

PFLEGE ZEITSCHRIFT

69. Jahrgang •• April 2016

4 | 2016

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

PFLEGE PLUS,
Stuttgart, 26. – 28.04.2016
Fachmesse, Kongress & Kohlhammer Forum



www.kohlhammer-pflege.de

Campus^x

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Wie Pflege & Medizin schon in der Ausbildung miteinander lernen

Prüfungsangst erkennen und begegnen

Motivation und Lernerfolg ermöglichen

Klassische Fehler beim Ausfallmanagement

Wie ein strukturiertes Ausfallzeitenkonzept gelingen kann

Lehren und Lernen für die Anforderungen von heute und morgen

DR. RUPRECHT POENSGEN

Eine „zukunftsfähige Pflegeausbildung zur Steigerung der Qualität der Pflege und Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs“ – diesem zentralen Ziel, das die Verfasser ihrem Entwurf des sog. Pflegeberufereformgesetzes (PflBRefG) vorangestellt haben, werden grundsätzlich alle Akteure in der Pflege gerne zustimmen. Doch wie so oft im Leben entzünden sich am „Wie“, also an dem Weg, der zum Ziel führen soll, die Meinungsunterschiede und -konflikte. „Pro“ und „Contra“ dieser Ausgabe der Pflegezeitschrift (Seite 200 u. 201) aus der Feder von Andreas Westermann und Ursula Kriesten zeigen auf, wie stark die Einschätzungen insbesondere zur geplanten beruflichen generalistischen Pflegeausbildung weiterhin innerhalb der Pflegebranche auseinandergehen. Wie schmal der Grat zwischen selbsterfüllenden Prophezeiungen und trügerischen Illusionen mitunter sein kann, macht ab Seite 207 der Beitrag von Lena Heylmann deutlich, die Arbeitgeber in der Altenpflege im Rahmen einer qualitativen Studie zu den von ihnen erwarteten Arbeitsperspektiven akademischer Pflegefachkräfte interviewte.

Der Schwerpunkt unserer April-Ausgabe liegt auf Themen, die sich mit der beruflichen und universitären Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege befassen. „Die Zukunft gehört den Interprofessionellen“ überschreibt Monika Bachmann ihren Beitrag auf den Seiten 203–205 und hebt dabei auf die große Bedeutung ab, die einem möglichst frühzeitigen gemeinsamen Lernen und Arbeiten von Pflege und Medizin zukommt. An einem konkreten Beispiel (Bildungszentrum Pflege und Universität Bern) beschreibt sie, wie regelmäßige Kommunikation und Kooperation wechselseitiges Vertrauen in die Kompetenzen der jeweils anderen Disziplin schaffen. Lesen Sie hierzu auch den „ImPuls der Wissenschaft“, der eine aktuelle amerikanische Studie vorstellt (S. 206).

Sich wandelnde gesellschaftliche und wirtschaftliche Strukturen erfordern neue Ansätze der pflegerischen Versorgung und damit einhergehend innovative Ausbildungskonzepte, um die hierfür notwendigen Kompetenzen zu vermitteln. Dass sich die Pflege und die ihr benachbarten Disziplinen dieser Herausforderung schon heute vielerorts stellen, zeigt Mathilde Hackmann am Beispiel eines neuen Studiengangs an der Ev. Hochschule für Soziale Arbeit und Diakonie in Hamburg: So werden dort Studierende berufsbegeleitend für Aufgaben der Vernetzung qualifiziert, die sich aus Aufgabenstellungen an der Schnittstelle Soziale Arbeit und Pflege ergeben (Seite 213–215).

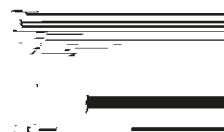
Weitere Beiträge unseres Schwerpunktthemas befassen sich mit der auch in der Pflegeausbildung nicht selten zu findenden Prüfungsangst und der Frage, wie Lehrende und Lernende mit ihr angemessen umgehen können (S. 220–223), mit dem psychologischen Beratungsangebot, das Hochschulen – am Beispiel der Frankfurter Goethe-Universität – ihren Studierenden unterbreiten (S. 232), mit speziellen E-Learning-Programmen, die der Gesundheitsprävention (Stichwort: Pflegeergonomie) von Pflegeschülern und Pflegekräften dienen (S. 224–225) und mit der Fragestellung, wie man im Rahmen wissenschaftlichen Arbeitens im Internet pragmatisch und rasch vertrauenswürdige, evidenzbasierte Literatur finden kann (S. 226–231).

In Teil 3 unserer Serie „Theorie-Praxis-Transfer in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften“ befassen sich Ulrich Müller und Mirjam Soland schließlich mit den Voraussetzungen eines erfolgreichen Transfermanagements: Dabei führen sie aus, wie wichtig es ist, den gesamten Prozess von der Bedarfsanalyse bis zur eigenverantwortlichen, aktiven Einbeziehung von Lehrenden und Lernenden gelungen zu gestalten (S. 216–219).

Lesen Sie in diesem Heft auch den ersten Teil unserer neuen Serie „Arzneimittel in der Pflegepraxis“: Eva-Maria Wolschon und Sascha Köpke nehmen sich dabei die (oralen) Antikoagulantien vor, also die im Pflegealltag häufig verabreichten blutgerinnungshemmenden Medikamente (S. 236–239). Auch in dieser Ausgabe möchten wir Ihnen anbieten, Fortbildungspunkte im Rahmen der „Registrierung beruflich Pflegenden“ zu erwerben: Lesen Sie hierfür den Beitrag von Lars Herrmann und Christine Fischer zum Ausfallmanagement in der Pflege (S. 240–246). Last but not least sei an dieser Stelle auf die Abstracts vier pflegewissenschaftlicher Artikel verwiesen (S. 247–248), deren vollständige Texte Sie als Abonnent der Pflegezeitschrift unter www.kohlhammer-pflege.de lesen können.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen im Namen der Redaktion

Ihr



Dr. Ruprecht Poensgen

Telegramm

Berlin (pag) – Die Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen hat sich bei ihrer Jahrestagung in der Bundesärztekammer gegen europäische Bestrebungen gewandt, die Tätigkeiten von Ärzten und anderen Heilberufen im Gesundheitswesen zu normieren.

Nach Auffassung der Mitgliedsverbände werden damit Instrumente, die bei Medizinprodukten, medizinisch-technischen Geräten oder beim Qualitätsmanagement sinnvoll sind, auf Tätigkeiten bei der medizinischen Behandlung und Pflege von Patienten übertragen. Das sensible Feld der Gesundheit sei für Normungsbestrebungen völlig ungeeignet, warnen die Verbände. „Eine weitere Regulierung der Patientenversorgung durch europäische Normen ist völlig überflüssig und unterläuft die deutschen Qualitätsstandards für Gesundheitsdienstleistungen“, sagt Dr. Max Kaplan, Vorsitzender der Fachberufekonferenz und Vizepräsident der Bundesärztekammer, auf der Tagung in Berlin. Thema waren auch die Berufsankennungs-Richtlinie sowie die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen.

Die Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen besteht seit 27 Jahren. Ziel ist es, den Dialog und die interprofessionelle sowie sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachberufen zu fördern. Beraten wird zudem über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Berufsausübung. Der Konferenz gehören 42 Verbände aus Gesundheitsberufen – unter anderem Vertreter von Ärzten, Hebammen, Pflegern und Physiotherapeuten – an.

VORSCHAU 5/2016

Schwerpunkt:
Kommunikation in der Pflege

Wider Stress und Druck
Sprache gezielt einsetzen

Ausländische Pflegekräfte
Sprachqualifikationen

Mobiles Lernen
in der Altenpflege

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Redaktion

Manon Krüger
Tel.: 07 11/78 63-72 21
manon.krueger@kohlhammer.de

Hanna Laux
Tel.: 07 11/78 63-74 87
hanna.laux@kohlhammer.de

Dr. Ruprecht Poensgen
Tel.: 07 11/78 63-72 15
ruprecht.poensgen@kohlhammer.de

Unter Mitarbeit von

Presseagentur Gesundheit (pag), Berlin

Wissenschaftliches Editorial Board

Katrin Balzer, Lübeck
Almuth Berg, Halle/Wittenberg
Marcellus Bonato, Münster
Christa Flerchinger, Frankfurt am Main
Steffen Fleischer, Halle/Wittenberg
Thomas Fischer, Dresden
Johannes Gräse, Bremen
Elisabeth Holoch, Stuttgart
Sascha Köpke, Lübeck
Christa Lohrmann, Graz
Rüdiger Ostermann, Münster
Bernd Reuschenbach, München
Friederike Störkel, Münster
Antje Tannen, Berlin

Media-Service

Anzeigenleitung: Stefan Steinacker
Anzeigenverkaufsberatung: Ivana Musa
Tel.: 07 11/78 63-72 58
Fax: 07 11/78 63-83 93
ivana.musa@kohlhammer.de

Vertrieb und Abo-Service

Marcus Jendretzke
Tel.: 07 11/78 63-72 77
Fax: 07 11/78 63-84 30
marcus.jendretzke@kohlhammer.de

Erscheinungsweise

Die Pflegezeitschrift erscheint monatlich, jeweils bis zum 5. eines Monats.

Jährlicher Bezugspreis: 58,70 Euro/78,90 sFr zzgl. 8,40 Euro Versandkosten, Vorzugspreis für Schüler der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe sowie für Studierende (gegen Bescheinigung): 31,90 Euro/42,90 sFr zzgl. 7,90 Euro Versandkosten, Probeabo: 18,65 Euro (inklusive Versand)/26,90 sFr.

Einzelpreis: 10,90 Euro/16,50 sFr zzgl. Versandkosten

Bestellungen: Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart, und beim Buchhandel

Abbestellungen: 6 Wochen vor Kalenderjahresende

Anzeigen: Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 46 vom 1. Januar 2016.

Copyright

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, Einspeicherung in EDV-Systeme, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern, z.B. CD-ROMs, verwerten (Offline-Recht). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der W. Kohlhammer GmbH unzulässig und strafbar. Der Verlag erlaubt allgemein das Fotokopieren zu innerbetrieblichen Zwecken, sofern dafür eine Gebühr an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München, entrichtet wird, von der die Zahlungsweise zu erfragen ist.

