung gewährleistet sind – wo soll dann Raum für die sprechende Pflege bleiben?

(C) mickyso

Dabei gibt es viele Hinweise dafür, dass gerade dieser Anteil Pflegende zufriedener in ihrem Beruf macht.

Hinweise gibt es auch, dass eine gute Versorgung in der Akutphase Menschen hilft, mit ihrer chronischen Krankheit besser fertig zu werden. Aus diesem Grund haben viele US-Kliniken ein Primary Nursing System eingeführt, gerade bei kurzen Aufenthaltszeiten – eine individuelle und sprechende Pflege führt zu besseren Ergebnissen. Hierzulande werden Chancen verschenkt, weil der Kontakt zu den Professionellen sich nur in knappen Routineversorgungen erschöpft. Später müssen Patienten und Familien mühsam versuchen, Informationen und Unterstützung zu erhalten. Ursächlich ist unter anderem die unsinnige Segmentierung unseres Gesundheitswesens; in jedem Bereich entstehen neue Kosten, wirken andere Denkhorizonte und Vorschriften.

Es fehlen Forschungsergebnisse zur sprechenden Pflege – infolgedessen fehlt es auch an einer theoretischen Fundierung der umfangreichen Interaktionsarbeit in der Pflege. Bisher wurden einfach verschiedene Modelle aus der Psychotherapie übertragen.

Beispiele zur sprechenden Pflege

Es gibt nicht so viele Beispiele, dass Pflegende an ihrem Arbeitsplatz „nur" sprechen, vielleicht in Beratungsfunktionen, evtl. auch in der psychiatrischen Pflege – aber auch hier werden eher berufsfremde Konzepte übertragen. Mein Arbeitsschwerpunkt sind daher die Gespräche im ganz normalen Pflegesetting. Im Jahr 2010 hat es in dieser Zeitschrift eine ganze Serie mit Alltagsgesprächen aus der Pflege gegeben – der Psychologe G. Bamberger hat diese Protokolle kommentiert und durchweg eine hohe Kompetenz bestätigt. Herr Bamberger meint, dass gerade die körperliche Pflegetätigkeit auch den Weg zu einem sprechenden Austausch bahnt, weil Vertrautheit herrscht und Barrieren sinken.

Seit etwa 18 Jahren gibt es Patienteninformationszentren (PIZ) hier, überwiegend an Kliniken. Diese Biblio-Mediotheken stehen unter pflegerischer Leitung und bieten Patienten-Familien eine sprechende Hilfe an. Sie sind in einem Verein

zusammengeschlossen (www.patientenedukation.de). Es ist überwältigend, die Erfahrung der dort Arbeitenden zu hören – viele existentielle Situationen kennzeichnen die Arbeit. Einige dieser Beispiele sind im unten genannten Buch wiedergegeben. Gerne werden Studierende oder Auszubildende als Praktikanten in den PIZs eingesetzt – vielfach erleben sie hier einzigartig die Möglichkeiten einer sprechenden Pflege.

Ein ganz anderes Beispiel stellt das Projekt „Die angehörigenfreundliche Intensivstation" dar. Ich bin stolz, dass wir jetzt die 200.Intensivstation zertifizieren konnten – im Kern geht es dabei um großzügige Besuchszeiten für die Nahestehenden. Es zeigte sich aber auch, dass durch das Dasein der Verwandten mehr gesprochen wird – und: dass auch die Familie in einer Krisensituation ist. In den Re-Zertifizierungen weisen viele Intensivstationen Konzepte für die Angehörigengespräche aus, das ist für mich ein deutliches Zeichen einer Professionalisierung der Intensivpflege.

Bilanz zur sprechenden Pflege

Auf die Tagung am 6. Oktober 2015 möchte in an dieser Stelle nicht weiter eingehen, die Veranstaltung war erfolgreich und für mich sehr erhebend. Fast 200 TeilnehmerInnen erlebten ein großes Spektrum der „sprechenden Pflege". Die Tagung ist recht gut dokumentiert, die meisten Präsentationen sind abrufbar unter www.uni-wh.de/pflege/Veranstaltungen

Insgesamt ziehe ich eine positive Bilanz zu allen Aktivitäten. Im Bereich der Information haben wir viel gestartet, die Broschürenarbeit salonfähig gemacht, Gesprächsleitfäden entwickelt, das Konzept „Mikroschulung" auf den Weg gebracht. Unser Beratungsansatz der Wittener Werkzeuge versteht sich als Kommunikationsgefüge mit hohem Selbstpflegeanteil, er erfeut sich zunehmender Bekanntheit und Beliebtheit.

Am Schluss ist mir noch folgendes wichtig: vor etwa 20 Jahren, zu Beginn unserer Entwicklungsarbeiten zur Interaktion in der Pflege, haben wir in einer Gruppe bewusst den Oberbegriff Patientenedukation gewählt. Der Grund dafür war, dass international diese Bezeichnung gut eingeführt ist. Wir verstehen allerdings den Begriff sehr weit, als Schirm für alle psychologischen und pädagogischen Interventionen – ja sogar für die wichtigen Alltagsgespräche, kurze Befindlichkeitsversicherungen und nonverbale Begleitungen. Daneben stehen die definierten „Säulen" der Information, Schulung und Beratung. In den letzten Jahren habe ich Projekte zur Stützung pflegender Angehöriger im „Quartier" geleitet, auch diese subsumiere ich unter „Patientenedukation", denn es geht um Klärung und Stärkung der Klienten in Pflegezusammenhängen.

Leider wird der Begriff Patientenedukation oft falsch verstanden, als Erziehung oder als verhaltensorientierte Maßnahme. Verhaltensänderung ist eine psychologische und keine pflegerische Kategorie. Deswegen mein Appell: in anderen Bereichen etablierte Konzepte dürfen nicht ohne weiteres in die Pflege übernommen werden, sie sind passend zum Setting zu adaptieren.

Wir stehen vor einigen Reformen in der Pflege, dazu hoffe ich, dass die sprechende Pflege mehr Raum bekommt, sowohl in der Theorie als auch in der Praxis und in der Wissenschaft. Patientenseitig ist dies längst untersucht: gewünscht werden Beziehung, Ermutigung, Wertschätzung und persönliche Ansprache.

Autorin & Link

www.angelika-zegelin.de

Prof. Dr. Angelika Zegelin
Krankenschwester/Pflegewissenschaftlerin i.R.,
vormals Universität Witten/Herdecke und Mathias Hochschule Rheine

Kontakt: angelika.zegelin@uni-wh.de

Nachdruck aus DBfK-Aktuell, Die Schwester/Der Pfleger 4/16, Bibliomed, Danke für die freundliche Überlassung

Postoperativer Schmerz - (k)ein Problem der Pflege?

Vom Stellenwert der Pflege im Perioperativen Schmerzmanagement

Eine bevorstehende Operation ist immer mit Schmerzen verbunden, eine Tatsache, die allen Beteiligten (ÄrztInnen, Pflegepersonen, PatientInnen) bewußt ist. Schon lange wird versucht, mittels Leitlinien wie zum Beispiel die S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ (wird gerade überarbeitet und aktualisiert) den postoperativen Schmerz besser zu managen, frühzeitig zu behandeln oder im besten Fall gar nicht erst entstehen zu lassen. Dadurch soll unnötiges Leiden und traumatisierende Erfahrungen sowie eine Chronifizierung des postoperativen Schmerzes vermieden werden.

Die Bestrebungen sind nicht neu, das läßt sich anhand der unzähligen Literatur zu diesem Thema in den letzten Jahrzehnten belegen. So wurden die S3 Leitlinien schon 2007 herausgegeben, die Aktualisierung soll bis September 2016 fertiggestellt sein. Der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen“ wurde 2005 vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (vgl. www.dnqp.de, Zugriff 08.05.2016) erstmalig publiziert und 2011 aktualisiert.

Bereits 1997 wurde von Zucker beschrieben, daß der postoperative Schmerz als sehr hoch empfunden wird (vgl. Zucker, 1997, S. 855). Schon damals sah man als „Voraussetzung für eine effektive postoperative Schmerztherapie [.] die Festlegung von Standards […] sowie die regelmäßige Erhebung und Dokumentation eines Schmerzbefunds mit Selbsteinschätzung der Schmerzintensität durch die Patientin[...]“ (Zucker, 1997, S. 855).

Forderungen, die demnach schon fast 20 Jahre alt sind und dennoch in der Praxis bis heute nur teilweise umgesetzt wurden, dahingehend, daß Standards und Leitlinien entwickelt wurden und die Schmerzmessung zum großen Teil zumindest schon bekannt ist, wenn auch nicht flächendeckend im postoperativen Bereich im Pflegealltag angewendet wird.

Eine mögliche Erklärung findet sich eventuell darin, daß bereits 1997 eine „Institutionalisierte Interdisziplinarität mit Festlegung der Aufgabenteilung [...], regelmäßige und dokumentierte Fortbildung der beteiligten Pflegekräfte und Ärzte“ (ebd.) gefordert

(C) gpointstudio

bzw. als entscheidender Faktor für die Umsetzung eines postoperativen Schmerzmanagement gesehen wurde (vgl. ebd.). Die Frage nach der Verantwortlichkeit für das postoperative Schmerzmanagement ist aktuell in vielen Bereichen nicht eindeutig geklärt bzw. im Rahmen von schriftlichen Vereinbarungen festgelegt.

Der Stellenwert der Pflege im postoperativen Schmerzmanagement wird im Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen ausführlich beschrieben. Die genaue Anamneseerhebung sowie die Schmerzmessung und Dokumentation sind hier als wesentliche Faktoren besonders hervorzuheben.

Um Patientinnen und Patienten mit postoperativen Schmerzen betreuen zu können, reicht es nicht, bloß mittels einer Checkliste zu erfragen, wo der Schmerz lokalisiert ist, welche Qualität er hat und wie stark die Intensität ist. Es reicht auch nicht, die medikamentös verordnete Schmerztherapie zu verabreichen. Das soziale und berufliche Umfeld spielt eine große Rolle im Schmerzmanagement. Ein Patient, der gerade in Scheidung lebt, hat großen Streß, dieser Streß bewirkt eine Schmerzverstärkung, wodurch eine mögliche Entlassung verzögert wird. Geht man auf diese Umgebungsfaktoren nur unzureichend ein, kann es sein, daß Patientinnen und Patienten unter Umständen deutlich länger in stationärer Behandlung bleiben müssen. Hierzu bedarf es ein hohes Maß an Spezialwissen im Hinblick auf die Schmerzbedeutung, Schmerz-

wahrnehmung sowie psychosoziale Faktoren, die zweifelsohne eine große Rolle bei jeder Operation spielen. Die psychsoziale Betreuung ist nach § 14 GuKG eine eigenverantwortliche Tätigkeit, da in nahezu allen Pflegebereichen psychosoziale Komponenten mitberücksichtigt werden müssen. Das Ansprechen von Mythen, die aktuell mit dem Ausrufen von „schmerzfreien Krankenhäusern“ verstärkt werden, sind ebenso Teil des Anamnesegespräches wie die Aufklärung und Information über Erwartungshaltungen, postoperativer Verlauf aus pflegerelevanter Sicht und Möglichkeiten der komplementären nicht medikamentösen schmerzlindernden Maßnahmen.

Auch wenn im Bereich der Pflege zunehmend Einsparungen vorgenommen werden, so ist es doch genau diese Berufsgruppe, die den meisten Kontakt zu Patientinnen und Patienten hat. Umso wichtiger ist hier eine gezielte und strukturelle Vorgehensweise, um die entscheidenden Faktoren bei postoperativen Schmerzen differenziert zu erfassen und sinnvolle Maßnahmen rasch umzusetzen.

Je mehr gespart wird, desto wichtiger wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit, desto bedeutender ist der Zeitfaktor. Je rascher Maßnahmen zur Schmerzlinderung durchgeführt werden, desto geringer die Gefahr einer Chronifizierung und desto ökonomischer die Schmerzbehandlung.

Aus diesem Grund wurde eine Arbeitsgemeinschaft mit VertreterInnen aus der Pflege gebildet, die aktuell ein Positionspapier erarbeitet, um noch stärker die Bedeutung und den Stellenwert des postoperativen Schmerzmanagement, vor allem jedoch die interdisziplinäre Zusammenarbeit hervorzuheben. Vielleicht ist ein neues Positionspapier eine Möglichkeit, das postoperative Schmerzmanagement weiter zu optimieren und die bereits 1997 geforderten Maßnahmen wie die Implementierung von bereits bestehenden Standards, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die regelmäßigen Fortbildungen aller Beteiligten flächendeckend umzusetzen. Ein vorsichtiger optimistischer Blick in die Zukunft ist durchaus realistisch.

Literatur

DIVS (2007): S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen. Online unter: www.awmf.org

DNQP (2005, 2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Online unter: www.dnqp.de

Zucker, T.p. (1997): Postoperative Schmerztherapie. In: Gynäkologe 11/97, 30: 855-863, Springer-Verlag.

Autorin & Links

www.pflege-schmerz.at

Svetlana Geyrhofer, BA
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Schmerzmanagement)
Akademisch geprüfte Expertin in der Anästhesiepflege
Lehrgangsleitung der Fort- und Weiterbildung Schmerzmanagement
Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege

Inklusion von Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen im Schulsystem

Kinder und Jugendliche, welche auf Grund einer chronischen oder palliativen Erkrankung bzw. einer Behinderung auf regelmäßige medizinische und/oder pflegerische Maßnahmen angewiesen sind, benötigen diese auch in Kindergärten oder Schulen. Dabei stoßen sie und ihre Eltern an gesetzliche, finanzielle oder persönliche Grenzen des pädagogischen Systems. Jedes Kind hat das Recht sich entsprechend seiner/ihrer Möglichkeiten zu entwickeln (Vgl. Artikel 1, BVG Kinderrechte), auf Grund der „Abnabelung“ verbessert sich die Eltern-Kindbeziehung. In Zeiten der Inklusion sollte jedes Kind die für sich passende Einrichtung besuchen dürfen. Betroffene Eltern müssen in vielen Regionen für einen Schulbesuch/Kindergartenplatz kämpfen, dabei geht es auch immer um die Ängste bezüglich des eigenen Arbeitsplatzes, die Entlastung und um eine Finanzierung. Viele Eltern fordern die Kostenübernahme über die öffentliche Hand, in fast allen Bundesländern müssen sie für die Betreuung durch eine DKKS einen Teil der Kosten übernehmen.

PädagogInnen sollen zusätzlich zu den Anforderungen ihres Berufsalltags Tätigkeiten übernehmen, welche nicht zu ihrem Bereich gehören. Geringe Zeitressourcen, zu wenig Informationen über die Erkrankung oder die Angst vor falschen Entscheidungen ohne rechtliche Absicherung führen dazu, dass PädagogInnen die Übernahme der Tätigkeiten ablehnen. Dies führt manchmal dazu, dass in einer Klasse ein chronisch erkranktes Kind anwesend sein kann, und in der anderen Klasse die Aufnahme verweigert wird.

Seit 1999 betreuen die verschiedenen Vereine der mobilen Kinderkrankenpflege in ganz Österreich Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Sehr bald wurde erkannt, dass sich die Hauskrankenpflege bei Kindern und Jugendlichen nicht nur auf das eigene Zuhause beschränkt, sondern die diplomierten Kinderkrankenpflegepersonen (DKKS) auch in Kindergärten, Schulen und Horten Leistungen übernehmen müssen.

Für eine Enquete wurde seitens der Verfasserin eine Mailanfrage an die - in der Arbeitsgruppe des Berufsverbands der Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ) vertretenen - 13 Vereine durchgeführt. Dabei wurden unter anderem die durchgeführten Leistungen in den Einrichtungen erfragt. Acht Organisationen gaben die in Abb.1 angeführten Tätigkeiten an.

(C) Romolo Tavani

Wickeln	Körperpflege
Kleidung wechseln, an- ausziehen (bei Bedarf)	Mobilisation
Ressourcenorientiert – das Kind/den Jugendlichen unterstützen und fördern	Gesundheitsförderung/Gesundheitsberatung
Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme • Oral • Achten auf Diäten, Berechnen der Broteinheiten • Per Sonde/PEG-Sonde – händisch oder mittels Pumpe	Medikamentengabe • Vorübergehend oder dauerhaft, regelmäßig oder im Notfall • Oral, oder über die Sonde/PEG-Sonde • Mittels Medikamentenpumpe • Rectal • Subcutan • Inhalationen/Aerosolgeräte • Venöse oder zentrale Zugänge (selten)
Blutzuckermessungen	Katheterisieren bei liegenden/fixen Kathetern oder Einmalkatherisieren
Kinder mit einem Shunt	Stomaversorgung (abdominell)
Verbandwechsel (nach OP, regelmässig)	Tracheostomaversorgung
Beatmungsgeräte	Orales/nasales/Tracheales Absaugen
Sauerstoffversorgung	Reanimation, bebeuteln mittels Ambubeutel (im Notfall)

Abb1: Medizinische und pflegerische Tätigkeiten in Kindergärten, Schulen und Horten (Umfrageerhebung April 2015)

Die Betreuung findet punktuell statt oder kontinuierlich während des ganzen Tages statt. In Wien werden aktuell zwölf Kinder punktuell betreut. Dies sind Kinder/Jugendliche welche täglich mehrmals katheterisiert werden müssen, spezielle Medikamente benötigen oder bei denen ein Verbandwechsel angeordnet ist. Kolleginnen, welche hier tätig sind, fahren oft zwischen zwei Schulen hin- und her und versorgen die Kinder (Abb.2).

Fünf Kinder/Jugendliche werden aktuell kontinuierlich betreut. Diese sind entweder Heimbeatmet, benötigen im Krampfgeschehen akute Notfallshilfe, oder müssen bei Bedarf abgesaugt werden. Hier übernimmt die DKKS das Kind entweder von den Eltern oder dem Fahrtendienst und ist die ganze Schulzeit in der Klasse oder in Rufnähe.

Weiters finden monatlich durchschnittlich vier bis sechs kurzfristigen Betreuungen in Kindergärten/ Schulen statt, hier betrifft es vor allem Kinder/Jugendliche mit Erstmanifestation Diabetes. Eine ausgebildete Diabetesberaterin des Vereins schult die Pädagogen und begleitet sie über 2-3 Wochen zur Unterstützung.

Es müssen viele Herausforderungen, Ängste und Wünsche bewältigt werden, das Verständnis für die vorhandenen Probleme und Möglichkeiten der „anderen Seite“ war/ist nicht immer vorhanden. Vor allem die medizinisch/pflegerischen Aspekte sorgen für Unsicherheiten auf Seiten der PädagogInnen und tragen zum Spannungsfeld mit den Eltern bei. Invasive Tätigkeiten wie katheterisieren, Tracheostomaversorgung oder der Umgang mit Beatmungsgeräten gehören in den Bereich der professionellen Pflege, also der DKKS. Bei anderen Tätigkeiten sind die Voraussetzungen in den unterschiedlichen Kindergarten- und Schulsystemen zu berücksichtigen.

In allen Bundesländern ist die Betreuung der betroffenen Kinder derzeit von verschiedenen Faktoren abhängig. Es hängt es vom Bundesland ab, ob die Kosten für die DKKS finanziert werden. Es gibt Bundesländer, welche aus Kostengründen weniger qualifiziertes Personal einsetzen oder die Leistung in den Einrichtungen überhaupt nicht zahlen. In vielen Bundesländern haben die Eltern derzeit einen Selbstbehalt für die Leistung, daher beeinflusst auch die finanzielle Situation der Familie die Intensität. Aus der Erfahrung und Beobachtung heraus bemerken die Hauskrankenpflegevereine im Kinder/Jugendlichenbereich, dass der Bedarf um einiges höher ist, aber viele Familien das Angebot nicht annehmen.

Schule 1	09.00 - 10.00 Uhr	3 Kinder	Katheterisieren
Schule 2	10.30 - 11.30 Uhr	2 Kinder	1 Katheterisieren, 1 – Versorgung PEG-Sonde
Schule 1	12.00 - 13.00 Uhr	3 Kinder	Katheterisieren
Schule 2	13.30 - 14.00 Uhr	1 Kind	Katheterisieren

Abb. 2: Mögliche Tour einer DKKS

Welche Modelle und Voraussetzungen wären für die Zukunft notwendig?

In Einrichtungen mit einem hohen medizinisch/pflegerischen Bedarf muss eine DKKS fix angestellt werden. Sie übernimmt die Durchführung aller anfallenden Tätigkeiten der Schülerinnen und Schüler, eventuell mit Unterstützung durch eine Pflegehelferin. Eine andere Möglichkeit ist die „variable Schoolnurse“. Sie ist – abhängig von den Schultypen – für mehrere Schulen tätig. Bei aktuellem Bedarf – z.B. bei einer Neumanifestation Diabetes Typ I - kann sie angefordert werden. Sie besucht aber regelmäßig alle Schulen und Kindergärten in ihrem Bereich um gesundheitsfördernde Maßnahmen zu begleiten, bzw. Pflegeprobleme zu erkennen/beurteilen.

Dafür sind folgende Kriterien für die Zusammenarbeit notwendig:

- Ein entsprechender Arbeitsplatz muss gewährleistet sein
- Zusammenarbeit mit den Schulärztinnen/-ärzte und den Pädagoginnen/Pädagogen. (klare Definition der Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten)
- Regelung der Finanzierung (keine Selbstbehalte für Familien)
- Schulung und Fortbildungen von PädagogInnen
- Begleitung durch Fachpersonal
- Rechtliche Absicherung
- Zusätzliches Personal (PädagogInnen, Laien,…)
- Zusätzliche Unterstützung bei Ausflügen, Schulwochen….

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sehen sich selbst nicht unbedingt als krank oder behindert an, für sie ist es der ganz normale Alltag. Behindert - und manchmal auch ausgegrenzt - werden sie durch die vorhandenen Rahmenbedingungen. Daher liegt es an uns allen, sich mit aller Kraft einzusetzen, dass diese Bedingungen geändert und die notwendigen Ressourcen geschaffen werden.

Da in der Hauskrankenpflege bei Kindern/Jugendlichen nur weibliche Personen tätig sind, wurde in diesem Fall auf das Gendern verzichtet.

Abbildung 1: Umfrage bei Organisationen der Hauskrankenpflege für Kindern und Jugendliche in Österreich; Durchgeführt durch Gabriele Hintermayer, MSc, MOKI-Wien für eine Präsentation bei der parlamentarischen Enquete im April 2015
BGBl. I Nr. 4/2011 (NR: GP XXIV IA 935/A AB 1051 S. 93. BR: AB 8443 S. 793.): Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern, Fassung vom 14.04.2016

Autorin & Link

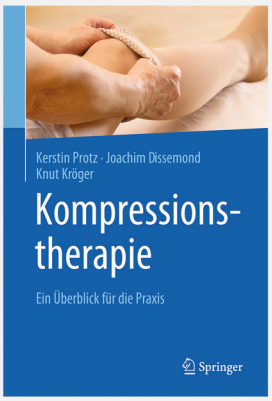
http://www.moki.at

Gabriele Hintermayer, MSc
Master of Science (Pflegemanagement)
MOKI-Wien Mobile Kinderkrankenpflege
Geschäftsführende Vorsitzende

Kontakt: g.hintermayer@wien.moki.at

MOKI-Zentrale:
Tel.: 0699/166 777 00
Fax: 01/817 49 55/2841
http: www.wien.moki.at
Puchsbaumplatz 2/Top 5+6
1100 Wien

Ideal für die tägliche Pflegepraxis und Fortbildung



K. Protz, J. Dissemond, K. Kröger
Kompressionstherapie
Ein Überblick für die Praxis
2016. XIV, 142 S.
156 Abb. in Farbe. Brosch.
€ (D) 19,99 | € (A) 20,55 | *sFr 21,00
ISBN 978-3-662-49743-2
€ (D) 14,99 | *sFr 16,50
ISBN 978-3-662-49744-9 (eBook)

- Aktuell verfügbare Therapieoptionen, Methoden, Maßnahmen und Entwicklungen unter Berücksichtigung heutiger wissenschaftlicher Erkenntnisse
- An alle gerichtet, die am alltäglichen Versorgungsprozess von Patienten mit Kompressionstherapie beteiligt sind
- Überblick über den aktuellen Versorgungsstatus in Deutschland

I. Kollak (Hrsg.)
Menschen mit Demenz durch Kunst und Kreativität aktivieren
Eine Anleitung für Pflege- und Betreuungspersonen
2016. XVIII, 206 S.
85 Abb. in Farbe. Brosch.
€ (D) 24,99 | € (A) 25,69 | *sFr 26,50
ISBN 978-3-662-48824-9