Manuskripte

Zur Veröffentlichung eingereichte Manuskripte dürfen vorher oder gleichzeitig nicht anderweitig zum Abdruck angeboten werden. Eine Entscheidung über eine Veröffentlichung erfolgt erst nach eingehender Prüfung des Manuskriptes. Dies gilt sowohl für unverlangt eingesandte als auch für angeforderte Beiträge. Wissenschaftliche Beiträge werden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen. Die Kürzung und redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Prüfung, ob Urheberrechte Dritter berührt werden, sowie die Einholung des Abdruckrechtes für zugesandte Fotos oder Abbildungen obliegen dem Absender. Die detaillierten Manuskriptrichtlinien können unter www.pflegezeitschrift.de abgerufen oder telefonisch angefordert werden.

Wichtiger Hinweis

Mit Namen gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des Verfassers wieder, die nicht mit der der Redaktion identisch sein muss. Wie andere Berufe auch, ist die Pflege ständigen Entwicklungen unterworfen. Sofern in dieser Zeitschrift Angaben zu Anwendungsgebieten, Applikationsformen, Dosierungen oder Abrechnungsmodi gemacht werden, dürfen die Leser zwar darauf vertrauen, dass große Sorgfalt darauf verwandt wurde, dass diese dem Wissensstand bei Fertigstellung der Ausgabe entsprechen, jedoch kann vom Verlag keine Gewähr für diese Angaben übernommen werden. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass diese im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten sind.

Verlag und Gesamtherstellung

W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart
Tel.: 07 11/78 63-0
www.pflegezeitschrift.de
www.kohlhammer.de
pflegezeitschrift@kohlhammer.de

Die Zeitschrift ist der „Informationsgemeinschaft zur Verbreitung von Werbeträgern“ angeschlossen.



PRO & CONTRA

- 200 **Die neue Pflegeausbildung ist dringend geboten**
Gute Argumente für eine generalistische Ausbildung.
ANDREAS WESTERFELLHAUS
- 201 **Die neue Ausbildung schadet der Pflege**
Weshalb eine generalistische Ausbildung keine Vorteile bringt.
URSULA KRIESTEN

CAMPUS

- 203 **Die Zukunft gehört den Interprofessionellen**
Teamwork zwischen Pflege und Medizin
MONIKA BACHMANN
- 207 **Pflegeberufereformgesetz – Wer arbeitet zukünftig in der Altenpflege?**
Einschätzungen von Arbeitgebern
LENA HEYLEMANN
- 213 **Innovativer Studiengang verbindet Soziale Arbeit und Pflege**
Mobilisierung, Unterstützung und Vernetzung studieren
MATHILDE HACKMANN
- 216 **Die innere Logik**
Teil 3: Transfer als Aufgabe der Lehrenden und Lernenden
ULRICH MÜLLER & MIRIAM SOLAND
- 220 **Prüfungsangst – ein Thema für Pflegepädagogen?!**
Blockaden und Blackouts
NATALIA ESSE, KATHRIN SCHÄFFNER & KARL-HEINZ SAHMEL
- 224 **Beratungsangebote für Studierende**
Hilfe in der Not
KATJA MARQUART
- 226 **Vertrauenswürdige Literatur pragmatisch im Internet finden**
Wie lassen sich wissenschaftliche Erkenntnisse kritisch beurteilen?
MARION BURCKHARDT & GERO LANGER
- 232 **E-Learning für Pflegekräfte**
Trotz Arbeitsbelastung am Ball bleiben
KURT LANDAU, ANJA KÖNIG & ANGELIKA PRESL

PFLEGEPRAXIS

- 236 **Teil 1: Orale Antikoagulantien**
Arzneimittel in der Pflegepraxis
EVA-MARIA WOLSCHON & SASCHA KOPKE

PFLEGEMANAGEMENT

- 240 **Sieben Fehler beim Ausfallmanagement in der Pflege**
Wie sie behoben werden können
LARS HERRMANN & CHRISTINE FISCHER

PFLEGEWISSENSCHAFT

- 247 **Pflegestolz und Wertschätzung in der Intensivpflege**
PETER NYDAHL, SUSANNE KROTSETIS, ANTJE HÄHNEL & CARSTEN HERMES
- 247 **Lehrende für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege – Unordnung in den deutschen Bundesländern**
LARS HERRMANN & CHRISTINE FISCHER
- 248 **Die Verborgenheit der Demenz und das Eigenwillige**
Zustandekommen von Stellvertreterentscheidungen
über langfristige Sondernahrung – Eine qualitative Studie
ROSA MAZOLLA
- 248 **Den pflegerischen Unterstützungsbedarf durch Daten über den Energieverbrauch erkennen – Eine Pilotstudie**
DANIELA HÄNDLER-SCHUSTER, RAHEL NAEF, NICOLE ZIGAN, ADRIAN TÄSCHLER, ANDREAS HEINZELMANN, PATRICK BAUMANN, LORENZ IMHOF



Foto: Werner Krüper

207 Zur Zukunft der Altenpflege

Altenpflegeverbände warnen angesichts der geplanten generalistischen Pflegeausbildung vor weniger Berufsanfängern in der Altenpflege. Welche Perspektiven für akademisch gebildete Pflegefachkräfte sehen zugleich die Arbeitgeber des Sektors? Eine Interview-Studie zeigt u.a. erhebliche Diskrepanzen zwischen den jeweiligen Erwartungen auf ...



Foto: M. Emre, Ev. Hochschule, ©M. Hackmann, Hamburg

213 Innovativer Studiengang

Die zunehmende Zahl von Menschen, die zu Hause alt werden und sterben, erfordert neue Konzepte der pflegerischen Versorgung. Pflegeende benötigen hierfür nicht zuletzt Kompetenzen, die an der Schnittstelle zur Sozialen Arbeit liegen. Ein neuer Studiengang eröffnet Chancen, sich gezielt zu qualifizieren ...



Foto: perfectmatch

236 Antikoagulation in der Pflege

Die Gabe von (oralen) blutgerinnungshemmenden Medikamenten gehört zur täglichen Pflegepraxis. Worin bestehen ihre grundlegenden Wirkungsweisen, ihre Indikationen und Nebenwirkungen im klinischen Alltag? Antworten gibt der erste Teil unserer neuen Serie „Arzneimittel in der Pflegepraxis“ ...

- 193 Editorial
- 194 Impressum
- 196 Kurzberichte
- 206 ImPuls der Wissenschaft
- 249 Stellenmarkt/Anzeigen

✕ = Schwerpunktthema
PR = Peer-Review-Verfahren

Titelbild: Andy Dean Photography/Fotolia

Pflegerat will Bundespflegekammer Selbstbestimmung der Pflege

Berlin – Deutschland braucht eine Bundespflegekammer und eine einheitliche Berufsordnung für die Pflege. Das hat Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerats (DPR), gefordert.

„Spätestens 2017 ist der Zeitpunkt gekommen, an dem wir eine Bundespflegekammer haben müssen“, sagt er dem Ärzteblatt anlässlich des Deutschen Pflegetages. Dies sei unabhängig von der Zahl der bestehenden Landespflegekammern. Auf Bundesebene müsse eine solche Institution die Interessen der Landespflegekammern vertreten, die es bis

dahin gebe. Sie solle zugleich diejenigen Bundesländer beraten, die noch nicht so weit seien, sagt er. In Rheinland-Pfalz ist vor kurzem die erste Landespflegekammer in Deutschland gestartet. Niedersachsen und Schleswig-Holstein wollen folgen. Westerfellhaus hält die Einrichtung der Pflegevertretungen für unerlässlich: Die Kammern stellen die Berufsgruppe als wichtige und ernstzunehmende Akteure in den Mittelpunkt, sagt er. Das bedeute Wertschätzung und zugleich das Ende der Fremdbestimmung. „Die Pflege bestimmt künftig

selbst“, so der DPR-Präsident. Die Pflegeberufe müssten anderen Gesundheitsberufen auf Augenhöhe begegnen können, betont auch der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, auf der Tagung.

Der DPR spricht sich zugleich für eine bundesweite Berufsordnung für die Pflege aus. Auch wünscht er sich laut Ärzteblatt, dass Pflegevertreter in den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgenommen werden. Der Deutsche Pflergetag 2016 findet vom 10. bis 12. März 2016 in Berlin statt. (pag)

Chronischer Schmerz: Kasse fordert nationales Gesundheitsziel Mehr Koordination und Kommunikation nötig

Berlin – In Deutschland gibt es 2014 etwa 3,25 Millionen chronische Schmerzpatienten. Trotz wichtiger Fortschritte muss ihre Versorgung deutlich verbessert werden. Zu diesem Ergebnis kommt der Barmer GEK-Arztreport. Die Kasse fordert, die Erkrankung mehr in den Fokus zu rücken. „Die Bekämpfung des chronischen Schmerzes muss zu einem nationalen Gesundheitsziel erklärt werden“, verlangt Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK. Es sei eine durchgängige Versorgungskette erforderlich, um durch interdisziplinäre Zusammenarbeit möglichst oft die Chronifizierung von Schmerzen zu verhindern. Aus seiner Sicht soll der Hausarzt eine Lotsenfunktion überneh-

men. Der Kassen-Chef spricht sich gegen einen Facharzt für Schmerzmedizin aus. Spezialisierungen hätten noch keine großen Versorgungsprobleme gelöst, meint Straub. Nötig seien vor allem mehr Koordination und Kommunikation.

Der Report zeigt, dass bei immer mehr Patienten chronische Schmerzen diagnostiziert werden. Die Zahlen sind stetig gestiegen – von 1,59 Prozent (2005) auf 4,02 Prozent (2014). Die Erkrankung ist innerhalb der Republik unterschiedlich verteilt. Am häufigsten trifft sie mit 5,79 Prozent die Menschen in Brandenburg. Es folgen Berlin (5,7 Prozent) und Thüringen (4,8 Prozent). Die geringste Rate wurde in Bremen mit 2,94 Prozent dokumentiert. Unterschiede gibt es auch nach

Geschlechtern und Generation. Chronische Schmerzen werden in allen Jahrgängen deutlich häufiger bei Frauen festgestellt, wobei die Zahlen mit dem Alter ansteigen. In der Gruppe der über 80-Jährigen waren 2014 etwa 13,2 Prozent betroffen. Das entsprach Diagnoseraten von 9,3 Prozent bei den Männern und 15,2 Prozent bei den Frauen. Bei den über 90-Jährigen sind es etwa zehn Prozent (Männer) und knapp 16 Prozent (Frauen).