- Konkrete Interventionen aus den kreativen Bereichen: Theater, Musik, Film und Märchen
- Praktische Leitfäden zu konkreten Maßnahmen: Wie erzähle ich Märchen? Wie oft? Wann genau?
- Positive Studienbeispiele belegen erfolgreiche kreative Therapieansätze

R. Höfert, M. Schimmelpfennig
Hygiene – Pflege – Recht
Fallbeispiele, Urteile, Praxistipps von A bis Z
2014. VIII, 233 S. Brosch.
€ (D) 24,99 | € (A) 25,69 | *sFr 31,50
ISBN 978-3-642-30006-6
€ 19,99 | *sFr 25,00
ISBN 978-3-642-30007-3 (eBook)

- Alle gesetzlichen Grundlagen zum Infektionsschutz
- Fallbeispiele und Urteile erklären Hygienerecht einfach und praxisnah
- Infektionsschutzgesetz: So setzen Sie die Hygienerichtlinien um

M. Lach
Dolmetscher für Pflegende
Übersetzungshilfen und kulturelle Hintergründe in 14 Sprachen
2016. X, 151 S. 14 Abb. in Farbe. Brosch.
€ (D) 34,99 | € (A) 35,18 | *sFr 36,00
ISBN 978-3-662-48819-5
€ 26,99 | *sFr 28,50
ISBN 978-3-662-48820-1 (eBook)

- Übersetzungshilfe für die Patientenkommunikation in den Sprachen: arabisch, englisch, französisch, griechisch, norwegisch, polnisch, portugiesisch, rumänisch, russisch, schwedisch, serbokroatisch, sorani-kurdisch, spanisch, türkisch
- Mit kulturellen und religiösen Hintergrundinformationen

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7 % MwSt. € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10 % MwSt.
Die mit * gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Jetzt bestellen auf springer.com/shop oder in Ihrer lokalen Buchhandlung

Insektenschutz mit ätherischen Ölen

Der Sommer kommt... und mit der angenehmen warmen Jahreszeit erhalten wir neue Gäste in unserem Domizil....Jagdsaison der Insekten.

Foto (C) auimeesri

Insektenschreck - eine Grundmischung nach Valerie Ann Worwood

- Thymian CT linalool 4 Tropfen
- Lavendel fein 4 Tropfen
- Pfefferminze 4 Tropfen
- Lemongras 8 Tropfen

Die Tropfenmenge kann beliebig erweitert werden um dann in einer Braunglasflasche gelagert werden zu können.

So wird die Mischung verwendet:
Wie herrlich doch die lauen Sommernächte sind, aber die Dämmerung bringt immer ein Gesumme und Gebrumme mit sich. Allerhand kleines blutsaugendes Getier findet sich dann auf unseren Terrassen und Balkonen oder Zimmern ein. Ein Mückchen da eine Mücke dort, und der Schlaf oder auch so manche gute Unterhaltung ist passe.

Dank der ätherischen Öle kann man sich mit Sprays und Lotionen gut Abhilfe verschaffen. Es beginnt als Nebeneffekt für den Menschen auch noch gut zu riechen – ist aber der Mücken Schreck, denn die mögen solche Düfte gar nicht. Pflanzen haben genau aus diesem Grund ihre Duftstoffe entwickelt und deshalb werden viele Pflanzen so gepflanzt, dass zum Beispiel ein Lavendelstrauch das Rosenbeet ziert.

Kurzbeschreibung der Wirkung der oben genannten ätherischen Öle:

Lavendel fein (Lavandula angusifolia): in der Insektenabwehr sehr beliebt weil er entzündungshemmend, Juckreiz stillendantibakteriell und entgiftend wirkt und sehr hautfreundlich ist

Lemongras (Cybopogon flexuosus): wirkt insektenabwehrend, desodierend, antibakteriell und entzündungshemmend

Citronella (Cybopogon nardus): ebenfalls sehr bekannt und beliebt weil es insektenabweisend, antibakteriell, antiinfektiös und desodierend ist

Thymian (Thymian vulgaris ct. Linalool): wirkt desinfizierend, tonisierend und immunstärkend. Das macht ihn beliebt beim bekämpfen des Ungeziefers

Lavendel und Thymian eignen sich sehr gut zum Aufragen auf die Haut. Lemongras und Citronella auch aber nur in geringer Dosis in einer Lotion oder einem Öl – die beiden können, bei sensibler Haut zu Reizungen führen. Die oben genannten Düfte können auch einzeln verwendet werden, haben jedoch gemeinsam eine bessere Wirkungsweise und sich in der gemeinsamen Anwendung bewährt.

Anwendungsmöglichkeiten:
Als Insektenschreck im Schlafzimmer gibt man 2 Tropfen auf ein Papiertaschentuch oder einem Wattebausch und platziert diesen auf dem Nachtkästchen

platzieren.

An der Tür oder auf dem Fensterbrett werden 4-5 Tropfen in eine Schale mit heißem Wasser gegeben und vor das offene Fenster / Tür gestellt. Da mag dann keine Mücke mehr rein fliegen.

Als **Lotion** verwendet in fettem Pflanzenöl. (Aprikosenkernöl, Mandelöl süß, Aloe Vera, natives kaltgepresstes Olivenöl) auf einem Esslöffel Öl kommen 2 Tropfen der Grundmischung und werden dann auf die Haut aufgetragen.

Verwendet man die ätherischen Öle als **Raumspray** mischt man 50 ml Wasser, einen Esslöffel hochprozentiger Alkohol wie Beispielsweise Wodka und 10 Tropfen der ätherischen Ölmischung in einem Fläschchen mit Pumpzerstäuber. Der Alkohol dient hier als Emulgator. Ich empfehle dennoch vor der Anwendung das Fläschchen zu gut zu Schütteln.

SOS – Erste Hilfe bei Insektenstich

Der Lavendel fein hat sich in Sachen Insektenstich als erste Hilfemaßnahme sehr gut bewähr. Wegen seiner hautfreundlichen Eigenschaften kann er pur auf die betroffene Stelle aufgetragen werden. Wenn das ätherische Öl absorbiert ist (nach wenigen Minuten) kann dieser Vorgang bis zu fünf Mal wiederholt werden.

Ist eine größere Hautfläche betroffen so wird der Saft von 2 Bio Zitronen ausgepresst oder 100 ml Apfelessig mit 10 Tropfen Lavendel fein vermischt und dann auf die betroffene Hautstelle aufgetragen. Diese Saure Mischung neutralisiert den basischen (alkalischen) Insektenstich und desinfiziert zugleich.

Beachtenswertes bei der Anwendung für Babies und Kleinkinder

Lavendel Fein kann wie oben beschrieben auch für Kleinkinder ab 6 Monaten verwendet werden. Thymian linalool sollte erst ab dem 3. Lebensjahr und in sehr geringer Dosis verwendet werden. Alle anderen Thymiansorten sind ungeeignet. Das Citronella und Lemongras sind nur bedingt geeignet und nicht zum auftragen auf die Haut. Die beiden können gering dosiert in einer Duftlampe oder einem Raumspray verwendet werden. Die Kinderhaut ist noch sehr sensibel und deshalb, sollte von einem Hautkontakt mit Citronella und Lemongras abgesehen werden.

Literatur

Deutsch E. et al. (20132): Aromapflege Handbuch – Leitfaden für den Einsatz ätherischer Öle in Gesundheits-, Krankenpflege- und Sozialberufen. Pl-fach: Verlag Grasl

Wabner D. / Beier C. (Hrsg.), (2009): Aromatherapie Grundlagen – Wirkprinzipien Praxis. München: Urban & Fischer ein Imprint der Elesvier GmbH

Werner M. / vonBraunschweig R. (20092): Praxis Aromatherapie – Grundlagen, Steckbriefe, Indikationen. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & coKG

Zeh K. (20093): Handbuch ätherischer Öle – 65 Dufäle für die Hausapotheke, Schönheit und Genuss – umfassend – übersichtlich- kompakt. Oy-Mittelburg: Joy-Verlag GmbH

Autorin

Martina Braun, MBA
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
MBA Studium Gesundheits- und Sozialmanagement

(C) Drubig-photo

Der Ansatz von Validation als Hilfe bei der Versorgung und Behandlung von PatientInnen in Krankenhäusern

Einführung:
Die Validationsmethode wurde von Naomi Feil aus ihrer Praxis als Sozialarbeiterin heraus in den 1960er und 70er Jahren entwickelt. Es ist eine ganzheitliche, personenorientierte Methode, die sich in drei Elementen darstellt: einer empathischen Grundhaltung, Prinzipien, die ein neues Verständnis für die letzte Lebensphase ermöglichen und Techniken die verwendet werden, um den Respekt und die Kommunikation mit Menschen mit einer Demenz und ihren Betreuern zu verbessern. Das Verfahren ist in den letzten 40 Jahren durch die Beiträge von ausgebildeten Validations- LehrerInnen und durch die von Experten entwickelten Qualitätsstandards weiter entwickelt worden.

Dieser Artikel beschreibt, wie Validation von Fachpersonal in Krankenhäusern angewandt werden kann. Beginnend mit einer persönlichen Erfahrung, analysiere ich, wie bessere Patientenergebnisse, durch die Integration der empathischen Grundhaltung und ein paar einfacher Techniken erreicht werden können.

Fallbeipiel:
Herr de Wit hilft seiner Frau die Matratze ihres Bett es umzudrehen, eine Aufgabe, die sie gemeinsam alle sechs Monate in den letzten 50 Jahren bewältigt haben. Dieses Mal jedoch verfängt sich sein Fuß am Fußende des Bettes. Er verdreht seinen Körper und fällt auf den Boden. Mit 87 Jahre weiß er, dass er lieber erst ein paar Atemzüge abwartet bevor er nachsieht ob er in Ordnung ist. Seine Frau ruft: „Joe, bist du in Ordnung?« »Lass´ mich hier eine Minute liegen.“ Zehn Minuten später hat er immer noch enorme Schmerzen und seine Frau tätigt den Notruf. Herr de Wit hat einen gebrochenen Oberschenkelhals. Durch einen Metallstift wird der Schaden während einer zweistündigen Operation behoben. Als er aus der Vollnarkose erwacht, ist Herr de Wit verwirrt, weiß nicht wo er ist und will aus dem Bett aufstehen. Er ist verärgert und diskutiert mit den Krankenschwestern der Intensivstation. In einem anderen Moment ruft er einer vorbeigehenden Krankenschwester zu: „Mutter ich bin nicht krank. Raus aus meinem Zimmer!“ Seine verbalen Fähigkeiten sind schlecht; er kann sich an einzelne Worte nicht erinnern oder vollständige Sätze bilden.

Die Validations-Theorie
Die Prinzipien der Validation besagen, dass Herr de Wits präoperative sowie kognitive Probleme als

normalen Bestandteil des Alters akzepieren sollte und wir, die Betreuer, müssen akzeptieren, dass er mit den Schwierigkeiten des Alters auf die ihm bestmögliche Weise fertig zu werden versucht, indem er mit Bewältigungsstrategien, die er ein Leben lang entwickelt hat, umgeht. Er war ein Mann der Routine, der immer weitermachte, egal was es erforderte und unter welchen Umständen. Das Gehirn schrumpft, wenn wir altern und jeder entwickelt eine Art von Hirnschäden. Studien haben gezeigt, dass alle Menschen Beläge und Verwirrungen entwickeln, sowie Schäden, die durch kleine Schlaganfälle im hohen Alter verursacht werden. Validations –AnwenderInnen akzeptieren, dass Gedächtnisverlust ein normaler Bestandteil des Alterungsprozesses ist. Herr de Wit litt zunehmend an Gedächtnisverlust, der mit jedem Jahr immer schlimmer wurde, aber er hielt sich gut und wurde von seiner Frau unterstützt.

Der Psychologe Erik Erikson schrieb, dass sich ältere Menschen in einem Prozess der Integritätssuche befinden, indem sie das Positive und Negative in ihrem Leben abwiegen, überprüfen und hoffentlich letztendlich Frieden mit sich selbst schließen. Naomi Feil beobachtete, das jene Menschen, die nie Integrität gefunden haben, diesen Kampf, um in Frieden zu sterben, weiterführen, trotz des Mangels an Bewältigungsstrategien für den Umgang mit der „Lawine von Verlusten“, die im hohen Alter hinzukommen. Ihre weniger und desorientierten Verhaltensweisen sind Zeichen dieses Kampfes, in dem sie versuchen, sich von ihrer Vergangenheit zu lösen und bringen starke Bedürfnisse und Gefühle, die lange unterdrückt wurden, zum Ausdruck.