Die Daten zeigen auch: Die Zahl der Patienten, die im Krankenhaus mit einer multimodalen Schmerztherapie behandelt wurden, hat sich von 2006 bis 2014 mit 61.000 mehr als verdoppelt. Das entspräche jedoch nur einem Fünftel aller Patienten, die potenziell für eine solche Therapie geeignet wären, sagt Straub. Er verweist darauf, dass die Versorgung mit multimodaler Schmerztherapie insbesondere unter Qualitätsgesichtspunkten nicht sichergestellt ist. „Wir unterstützen daher intensiv die Bemühungen seitens der Fachgesellschaften, verbindliche Qualitätskriterien für die multimodale Schmerztherapie im Krankenhaus zu entwickeln“, betont der Kassenvorstand.

Für ihre Auswertung hatten die Autoren vom AQUA-Institut die Diagnosen berücksichtigt, mit denen chronische Schmerzen ohne direkten Bezug auf ein Organ dokumentiert werden. Analysiert wurden Daten von 8,6 Millionen Barmer-GEK-Versicherten. (pag)



Foto: gstockstudio/Fotolia

Pflege: Angehörige nutzen Hilfestellung nicht Leistungen müssen einfacher und flexibler gestaltet werden

Berlin – Die meisten pflegenden Angehörigen sind zwar über Unterstützungsangebote der Pflegeversicherung informiert, nutzen diese aber kaum. Das zeigt eine im Rahmen des Pflege-Reports erhobene Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Der Befragung zufolge greifen 64 Prozent auf Pflegedienste zurück, alle anderen Angebote werden von weniger als jedem Fünften in Anspruch genommen. Jeder vierte Pflegehaushalt, der weder Pflegedienst noch Tagespflege oder Kurz- und Verhinderungspflege nutzt, gibt sogar an, dass er genau diese Leistungen eigentlich benötige. Als Gründe werden zum Beispiel Kosten, mangelnde Erreichbarkeit oder schlechte Erfahrungen erwähnt. Die am häufigste genannte Ursache: Viele Pflegebedürftige wollen nicht von einer fremden Person versorgt werden. Es zeige sich ein tief sitzendes Selbstverständnis von familiärer Pflege, in das Pflichtgefühl und Scham hineinspielen, sagt WIdO-Pflegeexpertin Antje Schwinger. Sie empfiehlt, mit guter Beratung und niedrigschwelligem Angeboten zu überzeugen.

Der spezifische Versorgungsmix aus familiärer und professioneller Pflege biete zwar gute Voraussetzungen für die Bewältigung des steigenden Pflegebedarfs, sagt Prof. Adelheid Kuhlmei vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Berlin. Aber dazu müssten die vorhan-

denen Potenziale auch voll ausgeschöpft werden. Die Mitherausgeberin des Reports sieht in einer gemeinsamen Ausbildung von Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege sowie der weiteren Akademisierung den richtigen Weg. „Bildung und Aufwertung, das ist die zentrale Botschaft, die wir dem Report entnehmen können“, betont sie. Kuhlmei fordert auch ein stärkeres Engagement von Kommunen und Männern. „Pflege ist überwiegend noch Frauensache. Die Gleichstellungsdebatte sollte auch auf diesen Bereich ausgeweitet werden“, sagt sie. Der Vorstandsvorsitzende des

AOK-Bundesverbands, Martin Litsch, verlangt angesichts der Ergebnisse des Berichts, die Regeln zu straffen: „Die Pflegeversicherung hat sich bewährt. Aber wir müssen ihre Leistungen noch einfacher und flexibler gestalten.“ Er schlägt vor, die Leistungen „Verhinderungspflege“ und „Kurzzeitpflege“ zusammenzulegen. „Statt hier zwei verschiedene Regelungen und Budgets vorzusehen, sprechen wir uns für die Bündelung aus“, so Litsch. Pflegenden Angehörige wüssten selbst am besten, wie sie während einer Auszeit das Geld am sinnvollsten einsetzen könnten. (pag)



(Foto: Alexander Rath/Photolia)

Verfassungsbeschwerde zurückgewiesen Pflegernotstand

Karlsruhe – Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat eine Beschwerde über den „Pflegernotstand“ in deutschen Heimen nicht zur Entscheidung angenommen (1 BvR 2980/14). Die Klage war nicht konkret genug.

Aus Sicht der 1. Kammer des Ersten Senats ist zu pauschal dargelegt worden, welche grundrechtlichen Schutzpflichten der Gesetzgeber unterlassen haben soll. Es sei nicht erläutert worden, warum die bestehenden landes- und bundesrechtlichen Regelungen

zur Qualitätssicherung evident unzureichend sein sollten. Auch hätten die Kläger nicht erklärt, inwieweit sich eventuelle Defizite in der Versorgung Pflegebedürftiger durch normative Eingriffe effektiv verbessern ließen. Die Verfassungsrichter betonten zudem, der Gesetzgeber habe grundsätzlich einen weiten Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum. Sie sehen die Kläger auch nicht unmittelbar in ihren Grundrechten verletzt. Selbst wenn diese ins Heim müssten, könnten sie sich

zwischen verschiedenen Anbietern entscheiden.

Geklagt hatten mehrere Personen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes in absehbarer Zeit möglicherweise vollstationäre Pflege benötigen. Mit ihrer Verfassungsbeschwerde wollten sie auf Missstände in deutschen Pflegeheimen aufmerksam machen. Sie argumentierten, bisherige Reformen und Gesetzesnovellen hätten keine spürbare Verbesserung der Situation von Pflegeheimbewohnern gebracht. (pag)

Neue Ideen für Menschen mit Demenz Wettbewerb »Alzheimer & You«

Berlin – Mit ungewöhnlichen Innovationen Menschen mit Demenz helfen: Ein Wettbewerb der Deutschen Alzheimer Gesellschaft prämiert zukunftsweisende Arbeiten von Jugendlichen. Zu den Preisträgern 2016 zählen eine App für Menschen mit Demenz und deren Angehörige, ein sprechender Bilderrahmen und ein futuristisches Armband mit Timer und Navigation.

Mehr als 140 Jugendliche im Alter von 12 bis 21 Jahren stellten sich der Herausforderung und nahmen am Wettbewerb „Alzheimer & You – Zeig Deinen Erfindergeist“ teil. Sie tüftelten an Ideen, wie der Alltag für Demenzerkrankte oder ihre Angehörigen erleichtert oder verschönert werden kann. Die Erfindungen setzen bei unterschiedlichen Alltagssituationen an: Orientierung, Erinnerung

oder Selbstbestimmung. „Viele Ideen basieren auf Erfahrungen, die Jugendliche im regelmäßigen Kontakt mit Menschen mit Demenz gemacht haben. Ein kreativer Umgang mit den Herausforderungen kann zu einem besseren Gespür für den Alltag führen“, erklärt Sabine Jansen, Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

Ann-Kathrin B. und Hanna P. aus Neidenstein überzeugten mit einer technischen Lösung: Sie entwickelten eine App, die beim Erinnern unterstützt. Außerdem hilft sie, den Alltag für an Demenz erkrankte Menschen und deren Betreuer besser zu strukturieren und abwechslungsreicher zu gestalten. Der zweite Platz wurde für einen sprechenden digitalen Bilderrahmen an Naomi B. aus Amorbach vergeben. Menschen,

die an Demenz erkrankt sind, sehen im Bilderrahmen nicht nur ein vertrautes Gesicht, sondern hören auch eine vertraute Stimme. Das hilft beim Erinnern und weckt positive Empfindungen. Den dritten Platz erhalten Jonas M., Marius K. sowie Janis T. aus Amorbach für eine Idee, deren Realisierung noch in der Zukunft liegt: Ein futuristisches Armband enthält Informationen, die im Alltag nützlich sind und beim Erinnern helfen. Eingebaut sind unter anderem ein digitaler Timer und ein Navigationssystem. Ebenfalls mit dem dritten Platz ausgezeichnet wurde Anna P. aus Berlin für ihre Idee: Sie empfahl die Aufnahme von Sprachnotizen und Videos von vertrauten Personen, die den Erkrankten Geborgenheit vermitteln. (pag)

Gesundheitsausgaben steigen auf 328 Milliarden Euro Kosten für ambulante Pflegeeinrichtungen steigen am meisten

Wiesbaden – Die Deutschen haben für Gesundheit im Jahr 2014 insgesamt 328 Milliarden Euro aufgewendet. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, ist das im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg von 13,3 Milliarden Euro (+4,2 Prozent). Damit entfielen auf jeden Einwohner 4.050 Euro (2013: 3.902 Euro). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag bei 11,2 Prozent. Gegenüber dem Jahr 2013 blieb der Wert unverändert.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) war auch 2014 der größte Kostenträger im Gesundheitswesen (191,8 Milliarden Euro, +5,6 Prozent). Die privaten Haushalte wendeten 43,2 Milliarden Euro auf (+1,5 Prozent). Auf Rang drei folgt die private Krankenversicherung mit 29,3 Milliarden Euro (+0,8 Prozent).

Die Ausgaben für Güter und Dienstleistungen im ambulanten Sektor machten 2014 mit 163,5 Milliarden Euro fast die Hälfte der Gesamtkosten aus (49,8 Prozent, +5,2 Prozent). Die stärksten Anstiege gab es in den ambulanten Pflegeeinrichtungen (+7,8 Prozent, auf 13,3 Milliarden Euro). Auf den (teil-)stationären Sektor entfielen



37,6 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Die Kosten erhöhten sich um 4 Prozent auf 123,4 Milliarden Euro. Die wichtigsten (teil-)stationären Einrichtungen waren die Krankenhäuser (+4,3 Prozent, 85,9 Milliarden Euro), gefolgt von den Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege (+3,2 Prozent, 28,5 Milliarden Euro).

Die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung folgen zur internati-

onalen Vergleichbarkeit dem Konzept des „System of Health Accounts“. Sie umfassen Güter und Leistungen mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, die Kosten der Verwaltung sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Aufwendungen für Forschung und Ausbildung sowie für krankheitsbedingte Folgen und Einkommensleistungen sind nicht enthalten. (pag)

Pflegeberufe-Verordnung Ministerien legen Eckpunkte vor

Berlin – Die Bundesregierung will mit der Pflegeberufe-Reform die Ausbildung der derzeitigen Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege vereinheitlichen. Details zu Lehr- und Prüfungsinhalten soll eine Verordnung regeln. Dafür haben die Bundesministerien für Gesundheit sowie Familie nun Eckpunkte vorgelegt.

Diese treffen detaillierte Regelungen zu Dauer und Struktur, zur inhaltlichen Gestaltung sowie zum praktischen Teil der beruflichen Pflegeausbildung. Insgesamt soll sie zum Beispiel künftig mindestens 4.600 Stunden (bisher 4.800) umfassen. 2.100 Stunden sind für theoretischen und praktischen Unterricht durch die Pflegeschule, 2.500 für die praktische Ausbildung vorgesehen. Jeweils 400 Stunden davon sind für die stationäre Akutpflege, die stationäre Langzeitpflege sowie die ambulante Akut-/Langzeitpflege festgelegt. Jeweils 120

Stunden müssen alle Pflegeschüler in der pädiatrischen und psychiatrischen Versorgung verbringen.

Wahlmöglichkeiten sollen gewährleisten, dass spezielle Inhalte in der Kinderkrankenpflege im Umfang von bis zu 1.400 Stunden möglich sind, sofern sich die Auszubildenden darauf spezialisieren wollen. Derzeit werden diese Inhalte nach Angaben der Bundesregierung in 1.200 Stunden vermittelt. 3.400 Stunden wären gemeinsame Themen der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege, heißt es in den Eckpunkten.

Neben Stundenzahlen formuliert die Verordnung Näheres zur staatlichen Prüfung, Praxisbegleitung und -anleitung sowie zum berufsqualifizierenden Pflegestudium.

Die Reform sieht künftig eine gemeinsame Grundausbildung für Pflegeberufe vor, die auf einen Einsatz in allen Arbeitsfeldern vorbereitet.

Daran schließt sich ein Wahlbereich an. Das Schulgeld wird abgeschafft, stattdessen erhalten die Auszubildenden eine Vergütung. Die gemeinsame Grundausbildung soll es den Fachkräften ermöglichen, später leichter zwischen den einzelnen Berufen wechseln.

Der Entwurf des Gesetzes soll noch in diesem Jahr verabschiedet werden. Die Regierung plant, dass der erste Ausbildungsjahrgang ab 2018 startet. Insgesamt sind die Pläne der großen Koalition heftig umstritten. Kritik gab es von Ärzten, Opposition und Fachverbänden unter anderem daran, dass spezielle Inhalte etwa in der Kinderkrankenpflege nicht mehr vermittelt werden. Die Altenpflege sorgt sich bei einer Generalistik um Nachwuchs. Gegenwind kam zuletzt auch vom Bundesrat. Die Länderkammer hatte gefordert, den Start auf 2019 zu verschieben. (pag)

Anzeige



Kennen Sie schon die leckeren Pürierten mit besonders viel Energie?



Unsere Empfehlung für Ihre Dysphagie-Patienten: winVitalis Menüs „Püriert natur plus“ von apetito.

- Samtig-fein püriert, angenehm schluckbar
- Natürlich lecker, appetitlich geformt
- Ideal bei möglicher Mangelernährung
- Fix und fertig, tiefkühlfrisch nach Haus geliefert

Jetzt informieren
und bestellen:
www.winVitalis.de/
pflegezeitschrift



> Gute Argumente für eine generalistische Ausbildung

Die neue Pflegeausbildung funktioniert, und sie ist dringend geboten

ANDREAS WESTERFELLHAUS

Pro

Am 18. März 2016 hat sich der Deutsche

Bundestag in erster Lesung mit dem Entwurf des Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) befasst. Die Einbringung des Gesetzentwurfes ist eine gute Nachricht für alle professionell Pflegenden. Sind sie es doch, die eine Neureglung der Ausbildung seit langem zu Recht fordern.

Ziel des Gesetzes ist es, die drei Pflegefachberufe „Altenpflege“, „Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ zu einem neuen Pflegeberuf mit einem einheitlichen Berufsabschluss zusammenzuführen und dabei die Anforderungen an eine moderne Pflegeausbildung in den Mittelpunkt zu setzen.

Die Diskussion um die neue Pflegeausbildung mit Schwerpunktsetzung wird seit fast zehn Jahren geführt. Zahlreiche Argumente des Für und Wider eines solchen Schritts wurden abgeklopft. Über 40 Modellversuche haben letztlich bewiesen: Die neue Pflegeausbildung funktioniert, und sie ist dringend geboten.

Denn immer mehr Pflegebedürftig in der ambulanten und stationären Altenpflege benötigen eine medizinisch orientierte Versorgung. Gleichzeitig werden immer mehr alte und hochbetagte Patientinnen und Patienten mit mehreren Erkrankungen und zunehmenden Alterserkrankungen, wie beispielsweise Demenz, in Krankenhäusern versorgt. Hier wird die neue Pflegeausbildung zu einer der wichtigsten Antworten auf die Herausforderungen des demografischen und epidemiologischen Wandels. Das macht jedoch veränderte Kompetenzprofile erforderlich, die ausge-

bildet werden müssen. Pflege muss künftig auf Kompetenzen aufbauen, die übergreifend gelten. Sie muss sich zeitgleich mit dem Pflegebedürftigsein und dem Kranksein auseinandersetzen. Die dabei an die Pflege gestellten Aufgaben müssen unmittelbar beim hilfebedürftigen Menschen geleistet werden können.

Mithilfe der generalistischen Pflegeausbildung wird es erstmals gelingen, die erforderlichen pflegerischen Kompetenzen für pflegebedürftige und kranke Menschen jeden Alters in den Mittelpunkt zu stellen. Mit ihr wird zudem endlich gesetzlich anerkannt, dass Pflege einen ureigensten Bereich hat, der als sogenannte vorbehaltene Aufgaben definiert wird.

Die neue Pflegeausbildung baut auf den Stärken und Besonderheiten der drei bisherigen Pflegefachberufe auf. An der Qualität der pflegerischen Ausbildung darf dabei nicht gerüttelt werden. Dass muss im weiteren Gesetzgebungsverfahren die oberste Prämisse sein.

Die Reform der Pflegeausbildung ist eine gute Nachricht für alle professionell Pflegenden. Ihre Arbeit wird dadurch aufgewertet. Die neue Ausbildung wird zu besseren Karrierechancen und zu einer besseren Bezahlung, insbesondere in der Altenpflege führen. Durch die reformierte Ausbildung haben die zukünftigen Pflegefachpersonen zudem mehr Möglichkeiten für einen Wechsel innerhalb des Berufsfeldes. Das steigert die Attraktivität des Berufsbildes Pflege, auch hier insbesondere das der Altenpflege, und fördert den längeren Verbleib im Pflegeberuf. Dies alles sind wichtige Bausteine dafür, dass sich aufgrund der neuen Pflegeausbildung mehr Menschen für den Pflegeberuf entscheiden werden. <<



Andreas Westerfellhaus

Autorenkontakt:

Andreas Westerfellhaus, Krankenpfleger/
Fachkrankenschwester für Intensivpflege
und Anästhesie, Lehrer für Pflegeberufe,
Betriebswirt – Fachrichtung Sozialwesen,
Präsident des Deutschen Pflegerats e.V.
Kontakt: a.westerfellhaus@deutscher-
pflegerat.de

> Weshalb eine generalistische Ausbildung keine Vorteile bringt.

... nein, sie schadet Wirtschaft, Bildung und Gesellschaft

URSULA KRIESTEN

Contra

Die Frage ist, welche Pflegequalität wir in einer

Gesellschaft mit dem größten Altershilfe- und Pflegebedarf der Menschheitsgeschichte haben wollen. Die Pflegeberufereform, bei der eine Generalisierung der drei Pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege) hin zu einer „allgemeinen Pflege“ geplant ist, ist nicht vom jeweiligen Klienten und seinen spezifischen Bedürfnissen her gedacht, sondern von den Verwertungsinteressen von Pflegegeneralisten, wird mindestens 320 Mio. € jährlich mehr kosten, eine verfassungsrechtlich fragwürdige Finanzierung bewirken, sowie eine medizinalisierte Pflege in Arztabhängigkeit produzieren.

Eine generalistische Pflegeausbildung:

1. entspricht nicht dem Aufkommen an altersspezifischen Sorge- und Pflegebedarfen und widerspricht den Herausforderungen und Chancen des altersdemografischen Wandels.
2. entwickelt die sozial ausgerichtete Altenpflege zu einer medizinisierten (Kranken-)Pflege im Alter.
3. vernachlässigt die Ausbildungsinhalte zum Wohnen, zum Sozialraum und Lebensort und zur regionalen kulturellen und sozialen Teilhabe alter Menschen sowie die zur Altenpflege und -hilfe spezifischen institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen.
4. erhöht das Risiko eines zusätzlichen Pflegefachkräftemangels, da die Hoffnung darauf, dass eine generalisierte Pflegeausbildung attraktiver als die drei jetzigen Pflegeausbildungen sein soll, nicht bewiesen ist. Vielmehr widerlegen erste empirische Erhebungen eine Attraktivitätssteigerung einer generalistischen Pflegeausbildung.

5. provoziert weniger Wege in weniger Pflegeberufe und verhindert den wichtigen Wettbewerb zwischen den Berufen.
6. schafft ein nicht definiertes Berufsprofil mit unklarem Outcome für Klienten und Unternehmen.
7. wird den Verlust von Ausbildungsplätzen, Altenpflegesschulen und vieler Lehrkräfte provozieren, die einer Generalisierung nicht zustimmen.
8. wird durch die gewünschte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten und den Rückgang sozialpflegerischer Aufgaben den Ursprung der Pflege entkernen sowie den Fachkräftemangel der Ärzte kompensieren.
9. schafft eine unklare Berufs- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegegeneralisten mit Basiskennntnissen zur „Allgemeinen Pflege“ (wie sie von der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie vorgesehen ist). Nicht spezifisch qualifiziertes Personal hat generell geringere Verdienst- und unattraktivere Beschäftigungsmöglichkeiten. Alle Pflegegeneralisten bedürfen einer anschließenden Spezialisierung. Die Kostenübernahme dieser Weiterbildungen ist nicht geklärt.
10. lenkt durch den umfassenden Systemumbau von den aktuell bekannten und dringend zu optimierenden Rahmenbedingungen der (Alten-)Pflegebranche ab.