Herr de Wit war vor dem körperlichen Trauma weder schlecht orientiert noch desorientiert. Er war ein Mann, der Integrität hatte. Herr de Wit erlitt ein körperliches Trauma, eine Vollnarkose und wachte an einem fremden, unbekannten Ort mit Schmerzen und unter starker schmerzlindernder Medikation auf. All diese Dinge schaffen Desorientierung, die zu einem Delirium geführt hat.

Validation in der Praxis mit angewandten Techniken

Als Herr de Wit unruhig wird und aus seinem Krankenhausbett aufstehen möchte, hätte ein/ eine Validations-AnwenderIn Blickkontakt aufgenommen, einen sorgfältigen Einsatz von Berührung und Nähe verwendet, um in Beziehung zu treten.

Dieser Vorgang dauert 30 Sekunden und hilft Herrn de Wit, sich auf die Krankenschwester zu fokussieren, die dann erklären kann, was passiert ist und die Notwendigkeit, im Bett zu bleiben, erfahrbar macht. Sein Bedürfnis „immer weiter zu machen, egal was passiert“ verstehend, kann sie nun fragen: „Gab es jemals eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie krank im Bett lagen?“ „Was haben Sie dann getan?“ „Was möchten Sie jetzt tun?“ „Was lässt Sie sich sicher fühlen?“

Diese Fragen helfen Herrn de Witt seine Gefühle oder Bedürfnisse auszudrücken. Sich seine Antworten anzuhören dauert nicht länger als ein paar Minuten, kostet weniger Zeit als ein Rezept für Beruhigungsmittel. Ein/ eine Validations-AnwenderIn versteht, dass es das Einsetzen seiner Mutter für Herrn de Witt leichter macht, eine Verbindung herzustellen.

Dies ist kein Zeichen von Demenz, sondern ein Weg für Herrn de Witt, sich in einer verwirrenden und beängstigenden Wirklichkeit sicher zu fühlen. Er wird nicht korrigiert und es wird auch nicht so getan als sei man seine Mutter. Sein Verhalten wird akzeptiert und vielleicht wird er gefragt: „Wie fühlen Sie sich?“ „Was brauchen Sie jetzt?“ Als Herr de Witt Worte verwendet, die es nicht gibt oder Sätze nicht bilden kann, versteht ein/ eine Validations-AnwenderIn, dass dies bei sehr alten Menschen normal ist, vor allem nach einer Vollnarkose und körperlichem Trauma.

Durch die Technik „ Mehrdeutigkeit“ wird versucht, ihm dabei zu helfen, sich auszudrücken, indem der Fokus mehr auf die zu vermittelnde Nachricht gelegt wird, als auf die Art und Weise des Ausdrucks. Ein/ eine Validations- AnwenderIn weiß, wie er/ sie sich in 30 Sekunden zentriert, seine/ ihre eigenen inneren Spannungen und Gedanken bei Seite legt und sich auf den Klienten fokussiert. Auf diese Weise kann sowohl eine klinische Beurteilung, als auch eine Verbindung zum Klienten und seinen Bedürfnissen hergestellt werden.

Die einfache Integration einer Validationsgrundhaltung und ein paar einfacher Validierungstechniken können nach einem physischen Trauma, entscheidend für ältere Patienten bei einer erfolgreichen Genesung sein.

Ideen für weitere Überlegungen:

- Sehen Sie Gedächtnisverlust als einen normalen Teil des Alterns? Was ist ein normales Verhalten für eine ältere Person in Folge eines körperlichen Traumas?
- Sehen Sie Validation als Alternative zur Verwendung von antipsychotischen Medikamenten? Würden Sie dies als gute Pflege erachten?
- Haben Sie bemerkt, wie einige ältere Patienten Dinge oder Menschen in der Gegenwart mit Dingen oder Menschen aus ihrer Vergangenheit identifizieren? Welche Verbindungen sehen Sie zwischen deren persönlichen Geschichte und diesen Verhaltensweisen?

Autorin & Link

http://www.validation-eva.com

Vicki de Klerk-Rubin
ist Krankenschwester und Validations-Master. Zusammen mit ihrer Mutter Naomi Feil, die die Methode begründet hat, entwickelt sie Validation weiter und betreut als Managerin Validations-Trainingsinstitute in Europa, Vorträge weltweit.

Junfermann
Coaching fürs Leben

208 S., kart. • € (D) 22,90 • ISBN 978-3-87387-983-6

Bianca Olesen
Der Mensch hinter der Maske

Narzissmus stellt spezielle Anforderungen an das Miteinander und löst oft ungewollte Reaktionen beim Gegenüber aus – selbst wenn es sich dabei um einen gut ausgebildeten Coach oder Therapeuten handelt. Dieses Buch zeigt auf, wie Sie Grenzen ziehen und Wachstum fördern können, indem Sie eine Verbindung zu dem Menschen hinter der narzisstischen Maske aufnehmen.

www.junfermann.de

Junfermann Verlag

NEU

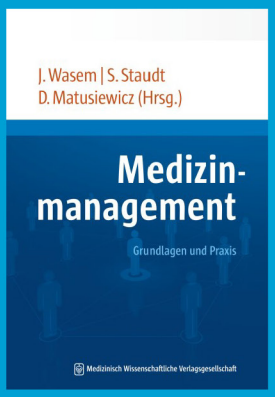
2. Auflage
ISBN 978-3-95466-246-3
449 Seiten | 130 Abb. | 99 Tab.
Auch als E-Book erhältlich.

€ 49,95 [D]

Lehrreich

560 Seiten
ISBN 978-3-941468-99-3
Auch als E-Book erhältlich.

€ 39,95 [D]

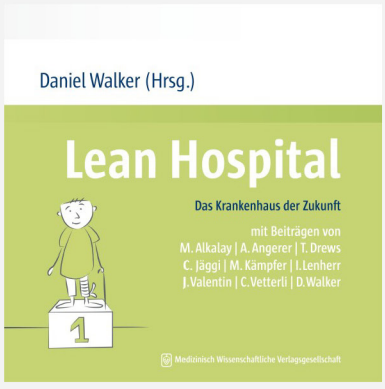


Jetzt bestellen:

www.mwv-berlin.de

Gesundheitsmanagement

ISBN 978-3-95466-244-9 | € 39,95 [D]*



ISBN 978-3-95466-213-5 | € 54,95 [D]

ISBN 978-3-939069-73-7 | € 49,95 [D]

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

*gebundener Subskriptionspreis gültig bis 01.06.2016 | Stand Mai 2016; Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten

(C) goodluz

Arbeit und Alter

Die Arbeit als Begriff kann für eine selbstgewählte, schöpferische Handlung stehen, für eine zweckgerichtete Tätigkeit, für eine Tätigkeit um Geld zu verdienen, für das Ergebnis einer Tätigkeit wie ein Produkt oder Werk, für einen Ort an dem die Tätigkeit gegen Geld verrichtet wird „ich geh in die Arbeit“, für eine Schularbeit, für eine Anstrengung die Mühe kostet oder für die Zeit der Erwerbsfähigkeit.

Das Alter als Begriff steht für den Lebensabschnitt zwischen dem mittleren Erwachsenenalter und dem Tod. Das Alter ist Gegenstand biologischer, medizinischer, juristischer, entwicklungspsychologischer, philosophischer, kulturanthropologischer, sozialgeschichtlicher, sozial-, wirtschafts-, politik- und kulturwissenschaftlicher Betrachtung. Die Verbindung der unterschiedlichen Disziplinen, stellt interdisziplinär die Gerontologie, die „Wissenschaft von Alter und Altern“ her.

Das Altersbild ist von altersher kulturell geprägt und religiösen Einflüssen unterworfen. In vielen Kulturen wird es besonders geehrt und respektiert, das Altsein als idealer Lebensumstand angestrebt. In westlichen Industrieländern kommt hingegen dem Spruch: „Alt-Werden wollen alle, aber Alt-Sein nicht“ eine besondere Bedeutung zu. Der medialen Präsenz zufolge, könnten wir meinen, wir leben in einer Gesellschaft des Jugendkults und Das Alter hat nur zwei Gesichter, nämlich die hohen Kosten für uns alle und Demenzerkrankungen. Eine einseitige und falsche Darstellung und Interpretation, denn jedes Alter hat seine besonderen Qualitäten und Vorzüge. Um in einer Gesellschaft gut miteinander zu leben, brauchen wir alle Generationen und vor allem, den Austausch untereinander.

Generationenkonflikt

Abgesehen von einer möglichen Konfliktsituation in der Jugend mit den eigenen Eltern oder Großeltern, kann ein Generationenkonflikt auch gesellschaftliche Prägung haben, basierend auf Vorurteilen gegenüber der jeweils anderen Generation. Vorurteile können am Arbeitsplatz schlimmstenfalls auch volkswirtschaftlichen Schaden nach sich ziehen. Ältere ArbeitnehmerInnen machen beispielsweise den Jüngeren ihre Technikaffinität zum Vorwurf und Jüngere beklagen die mangelnde Flexibilität, das Beharren auf Althergebrachtem und die Verteidigung ihrer Machtposition. Die gegenseitig empfundene Respektlosigkeit beklagt Jung und Alt. Hier ist generationensensible Führungskompetenz gefragt, denn nachweislich führt eine langfristige Unzufriedenheit oder Frustration am Arbeitsplatz zu eingeschränkter Produktivität und schädigt die Gesundheit.

Wie stehen Arbeit und Alter zueinander?

Eine ausgewogene, intergenerative Personalpolitik berücksichtigt sowohl die Bedürfnisse und Interessen von älteren als auch von jüngeren ArbeitnehmerInnen, mit dem Ziel der Gleichstellung von Jung und Alt.

Was jüngeren ArbeitnehmerInnen wichtig ist:

- Eigenverantwortung
- Selbstverwirklichung
- Spaß haben
- Individuelle Gratifikationen
- Schutz vor Selbstausbeutung

Was älteren ArbeitnehmerInnen wichtig ist:

- Hilfen bei arbeits- und altersbedingtem Leistungswandel
- Soziale Sicherheit
- Verantwortung / das Gefühl, gebraucht zu werden
- Ermutigung durch Vorgesetzte und KollegInnen

Maßgeblich für die Leistungsfähigkeit von ArbeitnehmerInnen ist ein regelmäßiges Training von Körper und Geist, der Gesundheitszustand, die Motivation und die körperliche sowie geistige Beanspruchung bzw. Belastung am Arbeitsplatz. Ausbildung, Training und Motivation sind von wesentlich größerer Bedeutung für die Leistungsfähigkeit älterer Menschen als das kalendarische Alter.

Abbildung 1: Veränderungen der menschlichen Leistungsstruktur im Älterwerden

zunehmend	gleichbleibend	abnehmend
Erfahrungswissen	Allgemeinwissen	Muskelkraft
Urteilsvermögen	Informationsaufnahme	Beweglichkeit
Sprachgewandtheit	Aufmerksamkeit	Anpassungsfähigkeit
Planerisches Denken	Konzentration	Sehvermögen
Selbständigkeit	Lernfähigkeit	Hörvermögen
Teamfähigkeit	Langzeitgedächtnis	Tastsinn
Verantwortung	sinnvoll Lernen	unsinniges Lernen
Zuverlässigkeit		Geschwindigkeit
Ausgeglichenheit		Abstraktionsfähigkeit
Menschliche Reife		Kurzzeitgedächtnis
Sicherheitsbedürfnis		Risikobereitschaft
Genauigkeit		

Quelle: Bildungscenter AK Vorarlberg

Altersgerechte Didaktik

Bedeutungsvoll im Erwerbsleben ist Lebenslanges Lernen, doch gilt zu berücksichtigen, dass Ältere anders lernen als Jüngere. Unterschiedlichen Altersgruppen innerhalb eines Kurses stellen für ErwachsenenbildnerInnen eine große Herausforderung dar.
Ältere Menschen lernen nicht schlechter als jüngere, sie lernen anders und sind in ihrem Lernverhalten durch ihre berufliche Tätigkeit und Vergangenheit geprägt.
Gefahren liegen in der Voreingenommenheit und stigmatisierenden Sichtweise gegenüber der Lern-und Leistungsfähigkeit älterer Menschen. Das ist einer der Gründe, warum das Alter thematisch ausgegliedert wird. Es bedarf einer Sensibilisierungs-und Aufklärungskultur, fern von „übers Alter spricht man/frau nicht“.
Was das Lernverhalten älterer ArbeitnehmerInnen empfindlich stört, ist, wenn die Sinnhaftigkeit nicht erkennbar ist, das vermittelte Wissen nicht an vorhandenes Wissen anknüpft, Erfahrungen ausgegliedert werden, der Lernstoff zu schnell vermittelt wird und es keine oder zu wenige Wiederholungseinheiten gibt.