Bei dem geplanten neuen Pflegeberufegesetz handelt es sich primär um eine Rationierung von Pflegeinhalten und -bildungsstrukturen. Dies würde eine Reduzierung von Wissen und Können bewirken, eine Basispflegeausbildung und Basisversorgung schaffen, sowie Standardisierung und Entindividualisierung der Pflege von Patienten und von Menschen mit Alterspflegebedarf bewirken. Die Auflösung der Altenpflege als Ausbildungsbe-



Ursula Kriesten

ruf würde absehbar eine Neuentwicklung dieses oder eines ähnlichen Berufsprofils (wie mit der Betreuungsassistenz bereits geschehen) und weitere berufsfeldspezifische Kurzausbildungen provozieren. Somit würden durch die generalistische Pflege in der Altenpflege wieder prekäre Beschäftigungsangebote im Niedriglohnssektor geschaffen, vorzugsweise für Frauen, und die Qualität der Pflege abgesenkt. Diese Effekte und die vernachlässigte „Befähigung zur alter(n)spezifischen Sorge“ in einer generalistischen Pflegeausbildung können negative volkswirtschaftliche, bildungssystematische, wissenschaftliche, ökonomische und soziale Folgen nach sich ziehen. <<

Autorenkontakt:

Ursula Kriesten, MBA, Krankenschwester, Lehrerin für Gesundheits- und Pflegeberufe, Abschluss eines Betriebswirtschafts- und Managementstudiums, Mitglied im Bundesvorstand des DBVA, Stellv. Vorsitzendes des AAA
Kontakt: u.kriesten@googlemail.com

> Die Pflege-Fachmesse mit Kongress in Süddeutschland

PFLEGE PLUS in Stuttgart vom 25. bis 28. April 2016

In diesem Monat ist es wieder soweit: Fachbesucher und Experten der Pflegebranche treffen sich auf der Fachmesse PFLEGE PLUS auf dem Messegelände der baden-württembergischen Landeshauptstadt. Die zweijährig stattfindende Fachmesse bringt die Branche aus Süddeutschland und dem angrenzenden Ausland bereits seit 1995 zusammen ...

Neben den Neuheiten und Trends an den Messeständen der knapp 200 Aussteller ist das hochkarätige Kongressprogramm ein wichtiges Standbein im Messekonzept. Mit Vorträgen von namhaften Experten und Diskussionsrunden mit Entscheidern der Branche ist der Kongress ein bewährtes Element zur beruflichen Fortbildung und bietet fachlichen Austausch auf Top-Niveau. Etwa 7.500 Besucher werden erwartet, für

die insbesondere die Kombination aus Fachmesse und Kongress eine überzeugende Möglichkeit zur Fortbildung während der drei Veranstaltungstage darstellt.

Der Kongress bietet zwei besondere Keynotes: Der Zukunftswissenschaftler Prof. Dr. Horst W. Opaschowski spricht am 26. April zur Messeeröffnung über die „Revolution auf leisen Sohlen. Zukunftsperspektiven einer alternden Bevölkerung“. Er wird spannende Parallelen zur demografischen Entwicklung und den Konsequenzen für den Pflegemarkt ziehen. Am 28. April wird

Business Coach Karin Probst in einem Vortrag „Gesunder Egoismus – oder der schmale Grat, sich besser abzugrenzen“ Mechanismen zeigen, wie sich die Herausforderungen des Alltags gelassen meistern lassen.

Das Kongressprogramm bietet 72 Vorträge: Knapp ein Drittel des Angebots richtet sich dabei an das Manage-

ment von Pflegeeinrichtungen sowie Kliniken. Beleuchtet werden Themen wie Marketing, Unternehmensplanung, Rechtsfragen, Mitarbeiterführung und Personalmanagement. Der Deutsche Verein für Krankenhaus-Controlling – Management und Controlling in der Gesundheitswirtschaft (DVKC) veranstaltet am 26. und 27. April im Rahmen der PFLEGE PLUS erstmals seinen Pflegemanagement-Kongress.

Die weiteren Kongressvorträge stellen wichtige Aspekte der täglichen Arbeit in den Mittelpunkt, u.a. Anforderungen der Pflegedokumentation, Wundversorgung, der Umgang mit Demenz oder Neues rund um die Ausbildung.

Im Messebereich der Halle 4 diskutieren zudem im Kohlhammer Forum namhafte Referenten, Impulsgeber der Branche und bekannte Buchautoren zu aktuellen Trends

wie zum Beispiel „Coolout in der Pflege“ (Karin Kerstin), „Aktivierend-therapeutische Pflege“ (Friedhilde

Bartels) und „Generalistische Pflegeausbildung“ (Karin Reiber). Auf der PFLEGE PLUS-Aktionsfläche erleben Fachbesucher interaktiv und praxisnah darüber hinaus das Angebot von Partnern und Ausstellern. Zu Pflegeanwendungen, Kinaesthetics, Ernährung, Aktivierung, Hygiene und Pflegedokumentation gibt es wertvolle Impulse für den Arbeitsalltag. Anmeldungen zum Kongress unter www.pflegeplusmesse.de/kongress <<

PFLEGE PLUS



> Teamwork zwischen Pflege und Medizin

Die Zukunft gehört den Interprofessionellen

MONIKA BACHMANN

Pflegefachpersonen und Ärzte sind aufeinander angewiesen, doch sie kooperieren nicht immer wie gewünscht. Deshalb trainieren in Bern Studierende der Pflege und Medizin die interprofessionelle Zusammenarbeit schon während der Ausbildung. Sie sind in den Augen der Expertin «die Generation der Zukunft».



Foto: © BZ Pflege

Hektik im Krankenhausalltag. Pflegefachpersonen eilen von Zimmer zu Zimmer und versorgen die Patienten. Anschließend geht's zum Rapport. Gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten werden die wichtigsten Fragen des Tages besprochen. Die Zeit ist knapp. Umso wichtiger sind Kommunikation und Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen – oder anders gesagt: Teamwork. Davon ist Claudia Schlegel, Leiterin des Lernbereichs Training und Transfer am Berner Bildungszentrum Pflege (BZ Pflege), überzeugt. «Die Herausforderungen im klinischen Alltag werden ständig größer», sagt die Expertin. Es brauche deshalb eine optimale Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin. Um angehenden Pflegepersonal sowie Ärzte für diese Teamarbeit zu sensibilisieren, hat das BZ Pflege gemeinsam mit dem Institut für Medizinische Lehre und dem Institut für Anatomie der Universität Bern

ein «interprofessionelles Unterrichtsetting» geschaffen. Studierende der Medizin und Pflege haben somit die Möglichkeit, Einblicke in die Tätigkeit der jeweils anderen Berufsgruppe zu erhalten und die gegenseitige Verständigung zu trainieren. «Sie lernen von, mit- und übereinander und gewinnen dadurch Vertrauen in die Kompetenzen der anderen Disziplin», erklärt Claudia Schlegel. Das Ziel der berufsübergreifenden Lernsettings ist klar: «Wir arbeiten an der zukünftigen Generation von Fachpersonen der Pflege und Medizin.»

Eine andere Optik

Martina Schwendimann ist eine von ihnen. Die 22-Jährige befindet sich zurzeit in der Ausbildung zur diplomierten Pflegefachperson. Sie hat in verschiedenen Praktika erfahren, dass die Zusammenarbeit und die Kommunika-

tion zwischen Pflege und Ärzteschaft nicht immer optimal laufen. Deshalb setzt sie sich aktiv mit dem Verhältnis der beiden Berufsgruppen auseinander und beteiligt sich am interprofessionellen Unterricht. Sie profitiere davon, sagt Martina Schwendimann – und führt aus: «Mir ist es wichtig, die Kompetenzen von Pflege und Medizin und damit verbunden auch die jeweiligen Grenzen zu kennen.» Zudem finde sie es hilfreich, mehr über die Ausbildung der angehenden Ärztinnen und Ärzte zu erfahren. Medizinstudentin Anja Lehmann, die an einem interprofessionellen Wahlpraktikum mitgemacht hat, pflichtet ihr bei. «Ich konnte mich im Unterricht vertieft mit den Aufgaben der Pflege auseinandersetzen», sagt die angehende Ärztin. Zudem habe sie im Rahmen eines Rollenspiels die Optik der Patienten besser verstehen gelernt. «Mein Horizont hat sich dadurch erweitert», betont die 20-Jährige.

Rollenspiele mit Feedback

Diese Horizonterweiterung streben die Organisatoren mit ihrem Angebot an, denn der interprofessionelle Unterricht ist zurzeit noch nicht prüfungsrelevant und die Teilnahme somit nicht verbindlich. Trotzdem stellt Ulrich Woermann vom Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern fest, dass die Angebote auf ein positives Echo stoßen. «Die Medizinstudierenden sind sehr offen und interessieren sich für den Pflegeberuf.» Das zeigt sich jeweils im ersten und dritten Semester, wenn sich Lernende beider Berufsgruppen im Rahmen eines Wahlpraktikums treffen und einander gegenseitig die Inhalte ihrer Ausbildung präsentieren. Anschließend geht es zur Sache: Am BZ Pflege, wo der erste Teil des Seminars durchgeführt wird, üben die Teilnehmenden zum Beispiel, wie man einem Patienten das Essen eingibt oder wie die Mundhygiene durchgeführt wird. Dabei nehmen die Studierenden



Foto: photophonie/Bachmann

verschiedene Funktionen und Perspektiven ein. Einmal spielen sie den Patienten, dann eine Pflegefachperson oder sie nehmen die Beobachterrolle ein. Danach profitieren sie von differenzierten Feedbacks. «Diese praktischen Übungen kommen bei den Medizinstudierenden gut an», sagt Ulrich Woermann.

Positive Erfahrungen machen

Eine weitere interprofessionelle Begegnung findet statt, wenn die Pflegestudierenden das Institut für Anatomie der Universität Bern aufsuchen. Dort führen angehende Ärztinnen und Ärzte unter Anleitung von Gudrun Herrmann, Leiterin Didaktische Morphologie, das Mikroskopieren vor. In einer zusätzlichen Sequenz wird demonstriert, wie etwa der Verdauungstrakt funktioniert. Die Lernenden der Pflege erforschen dann mittels Ultraschall den eigenen Oberbauch. Gudrun Herrmann stellt während des Unterrichts regelmäßig fest, «wie wenig die beiden Berufsgruppen

voneinander wissen.» Sie hofft deshalb, dass die angehenden Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen die positiven Erfahrungen mitnehmen und später im Berufsalltag umsetzen werden. Für den Pflegestudierenden Fritz Voser hat sich der Besuch im Institut für Anatomie gelohnt. Beeindruckt habe ihn nicht nur das naturwissenschaftlich geprägte Lernen der Medizinstudierenden, sondern auch der Veranstaltungsort. Er sagt: «Ich würde es begrüßen, wenn wir im Lauf der Ausbildung weitere Möglichkeiten hätten, um die Infrastruktur der anderen Berufsgruppe zu nutzen.»

Die WHO steht dahinter

Was in Bern in kleinem Rahmen stattfindet, wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als «innovative Strategie» anerkannt und von der Gesellschaft für medizinische Ausbildung seit geraumer Zeit gefordert. Die beiden Institutionen empfehlen eine stärkere Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen – zum Schutz und zur Sicherheit der Pati-

entinnen und Patienten. Was passieren kann, wenn sich Ärzte und Pflegefachpersonen nicht richtig verständigen, ist den Experten längst bekannt: «Mangelnde Kommunikation oder gar Misstrauen zwischen den Berufsgruppen kann im schlimmsten Fall zum Tod des Patienten führen», sagt Claudia Schlegel. Dies belegen Fälle aus verschiedenen Ländern. In Bern orientiert man sich deshalb an den Empfehlungen der WHO oder an Beispielen aus Ländern wie Kanada oder England, wo die interprofessionelle Ausbildung schon länger Realität ist. Allerdings haben die Verantwortlichen in der Schweiz mit logistischen Problemen zu kämpfen. Pflege- und Medizinausbildungen sind unterschiedlichen Institutionen angegliedert und die jeweiligen Curricula weichen stark voneinander ab. «Wir finden bei der Planung kaum gemeinsame Zeitfenster», stellt Ulrich Woermann fest.

Kommunikation als Schlüssel

Die Studierenden nutzen derzeit die bestehenden Angebote und machen mit ihren Rückmeldungen klar, dass der gemeinsame Unterricht ausgebaut werden sollte: «Ich finde, interprofessionelles Lernen müsste im zweiten und dritten Ausbildungsjahr, wenn beide Berufsgruppen über ausreichend Wissen verfügen, zwingend stattfinden», sagt der Pflegestudierende Fritz Voser. Besonders gefragt sind bei den Lernenden die gemeinsamen Kommunikationstrainings, welche anhand von konkreten Patientenfällen und mit Fokus auf das

Zusammenfassung

Die Komplexität von klinischen Aufgaben stellt hohe Anforderungen an Pflegefachpersonen und Ärzte. In Bern trainieren deshalb Studierende der Pflege und Medizin die interprofessionelle Zusammenarbeit bereits während der Ausbildung. Das Berner Bildungszentrum Pflege und die Universität Bern haben «interprofessionelle Unterrichtsettings» geschaffen. Studierende beider Disziplinen gewinnen damit Einblicke in die jeweils andere Tätigkeit und üben die Verständigung. Das Projekt ist im Sinne der Weltgesundheitsorganisation, die eine stärkere Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen empfiehlt.

Schlüsselwörter: Interprofessionelle Zusammenarbeit, interprofessioneller Unterricht, transdisziplinäre Kommunikation

Interprofessioneller Unterricht – Erfahrungen und Tipps

Wie geht man bei der Planung von interprofessionellen Unterrichtssettings am besten vor? Das Berner Bildungszentrum Pflege (BZ Pflege) und das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern beantworten diese Frage in einem «Workflow».

Seit rund vier Jahren bieten Ausbildungsinstitutionen der Pflege und Medizin in Bern gemeinsame Unterrichtssettings an. Mit dieser Methode will man das zukünftige Fachpersonal des Gesundheitswesens für eine Zusammenarbeit sensibilisieren und in einem frühen Stadium der Ausbildung Verständnis für den jeweils anderen Beruf wecken. Denn: «In interprofessionellen Teams stecken eine Menge Fachwissen und vielfältige Fähigkeiten», so Claudia Schlegel vom BZ Pflege. Die Auswertung des Angebots bestätigt die Anbieter, denn viele Studierende äußern sich positiv – und zuweilen auch überrascht über ihre Erfahrungen: «Ich habe einen Blick aus einer bislang unbekanntem Perspektive auf den Gesundheitszustand einer Patientin erhalten», schreibt ein Medizinstudent. Und eine Lernende der Pflege meldet zurück: «Die Zusammenarbeit ist für das Wohlergehen des Patienten sehr wichtig.» Die Anbieter des berufsübergreifenden Unterrichts haben ihre Erfahrungen bei der Planung und Realisierung nun in einen «Workflow» verarbeitet, der interessierten Ausbildungsstätten als Orientierung dienen soll. Der «Workflow» fokussiert die Bereiche Planung, Umsetzung und Evaluation.

Planung

Bei der Planung sei in erster Linie nach «gleichgesinnten Mitstreitern» in anderen Bildungseinrichtungen zu suchen, denn für die Umsetzung von interprofessionellen Unterrichtssettings brauche es «visionäre Persönlichkeiten und Pioniergeist», heißt es im «Workflow»-Dokument. In einem nächsten Schritt muss ein Netzwerk aufgebaut werden, auf dessen Basis ein berufsübergreifendes Ausbildungskonzept entstehen kann. Dieses Netzwerk setzt sich idealerweise aus Vertreterinnen und Vertretern von Berufspraxis, Politik, medizinischen Leistungsträgern, Patientengruppen und den Leitungsgremien der beteiligten Bildungsinstitutionen zusammen. Anschließend sollte in den beteiligten Ausbildungsstätten nach Personen gesucht werden, die sich mit Interprofessionalität identifizieren und bereit sind, sich für die Sache zu engagieren.

Durchführung

Geht es zur Umsetzung, sollte laut den Initianten jede Berufsgruppe anhand ihrer Lernziele ein Szenarium für ihre Schule entwickeln. Der gemeinsame Unterricht sei wenn möglich an allen beteiligten Bildungsinstitutionen zu planen und durchzuführen. Studierende würden so eine gute Vorstellung vom Lehrplan und von der Lehr- und Lernkultur der jeweils anderen Ausbildung erhalten. Was den Durchführungszeitpunkt betrifft, könne ein früher Zeitpunkt Vorteile bringen, denn zu Beginn der Ausbildung seien die Studierenden noch nicht durch ihren Beruf geprägt und daher offen für die andere Disziplin. Die eigentlichen Herausforderungen sind laut den Bildungsverantwortlichen die unterschiedlichen Stundenpläne und Curricula der beiden Berufsgruppen. Deshalb müssten Termine und Räume frühzeitig geplant und reserviert werden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Briefing: Alle beteiligte Lehrkräfte und involvierte Studierende benötigen eine professionelle Anleitung und müssen über Sinn, Zweck und Lernziele der interprofessionellen Ausbildung informiert sein.

Evaluation

Zum Schluss des «Workflows» äußern sich die Bildungsverantwortlichen zur Auswertung. Sie diene der Qualitätssicherung und die Resultate könnten zur Weiterentwicklung, Verbesserung und Anpassung des Angebots genutzt werden. Da eine Verhaltensänderung bekanntlich Zeit braucht, wird empfohlen, die Evaluation nicht direkt nach dem Unterricht vorzunehmen. Studierende sollten zuerst die Gelegenheit erhalten, ihr neues Verhalten zu entwickeln.

Thema Ethik durchgeführt werden. Da stellt sich ihnen zum Beispiel die Frage, wie mit einer Angehörigen umgegangen werden soll, die verlangt, dass ihre demenzkranke Mutter zwangsernährt wird. «Das sind Themen, die für Diskussionen sorgen», bemerkt Claudia Schlegel. Anhand solcher Lernsettings werden die unterschiedlichen Haltungen zwischen den Berufsgruppen deutlich, die später im Klinikalltag zu Konflikten führen

können. «Es ist deshalb zentral, dass die Studierenden während der Ausbildung mehr übereinander erfahren und somit das Vertrauen in die Kompetenz der anderen Berufsgruppe wächst», erklärt die Berufsbildnerin.

Die Vorbilder von morgen

Wie wirksam diese Ausbildungsmethode ist, kann derzeit noch nicht nachge-

wiesen werden. Die Initianten machen klar, dass sich die Nachhaltigkeit des interprofessionellen Lernens erst über Jahre hinweg zeigen werde. Die Botschaft lautet: «kleiner Output, großer Outcome». Eine entscheidende Rolle werden dabei die Vorbilder in der Praxis spielen. Ulrich Woermann sagt: «Wir legen in der Ausbildung zwar den Grundstein für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit.» Ziehe die Praxis aber nicht mit, sei das Gelernte rasch vergessen. «Die Erfahrung zeigt, dass Assistenzärzte sehr schnell das Verhalten ihrer Vorgesetzten übernehmen», so Woermann. In Bern erhoffen sich die Bildungsverantwortlichen, dass die Studierenden von heute ihre interprofessionellen Erfahrungen dereinst in die Praxis tragen werden und somit zu den Vorbildern von morgen werden. Denn: «Eine Berufsgruppe allein wird die wachsenden Herausforderungen nicht mehr meistern können», ist Claudia Schlegel überzeugt. <<

Weiter Informationen zum Thema:

Claudia Schlegel, Berner Bildungszentrum Pflege: claudia.schlegel@bzpflege.ch, www.bzpflege.ch

Autorenkontakt:

Monika Bachmann, Bachmann Kommunikation Bern,
www.bachmann-kommunikation.ch

Interprofessionelle Lernerfahrung im Pflege- und Medizinstudium

Die gemeinsame Kommunikation sowie die Zusammenarbeit von Pflegepersonal und Ärzten sollte von Beginn an (schon im Studium) gefördert werden. Bislang gibt es nur wenige Modellversuche, in denen unterschiedliche Professionen des Gesundheitswesens miteinander lernen.