Babyboomer und Generation X, Y, Z …

Abbildung 2: Generationenübersicht

	Maturists geb. vor 1945	Baby Boomer geb. 1945 – 1960	Generation X geb. 1961 – 1980	Generation Y geb. 1981 – 1995
Prägende Erfahrungen	2.Weltkrieg Geschlechterrollen Rock´n Roll Kernfamilie festgelegtes Frauenbild …	Kalter Krieg Wirtschaftswunder Swinging Sixties Mondlandung Jugendkultur Woodstock …	Ende Kalter Krieg Mauerfall Live Aid der erste PC …	Terroranschlag 9/11 Playstation Social Media Reality TV …
Anteil Arbeitender (in UK)	3 %	33 %	35 %	29 %
Ziel	Eigenheim	Jobsicherheit	Work-Life-Balance	Freiheit und Flexibilität
Haltung zu Technologie	weitgehend uninteressant	Erste IT-Erfahrungen	Digital Immigrants	Digital Natives
Haltung zu Karriere	Lebenslange Jobgarantie	Karriere-Mitgestaltung **im** Unternehmen	Karriere im Job, Firmen-unabhängig	Digitale Unternehmer, Arbeit mit u. nicht für Unternehmen
Typisches Produkt	Auto	Fernseher	PC	Tablet/ Smartphone
Medien, Kommunikation	Brief	Telefon	email, sms	Text, Social Media
Bevorzugte Kommunikation	Face to face	Face-to-face, Tel., email	Textmessage, email	online und mobil

Quelle: Futurebiz

Die Zeit ist reif!

Bedingt durch die demografische Entwicklung, also steigende Lebenserwartung, Abnahme der Geburtenrate, wird sich auch das Arbeitskräfteangebot stark verändern. Darauf müssen sich sowohl ArbeitnehmerInnen selbst, als auch ArbeitgeberInnen, sowie Politik, Wirtschaft und Gesellschaft einstellen, was wiederum ein deutliches, nachhaltiges Umdenken erfordert.

Was bedeutet alternsgerechte und altersgerechte Arbeit?

Arbeitsbedingungen sind alternsgerecht, wenn sie über das ganze Berufsleben so gestaltet sind, dass keine Spätfolgen durch Erwerbsarbeit auftreten und die ArbeitnehmerInnen gesund, motiviert und produktiv die Pension erreichen.

Arbeitsbedingungen sind altersgerecht, wenn sie die besonderen Anforderungen und Bedürfnisse bereits älterer ArbeitnehmerInnen etwa bei der Arbeitsumgebung, der Arbeitszeitgestaltung oder auch den Leistungsanforderungen berücksichtigen.

Für ArbeitgeberInnen geht es im ersten Schritt zunächst darum, sich der Altersstruktur ihrer ArbeitnehmerInnen bewusst zu werden und zwar aller MitarbeiterInnen-Gruppen.

1. Ohne Diagnose keine Intervention!

Ein Messinstrument für die Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist beispielsweise der Arbeitsbewältigungs-

index PlusTM (ABI PlusTM). Er ermöglicht ein Assessment, einen Status und eine Prognose zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit, also zur gesunden, produktiven Verankerung von MitarbeiterInnen im Arbeitsprozess.

2. Intergenerative Führungskompetenz!
Sensibilisierungsmaßnahmen für Führungskräfte, Führungsinstrumente wie z.B. alter(n)ssensible, lebensphaseorientierte(!) MitarbeiterInnengespräche. Konkurrenzsituation zwischen Jung und Alt vermeiden, Wertschätzung aller MitarbeiterInnen, Entwicklungsperspektiven gestalten, Vorurteile abbauen und Stigmatisierung eliminieren.

3. Weiterbildungsmaßnahmen mit altersgerechter Didaktik für Management und Basispersonal!

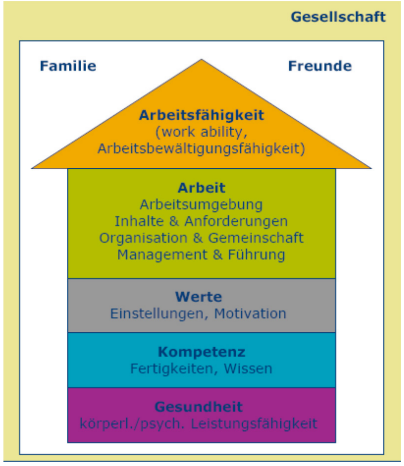
4. Altersgemischte Teams, um Wissens-und Erfahrungstransfer sowie die Nutzung unterschiedlicher Stärken von Jüngeren und Älteren zu gewährleisten.

5. Interdisziplinarität!
Einbindung von Arbeitsmedizin, Gesundheitspsychologie, Arbeitsinspektorat, Betriebsräte, Personalentscheider, Sicherheitsfachkräften, SchulungsexpertInnen und allen MitarbeiterInnen-Gruppen.

Das Haus der Arbeitsfähigkeit

Es wurde vom finnischen Wissenschafter Juhani Ilmarinen (2007) entwickelt und besteht aus vier Stockwerken, die aufeinander aufbauen:
1. die Gesundheit des Individiums, d.h. sein Leistungsvermögen
2. der Kompetenz, d.h. Fertigkeiten und Wissen
3. den Werte, d.h. Einstellungen und Motivation
4. der Arbeit, d.h. deren Inhalte, Anforderungen, Umgebung

Abbildung 3: Das Modell des Hauses der Arbeitsfähigkeit (nach J. Ilmarinen)



Gut arbeiten – Gut leben – Gut alt werden

Der Wandel ist spürbar, doch hinkt das Umdenken und das Tun, der Realität noch weit hinterher, sowohl in der Gesellschaft, wie auch in den Betrieben und bei den ArbeitnehmerInnen selbst.

Die Zeiten, wo ArbeitnehmerInnen mancherorts danach getrachtet haben so früh wie möglich in Pension gehen zu können (oder auch gedrängt wurden), sind vorbei. Das (Arbeits-)Leben gehört NEU gedacht!

• Arbeit nicht als Last oder Pflichterfüllung zu betrachten, sondern das Gesundheitspotenzial zu erkennen. Arbeit stiftet Sinn.
• Lernen macht Laune!
• DAS Alter positiv thematisieren!
• Arbeitsanforderungen, Arbeitsorganisation, Arbeitsumgebung und Arbeitszeiten an die Bedürfnisse von ArbeitnehmerInnen aller Alterstufen anpassen.

Meine persönliche Meinung:

Wir brauchen Innovation und Akzeptanz!
Innovation, um ausgetretene Pfade und Althergebrachtes verlassen zu können. Ein gutes Beispiel zeigt sich im „Bedingungslosen Grundeinkommen“.
Innovation, um die eigene Erwerbsbiografie lustvoll gestalten zu können.

Akzeptanz des neuen Arbeitsverständnisses, aber auch Akzeptanz jenen gegenüber, die sich schwer tun, mit den Umbrüchen. Verurteilungen und Abwertungen schaden allen. Unterstützen wir uns lieber gegenseitig. Vieles liegt in unseren Händen oder liegt einsatzbereit im vorhandenen „Werkzeugkoffer“.

Erfolg hat drei Buchstaben: TUN
(Zitat Goethe und Leitgedanke von Pflege-Professionell)

Quellen: www.gesundearbeit.at, AK Vorarlberg, www.esf.at, www.arbeitundalter.at, wikipedia
Irene Kloimüller: Erfolgsfaktor Gesunde Arbeit, ÖGB Verlag, 2010,
Irene Kloimüller Wert:Arbeit, 2012; Reingard Lange,Cornelia Stolla: Förderung „älterer“ ArbeitnehmerInnen

Autorin

www.wechselweise.at

Karin Grössing
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Wechseljahre-Beraterin
Kontinenz-und Stomaberaterin

die elisabethinen

gesundheit & leben

SYMPOSIUM – PFLEGE

Thema: Gesundheitsmanagement

Kurhaus Marienkron, Burgenland, 22.-23.09.2016

Erstmalig findet im September 2016 ein Pflegekongress der drei elisabethinischen Krankenhäuser in Österreich statt. Zwei Tage lang widmen sich Spitzenvortragende aus Wissenschaft, Sport und Praxis in Vorträgen und Workshops dem Thema „Gesundheitsmanagement“ und laden in Podiumsdiskussionen zum Mitdiskutieren und Nachdenken ein.

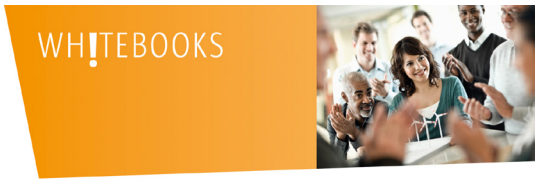
Weitere Infos unter: www.die-elisabethinen.at

Eine gemeinsame Veranstaltung von:

KRANKENHAUS DER ELISABETHINEN GRAZ GMBH

Allgemein öffentliches Krankenhaus Elisabethinen Linz

St. Elisabeth Krankenhaus seit 1709



BUCHTIPP DES MONATS

Anerkennung und Wertschätzung
Futter für die Seele und Treibstoff für Erfolg

Hannelore und
Markus F. Weidner

Anerkennung und Wertschätzung

Futter für die Seele
und Treibstoff für Erfolg

GABAL

AutorInnen: Hannelore Weidner
Markus F. Weidner
Sprache: Deutsch
Verlag: GABAL
Seitenumfang: 178 Seiten
ISBN: 978-3-86936-705-7

Über den AutorInnen

Hannelore Weidner ist Trainerin und Mitgesellschafterin der Qnigge GmbH - Freude an Qualität und verantwortet den Bereich Vertrieb und Marketing der Qnigge Akademie.
Markus F. Weidner ist Gründer der Qnigge GmbH - Freude an Qualität. Der Autor, Unternehmer, Referent und Trainer aus Leidenschaft ist Experte, wenn es um exzellente Serviceleistung geht.

Kurzbeschreibung

Anerkennung und Wertschätzung – ein „Kuschelthema“? Wohlfühlfaktoren, auf die man schon mal verzichten kann, wenn es hart auf hart geht, gerade im Job? Glücklicherweise setzt sich die Erkenntnis durch, dass eine positive Resonanz die Basis gelingender Beziehungen ist, ob privat oder im Beruf. Denn ohne Anerkennung und Wertschätzung verkümmern wir wie eine Pflanze, der man Licht, Wasser und Dünger vorenthält.

Die Wirkung weicher Faktoren am Arbeitsplatz lässt sich messen, sie zahlt sich in Heller und Pfennig aus – in weniger Fehltage, geringerer Fluktuation, besserer Qualität und höherer Produktivität. Das gilt auch im Verkauf und im Umgang mit Geschäftspartnern: Wer Menschen wertgeschätzt und ihnen Anerkennung zollt, schafft damit die Basis für Erfolg.

Hannelore und Markus F. Weidner beschreiben anhand zahlreicher Fallbeispiele, wie man Leistung richtig würdigt, im Unternehmen eine Wertschätzungskultur schafft und wertschätzend auf Kunden zugeht – und damit nicht nur die eigene Arbeitsfreude steigert, sondern nachhaltigen wirtschaftlichen Erfolg garantiert.

Persönliches Fazit

Wertschätzung und Anerkennung scheinen auf den ersten Blick selbstverständlich. Diese Begrifflichkeiten sind in den meisten Leitbildern der Gesundheitseinrichtungen verankert. Doch werden sie auch gelebt? Dieses Werk zeigt, wie leicht es sein kann Wertschätzung in den Führungsstil zu implementieren, wenn man es persönlich möchte. Welche Rolle spielen dabei Menschenbild und Selbstwert? Welche Stufen der Wertschätzung gibt es? Wie gehen Menschen mit Kritik um und wie kann man sie wertschätzend an eine andere Person weitergeben? Fragen die in diesem Buch beantwortet werden.