Die interprofessionelle Bildung im Gesundheitswesen verbindet die verschiedenen Professionen (bspw. Arzt-Pflege-Therapieberufe) und kann zur Erhöhung der Sicherheit und der Qualität im Gesundheitswesen beitragen. Die Implementierung dieses Ansatzes ist hingegen mit einigen Barrieren verbunden. Beispielsweise lassen sich hier unflexible Lehrpläne, hoher Organisations- und Verwaltungsaufwand, verschiedene Lehrmethoden sowie die Frage der finanziellen Mittelbereitstellung nennen. Teamwork und Zusammenarbeit kommen nicht natürlich zustande, da oft noch das Hierarchiedenken mit den Ärzten an der Spitze bestimmend ist.

Die vorgestellte amerikanische Studie verfolgt zwei Fragen: Wie nehmen Pflege- und Medizinstudierende interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit wahr? Welcher Effekt zeigt sich nach drei Semestern interprofessioneller Lernerfahrung auf die Wahrnehmung dieser Studierenden?

Methode

Die Untersuchung erfolgte mittels Fragebogen zur Messung der Wahrnehmung von interprofessioneller Arbeit. Die beiden verwendeten Skalen werden laut Autoren als „Goldstandard“ in der Pflege-Arzt-Forschung genutzt. Befragt wurden Medizinstudierende im ersten Jahr und Pflegestudierende im dritten Jahr ihres Studiums, die an dem Projekt

beteiligt waren. In der Kontrollgruppe bestand die gleiche Studierendenzusammensetzung, wobei diese Studierenden jedoch keine interprofessionellen Lerneinheiten durchführten. Das Studiendesign bestand aus einer Vorher-Nachher-Befragung.

Ergebnisse

Ungefähr 70 % der befragten Studierenden waren Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 26,3 Jahre. Statistisch signifikante Unterschiede ergaben sich zum einem beim zeitlichen Verlauf (Vorher-Nachher) und zum anderen unter den verschiedenen Professionen bei der Vorher-Befragung.

Diskussion

Medizin- und Pflegestudierende unterschieden sich in ihren Einstellungen hinsichtlich der Kommunikation und Zusammenarbeit. Während der Zeit haben sich die Einstellungen der beiden Gruppen zum weniger Positiven hin entwickelt. Bei der Befragung zum 2. Zeitpunkt hatten die Medizinstudierenden (Projekt- und Kontrollgruppe) geringere positive Einstellungen bezüglich der Fragen zur Zusammenarbeit sowie der Kommunikation. Es stellte sich heraus, dass die Studierenden sich unvorbereitet auf das Projekt fühlten, da sie keine Einführung in die jeweils anderen Rollen erhalten haben. Weiterhin bestanden viele logistische Probleme bei den Mitgliedertreffen des Projektteams.

Limitation

Es handelt sich hier um eine Pilotstudie mit einer kleinen Stichprobe. Die Implementierung des Projektes erfolgte für die Medizinstudierenden zum Zeitpunkt der Vorbereitung auf wichtige Prüfungen, was die Ergebnisse beeinflussen könnte. Es gab keine Daten zum Messzeitpunkt 1 der Medizinstudierenden in der Kontrollgruppe. Es können daher begrenzte Rückschlüsse auf diese Gruppe im Zusammenhang mit den Projektteilnehmern geschlossen werden.

Quelle: Delunas L. R. & Rouse S. (2014). Nursing and medical student attitudes about communication and collaboration before and after an interprofessional education experience. Nurs Educ Perspect, 35, 100–105.

Kommentar



Diese Studie zeigt, dass es immer noch verschiedene Einstellungen der Professionen hinsichtlich der Kommunikation und Zusammenarbeit gibt. Weiterhin scheint es fest verankerte Meinungen gegenüber der anderen Profession zu geben, zu deren Relativierung es womöglich mehr als eines dreisemestrigen gemeinsamen Projekts bedarf. Unterschiede erwiesen sich beispielsweise in der Frage der dominierenden Autorität in allen Gesundheitsfragen. Die Punktwerte der Medizinstudierenden lagen von Anfang an höher als bei den Pflegestudierenden. Unklar in der Studie ist, welche Interventionen bzw. Programme durchgeführt wurden und welchen Zeitrahmen diese in den drei Semestern der interprofessionellen Lerneinheiten in Anspruch nahmen. Weiterhin sind die Ergebnisse sehr kurz dargestellt, sodass es schwer fällt, die weniger positiven Einstellungen herauszukristallisieren.

Autorenkontakt:

Referiert und kommentiert von **Simone Kuntz**, Dipl.-Pflegepädagogin und wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin.
Kontakt: Simone.Kuntz@charite.de

> „Was sie werden, oder wo ich sie sehe?“

Pflegeberufereformgesetz – Wer arbeitet zukünftig in der Altenpflege?

LENA HEYELMANN

2016 wird das Pflegeberufereformgesetz verabschiedet werden, dessen Kern die generalistische Pflegeausbildung an Berufsschulen und in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen an Hochschulen bildet. Altenpflegeverbände prognostizieren stetig und vehement (DBVA 2016), dass durch die Vereinigung der bislang drei Ausbildungen weniger Berufsanfänger in der Altenpflege arbeiten werden. Welchen Zustrom an akademisch gebildeten Pflegefachkräften erwarten die Arbeitgeber des Sektors? Die Ergebnisse von Heyelmann (2015) zeigen: der Grat zwischen Erwartungen und selbsterfüllenden Prophezeiungen ist schmal.

Das pflegerische Leistungsangebot wird in Deutschland zukünftig noch mehr nachgefragt werden: Es sind nicht nur die demografischen Entwicklungen, nach denen der Anteil alter Menschen in der Bevölkerung steigt, weswegen sich rein zahlenmäßig der Bedarf an Pflegeleistungen erhöht. Es sind auch die Gesamtzahlen an dementiell erkrankten Personen oder multimorbiden Pflegefällen, die weiter steigen werden. Zukünftig werden vermehrt Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und entsprechend verschiedenen kulturellen Hintergründen zu versorgen und betreuen sein, und nicht zuletzt führt der hohe Anteil von Singlehaushalten (37,2 % aller Haushalte in Deutschland; Destatis 2014) zu sich ändernden Versorgungsstrukturbedarfen. Die zunehmende Diversität in der Klientel erfordert eine noch stärkere Individualisierung der pflegerischen Dienstleistung, um nicht am Bedarf der Pflegebedürftigen vorbei zu wirken – die Anforderungen steigen (Dielmann 2002). Die heute zu meisternde Aufgabe der Pflegefachkräfte, den Pflegeprozess zu planen, (in Teilen) selbst durchzuführen oder Aufgaben, unter Berücksichtigung der Kompetenzprofile, an Hilfskräfte zu delegieren, wird an Komplexität merklich zunehmen (Heyelmann 2015).

Die genannten Veränderungen führen zu qualitativen und quantitativen Pflegebedarfssteigerungen im gesamten Gesundheitssystem, besonders jedoch in der Altenpflege. Der Sektor braucht zukünftig mehr (und) sehr gutes Personal als heute (ebd.).

In stationären Pflegeeinrichtungen hat sich die Anzahl der Beschäftigten im Zeitraum zwischen 2003 und 2013 (vgl. Abb. 1) um 34 % erhöht (eigene Berechnung (e.B); Statistisches Bundesamt 2015a). Rein quantitativ ist das eine höhere Steigerung als bei den Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen, deren Zahl von 2003 bis

2013 um 28 % gestiegen ist (e.B; Statistisches Bundesamt 2015b).

Diese Zahlen können allerdings leicht ein falsches Bild vermitteln, wie die Vergleichszahlen von 2003 zu 2013 in Pflegeheimen zeigen:

- 2003 haben immerhin noch 42 % aller Beschäftigten in Vollzeit gearbeitet, 2013 waren es nur 30 % (e.B; Statistisches Bundesamt 2015c).
- 2003 lag der Anteil der Beschäftigten im Tätigkeitsbereich „Pflege und Betreuung“ 2 % oberhalb des Anteils 2003, die zehnjährige Entwicklung ging zugunsten u.a. der Bereiche Hauswirtschaft oder Verwaltung (e.B; Statistisches Bundesamt 2015d).
- 2003 lag der Anteil examinierter Fachpflegekräfte insgesamt um 1 % über dem

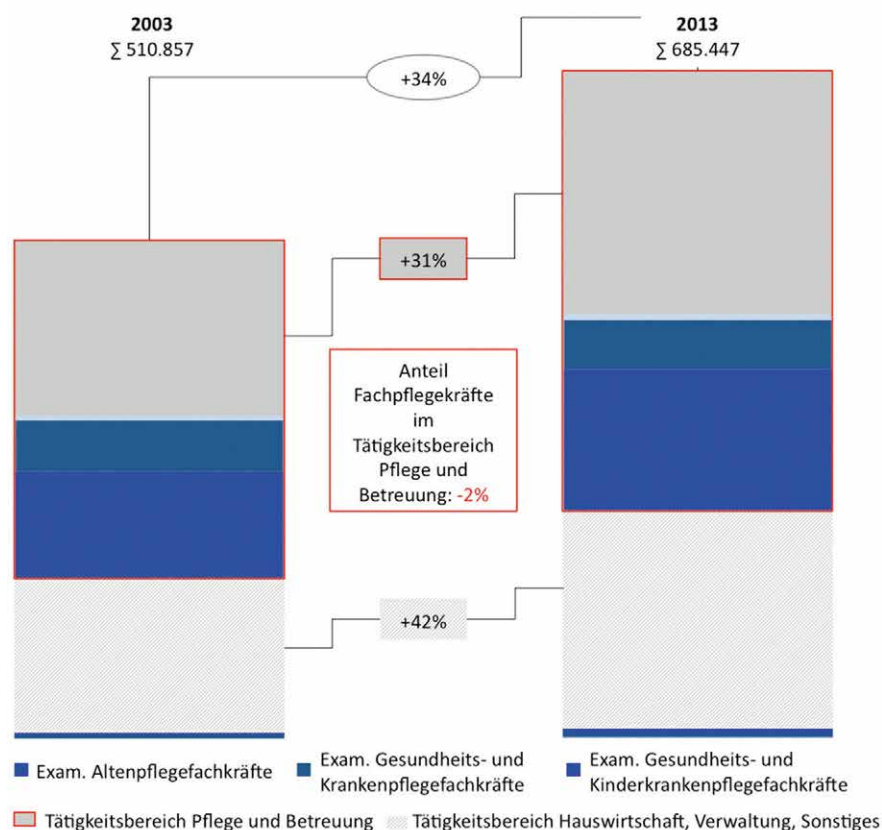


Abb. 1: Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen nach Ausbildung und Tätigkeitsbereich. Vergleich zwischen 2003 und 2013 (e.B.; Statistisches Bundesamt 2015a; 2015d)

Wert 2013, im Bereich Pflege und Betreuung sogar 2 % (ebd.).