Regelmäßige Fragebögen und Tests begleiten die Leserschaft durch dieses Werk. So ist diese Publikation nicht nur ein Buch zum Lesen und abhaken, sondern auch ein Leitfaden durch die eigene Einstellung, die einen durch die gegebenen Antworten noch bewusster wird. Das Buch endet mit einem großartigen Resümee und den zehn wichtigsten Impulsen für mehr Wertschätzung und Anerkennung.

Für Führungskräfte sollte diese Lektüre ein absolutes MUST HAVE sein, aber auch allen anderen Menschen, die ihre Umgebung anerkennend bereichern wollen, ist unser persönlicher Buchtipp des Monats sehr zu empfehlen. (MG)

Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus

Autor: Jörg Schlüchtermann
Sprache: Deutsch
Verlag: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagesgesellschaft
Seitenumfang: 437 Seiten
ISBN: 9783954662463

2. aktualisierte und erweiterte Auflage

Über den Autor

Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann: Ordinarius für Betriebswirtschaftslehre, Inhaber des Lehrstuhls BWL V (Produktionswirtschaft und Industriebetriebslehre) an der Universität Bayreuth, Leiter der Studiengänge, Mitglied im Vorstand des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Permanent Visiting Professor für Hospital & Health Care Management an der Frankfurt School of Finance and Management, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates für das Praxis-Panel (ZIPP) des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

Kurzbeschreibung

Führungskräfte im Krankenhaus benötigen allgemeine Managementkenntnisse, medizinisches Grundwissen sowie die Fähigkeit, die theoretischen Grundlagen immer wieder auf aktuelle Fragestellungen und Konstellationen anzuwenden. Dieses Lehr- und Praxisbuch vermittelt die betriebswirtschaftlichen Kernthemen sowie das notwendige Managementwissen, um die steigende Komplexität der Führungs- und Gestaltungsaufgaben sowie die zunehmende Wettbewerbsintensität in der Gesundheitswirtschaft bewältigen zu können. Theoretisches Basiswissen wird mit praktischen Anwendungsfragen kombiniert. Praxisnahe Beispiele und Fallstudien runden das Verständnis ab. Erfolgreiche Führung benötigt immer eine mehrdimensionale Balance: Effizienz versus Effektivität, strategische Kompetenz versus operative Exzellenz, finanzieller Erfolg versus nicht-monetäre Performance. Aufbauend auf diesem Grundprinzip präsentiert das Buch einen kompakten Querschnitt diverser Unternehmensfunktionen im Krankenhaus sowie anwendungsorientierte Inhalte zu Potenzialen, Prozessen und Ergebnissen der stationären Krankenversorgung.

Persönliches Fazit

Das Gesundheitswesen ist schon längst kein reiner Sozialbereich mehr. Aus dem Gesundheitswesen wurde die Gesundheitswirtschaft. Die Marktwirtschaft der Gesundheitsbranche erfordert ein effizientes Krankenhausmanagement mit einem ausgeprägten strategischen Denken. Hierbei muss man die betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge gut verstehen und mit dieser Thematik arbeiten können. Dieses Buch erklärt sämtliche wichtigen Inhalten und Rahmenbedingungen leicht und verständlich. Wirtschaftliche, strategische und organisatorische Bereiche und Fragestellungen werden ausgiebig erläutert. Hierbei ist der starke Bezug zur Praxis, aber auch der detaillierte Theorieanteil ein extrem wichtiger Faktor, der dieses Buch für Praktiker als auch für Personen aus der Wissenschaft extrem wertvoll macht. Man möge glauben Betriebswirtschaft und Krankenhausmanagement sei ein trockenes Thema, dass sich primär mit Statistiken beschäftigt. Dieses Buch belehrt eines Besseren. Absolute Pflichtlektüre für Personen im Gesundheitsmanagement. (MG)

SOP Handbuch Interdisziplinäre Notaufnahme

AutorInnen: Sabine Blaschke, Felix Walcher
Sprache: Deutsch
Verlag: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagesgesellschaft
Seitenumfang: 493 Seiten
ISBN: 9783941468313

Über den Autor

Prof. Dr. med. Sabine Blaschke: Nach dem Medizinstudium an der Ruhr-Universität Bochum und Georg-August-Universität Göttingen arbeitete sie zunächst in der Inneren Medizin. 1992 Promotion; 1996-1997 Forschungsaufenthalt im Deutschen Primatenzentrum Göttingen; 2001 Fachärztin für Innere Medizin; 2003 Habilitation mit der Venia legendi für Innere Medizin; 2004 Zusatzbezeichnung Spezielle Internistische Intensivmedizin; 2008 Fachärztin für Nephrologie; 2010 Außerplanmäßige Professur; 2012 Fachärztin für Rheumatologie.
Univ.Prof. Dr. med Felix Walcher: Leitender Oberarzt an der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universität Frankfurt/Main, hat einen Ruf auf die W3-Professur für Spezielle Unfallchirurgie an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg angenommen. Er ist seit dem 1. Mai 2014 Direktor der Universitätsklinik für Unfallchirurgie Magdeburg.

Kurzbeschreibung

Die Interdisziplinären Notaufnahmen stellen an die dort tätigen Mitarbeiter besondere Herausforderungen, denn unterschiedlichste Notfälle müssen schnell, kompetent und erfolgreich erkannt, bewertet, eingeteilt, behandelt und in die richtigen „Bahnen“ gelenkt werden. Auf Basis der aktuellen fachdisziplinären Leitlinien vermittelt dieses Praxisbuch strukturierte und praxisorientierte Anleitungen (SOPs, Standard Operating Procedures) für über 170 Notfälle aus allen relevanten Fachgebieten: Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Chirurgie, Traumatologie, Gynäkologie, Ophthalmologie und Pädiatrie. Der Fokus liegt auf der zeitkritischen Diagnostik und Therapie in der Interdisziplinären Notaufnahme. Strukturiert. Interdisziplinär. Evidenzbasiert.

- Umfassend: über 170 Standard Operating Procedures auf Basis der aktuellen Leitlinien
- Sofort umsetzbar: hochstrukturiertes Wissen zur zeitkritischen Diagnostik und Therapie
- Praxisorientiert: Leitsymptomatik, Differenzialdiagnosen, diagnostische und therapeutische Maßnahmen, Konsilempfehlungen, Weiterbehandlung

Persönliches Fazit

Vollgepackt mit über 170 SOPs stellt dieses Sammelsurium einen perfekten Überblick über die Notfallmedizin dar (inner- und präklinisch). Aufs Wesentliche gekürzt findet man ohne Umschweife Symptome, Diagnosen, Diagnostik, Therapie, Konsile und das weitere Prozedere für jede Krankheit/jedes Problem.

Ein Nachschlagewerk, daß in keiner Notfallaufnahme fehlen sollte und für Ärzte und Pflege, Anfänger und Fortgeschrittene eine ideale Lektüre ist. (MG)

Palliativ Care für Menschen mit Demenz

HerausgeberInnen: Olivia Dibelius, Peter Offermanns, Stefan Schmidt
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
Seitenumfang: 240 Seiten
ISBN: 9783456855271

Über die AutorInnen

Prof. Dr. Olivia Dibelius: Professorin für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an der Evangelischen Hochschule Berlin; **Peter Offermanns:** Dipl. Pflegewirt (FH), Krankenpfleger, Sterbe- und Trauerbegleiter, Autor, Leiter einer Pflegeakademie in Berlin**; Stefan Schmidt, MSc:** Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Altenpfleger, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule Neubrandenburg

Kurzbeschreibung

Wie kann man Menschen mit Demenz eine gute Lebensqualität am Lebensende sichern, ihnen ein gutes Lebens gestalten und sie in einem würdevollen Sterben unterstützen? Die Studie untersucht die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz am Lebensende. Das Autorenteam zeigt forschungsbasiert auf, wie bei Menschen mit Demenz Schmerzen erkannt und behandelt, das Sterben spirituell begleitet, familienorientiert beraten und transkulturell kompetent begleitet werden kann. Die Autoren zeigen, wie Case Management organisiert und koordiniert und wie Schnittmengen von Dementia Care und Palliative Care für Betroffene genutzt werden können.

Teil I: Ergebnisse des Berliner Forschungsprojektes: Studien zur Schmerzerfassung und Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz, Pflegende in Dementia Care und Palliative Care, «Die Schmerzbetreuung hängt vom Wohlwollen der Schwestern und Ärzte ab.», Kritische Konklusion und Konsequenzen der Forschungsergebnisse

Teil II: Beiträge der multiprofessionellen Versorgungspraxis: Palliative Pflege für Menschen mit Demenz in der ambulanten, stationären und hospizlichen Pflege, Palliative Versorgung und Schmerzerfassung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften, Schmerzdiagnostik bei Menschen mit Demenz, Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund, Spirituelle Begleitung in Palliative Care und Demenz, Familienorientierte Beratung in Palliative Care, Case Management für Menschen mit Demenz in der palliativen Pflege

Persönliches Fazit

Haben Sie gewusst, dass der Erfolg der Schmerzbetreuung vom Personal abhängig ist? Wie funktioniert die Schmerzdiagnostik bei dementen Menschen? Wie arbeitet man mit Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund? Welche Rückschlüsse können Sie aus den präsentierten aktuellen Forschungsergebnissen ziehen? Fragen, die in diesem Buch auf wissenschaftliche und professionelle Weise beantwortet werden. In diesem Sammelsurium an Studien und ExpertInnenmeinungen werden die beiden herausfordernden Themen „Demenz“ und „Palliativ“ einzigartig aufgearbeitet, die neuesten Studien in einzelnen Kapiteln zusammengefasst, um so der Leserschaft einen guten Überblick über den aktuellen Stand zu geben. Implementierte Fallbeispiele veranschaulichen die Praxisnähe und Relevanz. Hierbei werden Themen wie Spiritualität und persönliches Empfinden nicht ausgelassen. Wenn Sie sich mit dem Thema Demenz und Palliativ beschäftigen, darf dieses Werk auf keinen Fall in Ihrer Sammlung fehlen. (MG)

Exzellente Pflege von Menschen mit Demenz entwickeln

Autorin: Caroline Baker
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
Seitenumfang: 208 Seiten
ISBN: 9783456855479

Über die Autorin

Klinische Pflegeexpertin (CNS) in der Pflege von Menschen miz Demenz, Direktorin für Demenzversorgung bei Four Seasons Health Care, Staffordshire (GB).

Kurzbeschreibung

Das vielfach ausgezeichnete PEARL-Programm für Menschen mit Demenz wurde entwickelt, um Pflegeheimen den Weg zu exzellenter person-zentrierter Pflege von Menschen mit Demenz zu ermöglichen. Das Programm hat die Lebensqualität von Heimbewohnern, die an Demenz erkrankt sind, bereichert und deutlich verbessert.

Caroline Baker ist Leiterin der Demenzpflegeabteilung des Wohnheims, in welchem das PEARL-Programm entwickelt und getestet wurde. Sie berichtet aus persönlicher Erfahrung anschaulich darüber, welche Hürden und alten Denkweisen sich dem neuen Ansatz in den Weg stellten und wie diese überwunden werden konnten. Ihr leicht verständliches Handbuch beleuchtet die Elemente des Programmes und vermittelt Anbietern von Pflegedienstleistungen die besten Praxisleitlinien, um in ihren Pflegeheimen ebenfalls eine exzellente Pflege von Menschen mit Demenz zu gewährleisten.

Aus dem Inhalt

· Keine Entscheidung ohne mein Wissen
· Lebensgeschichte und Lebensstil
· Kritik gegenüber dem Einsatz von Neuroleptika
· Umgebung gestalten - Schaffen einer unterstützenden Umgebung
· Feiern von Erfolgen

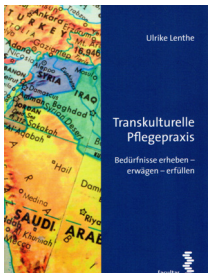
Persönliches Fazit

Wie hat exzellente Pflege auszusehen? Ist sie eine Utopie und vor allem kann es eine solche Pflegequalität für Demente in der heutigen Personalknappheit überhaupt geben? Carolin Baker beschreibt in Ihrem Werk ausführlich worin die Unterschiede bestehen. Schon zu Beginn wird die Begrifflichkeit „personenzentrierte Pflege“ durch eine gute Auswahl an Fallbeispielen abgebildet. Die AEDLs werden in ihre Bereiche zerlegt und für eine entsprechend „exzellente Pflege“ beschrieben. Der Unterschied zwischen 0815 Pflegedokumentation und personenbezogener Pflegedokumentation zeigt, welche qualitativen Unterschiede es geben kann. Es folgen immer wieder Fallbeispiele um die Unterschiede zu erklären. Die Autorin nimmt sich hierbei selbst kritisch ins Visier, da sie schon auf beide Arten gearbeitet hat. Immer mehr wird der Leserschaft klar, wie weit wir uns von dieser exzellenten Pflege entfernt haben.

Ein einmaliges Lehrbuch, wie sehr gute Pflege auszusehen hat! (MG)

Transkulturelle Pflegepraxis

Bedürfnisse erheben - erwägen - erfüllen



Autor: Ulrike Lenthe
Sprache: Deutsch
Verlag: Facultas Verlag
Seitenumfang: 139 Seiten
ISBN: 978370891390

Über den Autor

Ulrike Lenthe: MAS, DGKS; akad. gepr- Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, akad. gepr. Krankenhausmanagerin, Absolventin des European Health College, London. Auslandspraktika in Dänemark, England, Italien, im Nahen Osten, Südafrika, und Ostasien. Pflegedirektorin des Alten- und Pflegeheimes Marienheim-Betriebsges.m.b.H. Bruck/Leitha, Seminar- und Vortragstätigkeit in der Fort- und Weiterbildung für Pflege und Sozialberufe in den Bereichen transkulturelle Pflege und Pflege dementierender Klienten.

Kurzbeschreibung

Migration stellt auch die Gesundheits- und Krankenpflege vor große Herausforderungen. Die Anzahl pflegebedürftiger Klienten mit unterschiedlicher kultureller, religiöser und ethnischer Prägung steigt. Ihre Bedürfnisse nicht zu erkennen, kann eine effiziente und effektive Pflege gefährden. Pflegende sind daher gefordert, mögliche Missverständnisse im Rahmen eines transkulturellen Pflege-Assessments zu erheben, Pflegehandlungen und Pflegetechniken mit dem Klienten abzusprechen und im Einklang mit dessen kulturellen und religiösen Empfindungen umzusetzen. Der anwendungsorientierte Wegweiser „Transkulturelle Pflegepraxis“ zeigt auf, wie transkulturelle Pflege angelegt und im Alltag erfolgreich realisiert werden kann.

Persönliches Fazit

Was für den einen ein absolutes „MUSS“ ist, stellt für den anderen ein absolutes „NO GO“ dar. Gerade in den unterschiedlichen Kulturen klaffen Werte, Regeln, Ansprüche und Ansichten oft sehr auseinander. Wie gehen die verschiedenen Religionen mit Schmerz um? Welche Pflegekonzepte und Ansätze gibt es und auf welche Barrieren stößt man in der transkulturellen Pflege? Einfach und übersichtlich erklärt die Autorin die Optionen und Vorgangsweisen. Hierbei beginnt das Buch bei den Basisinformationen über Migrationen. Allein das Kapitel über Integration, Segregation, Assimilation und Marginalisierung zeigt dem/der LeserIn, welche Entscheidungen zugezogene Personen für sich und deren Familie treffen. Die wichtigsten Punkte der Hauptreligionen Christentum, Islam, Hinduismus, Buddhismus und das Judentum werden für den Praxisgebrauch ausgiebig erläutert. Zu guter Letzt findet die Leserschaft ein eigenes Kapitel zum Thema „Flüchtlinge“.

Im Rahmen meiner Tätigkeiten habe ich seit vielen Jahren mit den unterschiedlichsten Kulturen zu tun und vieles ist mir sehr vertraut. Dennoch gab es in diesem Werk viele Informationen, die für mich absolut neu waren. Ein Buch, das gerade in einem multikulturellen Zeitalter Standardlektüre für Pflegefachpersonen sein sollte ! PRÄDIKAT WERTVOLL (MG)

Edukation und Kommunikation im Gesundheitswesen

HerausgeberInnen: Romana Eva Jurkowitsch, Gerhard Schröder
Sprache: Deutsch
Verlag: Facultas Verlag
Seitenumfang: 170 Seiten
ISBN: 9783708913872

Über die HerausgeberInnen

Romana Eva Jurkowitsch, BSc., Gesundheits und Pflegeexpertin, Pflegepädagogin und diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester (SAB Nierenersatztherapie)
Gerhard Schröder, DGKP, nach der Ausbildung zum Krankenpfleger Fachweiterbildung zur Anästhesie und Intensivpflege, dann Lehrer und Pflegedienstleiter.

Kurzbeschreibung

Informieren, Schulen und Beraten zählen zu den wichtigsten Aufgaben für alle Gesundheitsberufe. Kommunikation sowohl mit Patienten und Angehörigen als auch untereinander im Team ist für die erfolgreiche Behandlung unabdingbar. Leider fehlt es häufig nicht nur an Zeit, sondern auch am dafür erforderlichen Wissen. Gleichzeitig sind Patienten nachweislich zufriedener mit Betreuung und Behandlung, wenn sie sich verstanden und gut informiert fühlen. Dieses Buch macht aktuelle Fragestellungen der Patienten- und Angehörigenedukation in der Pflege sichtbar. Anhand der wichtigsten Grundlagen aus der Literatur und konkreter Beispiele werden Entwicklungs- und Umsetzungsmöglichkeiten beschrieben und Kommunikationsstrategien für ein erfolgreiches Pflegeteam dargestellt. In 11 Beiträgen macht der Band mit Aspekten der edukativen Arbeit vertraut und gibt allen Pflegenden Werkzeuge an die Hand, um sie im eigenen Umfeld zu implementieren und durchzuführen.

Aus dem Inhalt:
- Die Wittener Werkzeuge
- Einsatz und Entwicklung von Informationsbroschüren
- Pflegeberatung in der Pflegediagnostik
- Burnout und Stresserleben bei Pflegepersonen
- Vom Umgang mit „schwierigen“ Patienten

Persönliches Fazit

Obwohl wir alle seit vielen Jahren wissen, dass die „Kommunikation“ das wichtigste Werkzeug für beratende und betreuende Berufe ist, scheint es dennoch immer wieder neue Themenbereiche zu geben, die bisher nur bedingt beleuchtet wurden. Die beiden HerausgeberInnen bieten mit diesem Werk wieder ein einmaliges Sammelwerk an Kommunikationsthemen, die auf keinen Fall ausser Acht gelassen werden können. Die ausgewählte Vielfalt reicht hier von allgemeinen Beratungsthemen, über Patienten und Angehörigenedukation bishin zur Teamkommunikation. Elf essentielle Bereiche werden in kleinen, aber gut ausgeführten Kapiteln dargestellt.

Für FachexpertInnen, BeraterInnen und FreundInnen der Kommunikation auf jede Fall ein Werk für die eigene Bibliothek. (MG)

Danke, es geht allein schwer genug

Pflege und Betreuung sind Herausforderungen der besonderen Art. Wer sie alleine schultern muß, kann rasch an seine Grenzen kommen.

Hard facts: Ca. 450.000 Menschen beziehen Pflegegeld – sie werden zumeist von ihren Angehörigen und Zugehörigen betreut, manchmal auch von mehreren Personen. Dazu kommen noch 42.700 Kinder zwischen 5-18 Jahren, die helfen, so gut sie können. Die Dunkelziffer all jener, die kein Pflegegeld beziehen aber dennoch von ihren Angehörigen betreut werden, kennt niemand…

80 Prozent der zu Pflegenden werden daheim gepflegt, teilweise mit Unterstützung durch mobile Dienste. 80 Prozent der pflegenden Angehörigen und Zugehörigen sind Frauen. Bis zu 40 Prozent dieser Frauen sind erwerbstätig.

Und plötzlich ist alles anders…

Es kann jeden Tag und jedem von uns geschehen. Was gestern noch unvorstellbar war, ist plötzlich harte Realität. Ein Mensch, der einem nahe steht in welcher Form auch immer braucht sofort Pflege und Betreuung. Ein kleiner Vorgeschmack darauf, wie es sein könnte ist schon ein gebrochenes Bein mit einem Liegegips, das hilfsbedürftig macht. Auch wenn die Zeit bis zur Wiedergenesung absehbar ist, es ist ein erster Eindruck, wie es sein könnte wenn…

Wie es dann tatsächlich ist, wenn Pflege und Betreuung nicht einfach in einigen Wochen wieder in den Normalzustand zurückführen, das erleben Hunderttausende Menschen tagtäglich. Die Welt gerät sehr rasch aus den Fugen. Zumeist sind es Frauen, die diese Sorgearbeit übernehmen. So als ob es Gottgewollt wäre, und weil es schon immer so war. Die vielzitierte und in der Realität sehr selten vorhanden gewesene Großfamilie hätte angeblich diese Herausforderung gut gemeistert. Dass in Wirklichkeit solche Familienstrukturen zumeist wirtschaftliche Hintergründe hatten und nicht Liebe und Eintracht versprochen haben, schon gar nicht aufopfernde Pflege und Betreuung, scheint in Vergessenheit geraten zu sein. Die Industrialisierung und Technologisierung der letzten 100 Jahre haben Wohn- und Lebensstrukturen entstehen lassen, in denen selbst bei bestem Willen das Zusammenleben mehrere Menschen schon räumlich nicht möglich ist.

Zugleich aber gehen die Tendenzen ganz stark dahin, gerade Pflege und Betreuung in den privaten Bereich auszulagern. Einerseits wird damit sehr häufig der Wunsch erfüllt, daheim bleiben zu können. Andererseits entlastet sich auch das System damit. Wo also ist denn da das Problem?

(C) Lisa F. Young

Wenn aus einer Notsituation ein Dauerzustand wird...
Pflegende Angehörige und Zugehörige sind Menschen, die rascher als sie es sich vorgestellt haben, in eine Falle geraten. Die Übernahme dieser Aufgabe schränkt ihre persönliche Freiheit ein und lässt sie gemeinsam mit ihren Pflegebedürftigen aus dem sozialen Umfeld verschwinden. Die eigenen vier Wände werden Pflegestation, werden so gut wie möglich adaptiert dafür, geben einerseits eine Form von Sicherheit und bilden andererseits eine Form von permanenter Abhängigkeit. Umso länger dieser Zustand anhält, umso gefährlicher wird er auch. Liebe und Zuwendung allein reichen nicht aus. Pflege und Betreuung wird sehr oft auch mit persönlichen finanziellen Nachteilen geleistet, wenn die eigene Erwerbstätigkeit eingeschränkt wird. Die Auswirkungen auf das eigene Leben, bis hin zur eigenen Pensionsleistung von pflegenden Angehörigen, ist einer der bekannten Pferdefüße dieser existenziellen Situation.

Gibt es Licht am Horizont?
Dass private Pflege und Betreuung volkswirtschaftlich hohen Nutzen und Stellenwert hat, ist mittlerweile unbestritten. So haben sich im Laufe der letzten Jahre immer mehr Entlastungsangebote entwickelt, die zumindest einen Teil der Belastung kompensieren können. Dass sie sehr oft nicht ankommen wo sie am dringendsten gebraucht werden, ist aber ebenfalls evident. Wer in einer Falle sitzt, hat oft genug zu wenig Möglichkeiten, sich Unterstützung zu organisieren. Dazu kommt, dass in den wenigsten Fällen Menschen sich während der sogenannten gesunden Zeiten mit der Frage auseinandersetzen, wer, wie und wo gepflegt und betreut werden kann. Zu groß sind die Ängste vor der eigenen Verletzlichkeit, die diese Lebenssituation darstellt.

Ein kleines Licht am Horizont sind die mittlerweile langsam entstehenden Plattformen, die relativ einfach über verschiedene Kanäle erreichbar sind. Sie sind auch dann nutzbar, wenn pflegende Angehörige und Zugehörige immer mehr isoliert leben und im Verborgenen bleiben.

Was fehlt, um die Themen die Pflege und Betreuung, die oft erst mit dem Lebensende des zu pflegenden abgeschlossen ist, zu einem kalkulierbaren und einschätzbaren Zustand zu machen, ist die Enttabuisierung. Wer sich in einem Zusammenleben zumindest ansatzweise der Frage stellt, was machen wir, wenn es geschieht, hat einen ersten Schritt dazu gemacht.

Darüber in guten Zeiten zu reden, die Möglichkeiten nicht auszuklammern sondern einzukalkulieren, ist keine Form der Lieblosigkeit sondern im Gegenteil, gut gelebte soziale Verantwortung miteinander zu teilen. Weil es schwer ist, im Fall des Falles allein damit zurechtzukommen.

Autorin

www.ig-pflege.at

Facebook

Birgit Meinhard-Schiebel
Schauspielerin, Erwachsenenbildnerin, Werbekonsulentin, Sozialmanagerin,

seit 2010 Präsidentin der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger,
seit 2015 Gemeinderätin/Landtagsabgeordnete Wien

»Wir wollen die Lebenssituation pflegender Angehöriger durch gezieltes öffentliches Eintreten für ihre Bedürfnisse verbessern.«

Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger

Wiedner Hauptstraße 32
1040 Wien

Tel.: +43 (1) 58 900 DW 328
office@ig-pflege.at

(C) Holly Spring

Fantasie, die Urkraft des Lebens

Ihre Fotos sind voll Emotion und Fantasie. Die preisgekrönte neuseeländische Fotografin Holly Spring und ihre Tochter Violet zeigen, dass Krankheit auch anders bekämpft werden kann und hierbei das Thema Schönheit keine Grenzen kennt.

Symbrachydaktylie und Morbus Hirschsprung, dies sind nach der Geburt zwei gestellte Diagnosen, die viele andere Mütter in die Knie gezwungen hätten. Doch nicht für Holly Spring und ihre Tochter Violet aus Neuseeland....

Gemeinsam begeben sie sich auf eine fantastische Reise voller Fantasie und Farben. Dies ist Krankheitsbewältigung der kreativen Art. Für Pflege Professionell ein Grund die Mutter und Fotografin aus Neuseeland zu einem Interview zu bitten.

Pflege Professionell: Was hat Sie zum Fotografieren gebracht?

Holly Spring: Es gibt Dinge, die wirklich ein Foto wert sind. Zum Beispiel ein herzlicher Moment, der einem Gefühl Ausdruck verleiht oder durch den wir eine Empfindung geschenkt bekommen. Dies kann eine Momentaufnahme sein, oder eine Geschichte erzählen, oder einfach nur eine schöne Farbe oder einen speziellen Lichtschein in Szene setzen.

Wenn ich mit Kindern ein Fotoshooting mache, dann sehe ich in ihren Augen eine Welt voller Wunder. Mit ihren Fantasien kreiere ich ihnen einzigartige Bilder, die aus einem simplen Portrait eine Geschichte machen.

Pflege Professionell: Machen Sie ausschließlich Fotos mit Kindern?

Holly Spring: Ich mache natürlich auch normale Portraitfotos, Fotos für Werbung und Familienaufnahmen, aber meine Liebe gilt der Kinderfotografie. Ihre Unschuld und die Freude an Wundern sind reine Freude.

Pflege Professionell: Was treibt Sie in Ihrer Arbeit an?

Holly Spring: Meine Tochter Violet ist meine Muse und mein Herz, die mich inspiriert und anspornt, meiner Leidenschaft zu folgen. Durch sie habe ich den Wunsch, diese einzigartigen Fotos mit anderen

Menschen zu teilen.

Pflege Professionell: Violet hat von Geburt an eine körperliche Einschränkung.

Holly Spring: Violet hatte bei ihrer Geburt Symbrachydaktylie, das heißt, sie hat keine linke Hand und nur teilweise einen Unterarm. Ich sehe dies aber nicht als Behinderung, sondern als eine andere Befähigung. Ihre Hirschsprung-Erkrankung ist für uns eine zusätzliche Herausforderung, die wir gemeinsam meistern. Der Darm ist bei dieser Krankheit nicht in der Lage, das verdaute Essen zu transportieren. Leider ist dies nur mit einer Operation wirklich behebbar, dennoch ist sie voller Lebensfreude.

Pflege Professionell: Violet ist ein wunderschönes Model. Wie schaffen Sie es, diese Begeisterung in Szene zu setzen?

Holly Spring: Wir spielen sehr viel in verschiedenen Rollen. Zum Beispiel stellen wir uns vor, dass wir in einer Fantasiewelt leben, und die Motte an der Laterne könnte eine Fee sein. Durch diese Idee schenkt Violett der Motte ihre volle Aufmerksamkeit, und es entsteht ein Leuchten in ihren Augen, das ich versuche einzufangen. Ihre Augen sind dann voller Unschuld und Freude am Wunder, und machen diese Bilder für mich einzigartig. Eine Begeisterung, die hoffentlich noch lange anhält.

Pflege Professionell: Finden Ihre Bilder überall Anklang?

Holly Spring: Ich habe auch schon viele negative Kritiken erhalten. Viele stellen in Frage, wie man ein Kind mit einem »behinderten« Körperglied auf Fotos zeigen kann. Ich sehe mir diese Fotos selbst regelmäßig an und kann nichts darauf entdecken, was ich für anstößig oder fotounwürdig halte.

Pflege Professionell: Was werden Sie als Nächstes machen?

Holly Spring: Meine Süße kommt jetzt in die Schule, und wir müssen uns nun um die echte Welt kümmern. Das wird auf jeden Fall eine neue Herausforderung.

Alle Fotos (C) Holly Spring

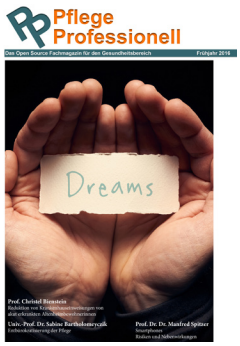
Autor & Link

www.pflege-professionell.at

Markus Golla, BScN

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Akademischer Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege
Masterstudent „Pflegewissenschaft“ der Universität Wien
Österreichischer Ansprechpartner der EAHN
Kommunikationstrainer

HOSPIZ RENNWEG



„Ein Jahr bietet 365 Möglichkeiten alles zu verändern…“

Und mit dieser vierten Ausgabe feiern wir unser erstes Jahr des Fachmagazins „Pflege Professionell“.

Vor einem Jahr „begann unsere Zukunft“, „zusammen“ haben wir „Träume verwirklicht“ und haben dabei alle „inkludiert“. Diese vier Cover sprechen uns aus dem Herzen. Ihre Themen wurden entsprechend dem Inhalt ausgewählt, um unser erstes Publikationsjahr abzulichten. Es war ein Jahr voller Überraschungen und Chancen. Eine Vielzahl unserer Möglichkeiten waren geplant, aber noch viel mehr haben sich einfach ergeben. Durch Synergien und durch unser Netzwerk. Manches ist schiefgegangen. So versuchten wir zum Beispiel den „Arbeitgeber des Jahres“ zu küren, ohne eine einzige Einsendung zu erhalten. Unser Versuch einen Podcast zu gestalten wurde von unvorhergesehenen Ereignissen überschattet. Aber deshalb heißt es ja „Versuch“ und nicht „Geling“! Schnell erkannten wir, in welchen Themengebieten sich „PflegeProfessionell“ anzusiedeln hat und mit welchen Inhalten wir unserer Leserinnen und Leser ansprechen. Der Zuspruch der AutorInnen und der gesamten Leserschaft zeigt uns: „**Wir sind am richtigen Weg.**“ Die Sache die uns antreibt, **die Aufgabe die uns am Herzen liegt**, das sind Sie als unsere Leserinnen und Leser. Sie als unsere Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheitswesen.

Und Ihnen danken wir hiermit ganz ganz herzlich!

„Wir haben noch viel mehr zu sagen....“

...und so wenig Seiten, um es wiederzugeben. Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen im Jahr 2017 unsere Auflage **von vier Ausgaben auf acht** zu erhöhen. Die nächsten Ausgaben erwarten Sie.

September 2016 (Ausgabe 05)

„Der Stoff der Zukunft ist Wissen. Wissen ist ein Geschenk. Ein Geschenk braucht Verpackung. Verpackung macht Freude auf Inhalt.“

Dr. Christoph Zulehner, Speaker – Verpackungskünstler für Know-how, Unternehmensberater im Gesundheitswesen und DGKP. Wir haben diesen vielseitigen Experten eingeladen über seine Arbeit zu sprechen. Unternehmensvisionen auf der nächsten Entwicklungsebene...

Die Septemberausgabe hat aber noch wesentlich mehr zu bieten: Wir begrüssen Dr. Edith Kellnhauser; Mag. Paul Resetarics, MSc; Präsident Andreas Westerfellhaus; Sonja Schiff, M.A.; Präsidentin Birgit Meinhard-Schiebel, Gemeinderätin & Landtagsabgeordnete und viele andere mit Themen die Sie bewegen, interessieren und nachdenklich stimmen.

Dezember 2016 (Ausgabe 06)

„Der Himmel ist nicht die Grenze, wenn dahinter ein ganzes Universum liegt...“

Kelly Knox, Inklusionsbotschafterin aus England erzählt in dieser Ausgabe von Ihrer Arbeit als „Modell mit Behinderung“, von ihren Projekten in der Elternbetreuung und Aufklärung. (Coverartikel)

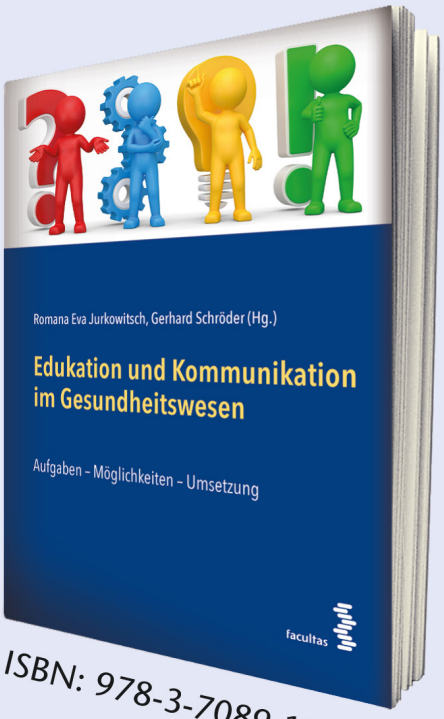
Doch dies ist nur der „Tropfen auf dem heißen Stein“. Auch in dieser Ausgabe begrüssen Sie 14 AutorInnen zu den unterschiedlichsten Themen.

Januar 2017 (Themenausgabe 01)

„Die Lernenden von heute, sind die Pflegekräfte von morgen...“

Aus diesem Grund haben wir SchülerInnen und StudentInnen eingeladen eine komplette Themenausgabe mit ihrem schreiberischen Talent zu füllen. Fachthemen, Meinungen und Interviews füllen diese erste Sonderausgabe. Hierbei wurden die Damen und Herren von Ihren Schulen, Fachhochschulen und Universitäten aus Österreich, Deutschland und der Schweiz entsprechend unterstützt, um diese erste Publikation zu ermöglichen

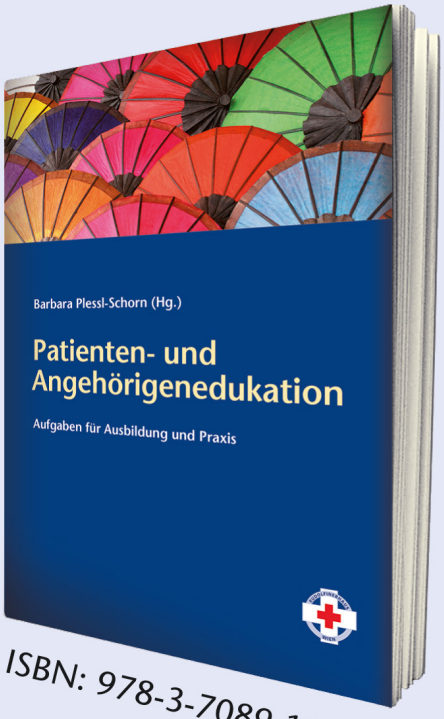
Die zukünftig Pflegenden präsentieren sich mit ihren eigenen Worten. Dies wird nicht das letzte Mal gewesen sein, dass wir den ExpertInnen von morgen eine Ausgabe widmen!



ISBN: 978-3-7089-1387-2

Wir geben Gesundheit weiter.

ISBN: 978-3-7089-0678-2



ISBN: 978-3-7089-1073-4

Pflegeliteratur bei facultas

facultas