Im Bereich der ambulanten Pflege arbeiteten 2013 119.180 Personen mehr als 2003, aber auch diese Zahl relativiert sich bei einer Vollzeitquote von 27 % schnell (e.B; Statistisches Bundesamt 2015c).

Prognosen weisen auf einen weiter deutlich steigenden Personalbedarf hin: die Prognos AG rechnet mit 700.000 fehlenden Pflegekräften im Jahr 2030 (Prognos 2012), das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) prognostiziert den Bedarf von 880.000 Vollzeitpflegekräften im Jahr 2050 (Schulz 2012).

Dieser Bedarf stellt die Arbeitgeber vor eine schwierige Aufgabe, die bereits heute einen Fachkräftemangel zu beklagen haben (Höfert 2012; Schulz 2012; Watermeyer 2013).

Selbst ohne Beachtung der oben beschriebenen gestiegenen qualitativen Anforderungen an das Pflegepersonal gilt für stationäre Pflegeeinrichtungen die Fachkraftquote von 50 % (§5 HeimPersV), die eingehalten werden muss. Entsprechend viele Fachkräfte zu finden wird seit Jahren zunehmend schwerer, weswegen Watermeyer (2013) damit rechnet, dass die Fachkraftquote nicht mehr lange zu halten ist. Aufgrund des Bevölkerungsrückgangs nehmen allgemein die Bewerberzahlen für Ausbildungen/Studiengänge tendenziell ab. Junge Erwachsene mit qualifizierten Schulabschlüssen können wählen, in welcher Branche sie ausgebildet werden möchten.

Nach Reuschenbach (2015) beeinflussen Images „den Zustrom an Bewerberinnen und Bewerbern in ein Berufsfeld“ (S. 128). Das medial gezeichnete und in einer breiten Gesellschaft verankerte schlechte Image des Altenpflegeberufs (u.a. Görres et al. 2010; El-Cherkeh und Fischer 2010) kann folglich als ein Grund für die Personalakquiseprobleme der Arbeitgeber gesehen werden. Obwohl über die Wirksamkeit von Imagekampagnen wenig bekannt ist, werden diese seit Jahren gestartet, mit großen Unterschieden im Hinblick auf die räumlichen, sektoralen oder berufsgruppenbezogenen Zielkreise (Reuschenbach 2015). So oder so wird zur nachhaltigen Imageverbesserung nicht nur die Außendarstellung, sondern es werden auch die Arbeitsbedingungen verbessert werden müssen (Schulz 2012; Werner 2013).

Die Arbeit in der Altenpflege ist von Zeitdruck und steigenden Qualitäts- und



● Staatliches Examen u.a. in der Altenpflege erwerbbar

Abb. 2: Geographische Verteilung der ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengänge in Deutschland 2005 (Heyelmann 2015)



● Staatliches Examen u.a. in der Altenpflege erwerbbar

Abb. 3: Geographische Verteilung der ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengänge in Deutschland 2010 (Heyelmann 2015)

Dokumentationsanforderungen geprägt. Eine derart verdichtete Arbeitsumgebung erhöht die Berufsmobilität von engagierten und qualifizierten Mitarbeitern. Sie verlassen frustriert die Praxis, obwohl sie eigentlich gute Pflegeleistungen anbieten könnten und auch wollen würden, wenn sie „Luft“ zum Pflegen hätten (Kesting 2014; Werner 2013).

Politische Vorstöße zur Behebung des Fachkräftemangels durch eine intellekt-

uelle Herabstufung des Berufs mittels Absenkung der Zugangsvoraussetzungen oder die Beschäftigung von einer großen Anzahl an Langzeitarbeitslosen in der Altenpflege, wie 2010 von Bundeskanzlerin Merkel vorgeschlagen (Hardenberg und Nitschmann 2010) wurde, können zu einem erheblichen Attraktivitätsverlust des Berufes für qualifizierte Pflegenden führen (Dowideit 2011). Genannte politische Vorschläge suggerieren, dass Pflege „jeder kann“ – sie stehen damit im Gegensatz zu den eingangs beschriebenen Anforderungen an Pflegefachkräfte, die mit einem hohen Bedarf an fachlicher Expertise in der Praxis einhergehen und widersprechen dem Ansatz der anderen Mitgliedsländer der Europäischen Union, die mehrheitlich (24 von 28) die Pflegeausbildung im tertiären Bereich angesiedelt haben. Außerdem konterkarieren sie die Annahmen, die zur Konzeption von erstauszubildenden Pflegestudiengängen führten.

Die Angleichung an das europäische Niveau und professionspraktische Überlegungen waren Leitgedanken zur Konzeption (Moers et al. 2012), das wesentliche Motiv war, die Versorgungssituation durch Pflegeexperten zu verbessern, die in der Lage sind, evidentes Wissen im täglichen Handeln umzusetzen.

Die Robert-Bosch-Stiftung (1992) steckte in ihrer Denkschrift einen Rahmen der Begriffsinterpretation „Elite“, die 2004 mit Start des ersten ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengangs Pflege in Deutschland deutlich erweitert wurde. Die Anzahl der erstauszubildenden Pflegestudiengänge wächst seitdem rasant: 2005 waren drei Hochschulen dem Vorreiter evangelische Hochschule Berlin bereits gefolgt (vgl. Abb. 2).

Fünf Jahre später wurden bereits viermal so viele (16) (vgl. Abb.3) ausbildungsintegrierende Pflegestudiengänge angeboten, 14 an Hochschulen für angewandte Wissenschaften, zwei an Universitäten. Am Verhältnis zwischen Fachhochschulen und Universitäten von ca. 1:7 hat sich bis heute wenig geändert, die Gesamtanzahl hat sich jedoch mehr als verdoppelt.

¹ Die Vollständigkeit kann nicht garantiert werden. Unberücksichtigt sind Studiengänge, in die eine Pflegeausbildung integriert werden kann, die aber nicht für die Pflegepraxis qualifizieren.

2015 stehen Interessierten 44 ausbildungsintegrierende Pflegestudiengänge in Deutschland zur Verfügung (vgl. Abb.4), deren Absolventen einen akademischen Abschluss (B.A. oder B.Sc) und ein beruflich qualifizierendes staatliches Examen in Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege erhalten.

Insgesamt bieten die Hochschulen 2015 1.920 (+X, weil mindestens vier nicht zulassungslimitiert sind) Studienplätze in ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengängen an, damit liegt das Verhältnis von Regelausbildungsplätzen zu Studienplätzen bei 1:60 (e.B.; Nölle und Goesmann). 26 der 44 Studiengänge ermöglichen die Integration einer Altenpflegefachausbildung in das Studium. Die konkrete Anzahl der Plätze an kooperierenden Altenpflegesschulen wird deutlich unterhalb der 1.209 an den Hochschulen zur Verfügung stehenden Studienplätzen liegen, da 9 der 26 Hochschulen auch Plätze für die Kombination mit einer Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und 17 Hochschulen die Plätze für alle drei möglichen Pflegeausbildungen vorhalten (Heyelmann 2015).

Heute gibt es in Deutschland ca. 3.500 akademisch (aus)gebildete Pflegefachpersonen (e.B.: keine Abbruchquote berücksichtigt). Diese Zahl gibt allerdings keinen Aufschluss darüber, wie viele Absolventen für den Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, weil ein Bachelorabschluss auch für ein weiterführendes Masterstudium qualifiziert, oder wo sie beruflich eingemündet sind.

Grundsätzlich qualifizieren die Studiengänge für die wissenschaftlich fundierte, reflektierte Übernahme von patienten- und bewohnernahen Aufgaben. Bachmann et al. (2014) haben Qualifikationsziele für akademisch gebildete Pflegefachkräfte erarbeitet. Nach diesen sollen Absolventen in der Lage sein, u.a. Pflegebedarfe als auch Initiierung, Steuerung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Prozesse wissenschaftsbasiert und kritisch-reflexiv zu analysieren, Mitglieder des pflegerischen Teams hinsichtlich pflegerischer Prozesse anzuleiten und zu steuern sowie die Qualität der pflegerischen Arbeit wissenschaftsbasiert zu sichern und zu entwickeln. Die im vorläufigen Arbeitsentwurf des 2016 zu erwartenden Pflegeberufsgesetzes beschriebenen Kompetenzen von hochschulisch gebildeten Pflegefachfrauen und -männern sind weniger ausdifferen-

ziert formuliert (§34; Abs.3; BMFSFJ/BMG 2015), größere inhaltliche Differenzen zu den von Bachmann et al. (2014) veröffentlichten Kompetenzziele sind von der Autorin nicht zu identifizieren, was als Hinweis auf eine zunehmende Konsensfindung im Hinblick auf die Kompetenzziele gewertet wird.

Forschungsergebnisse über den von Arbeitgebern gesehenen Nutzen akademisch gebildeter Pflegefachkräfte und mögliche oder tatsächliche Einsatzfelder (Bartels et al 2012; Lüftl und Kerres 2012; Andree 2014) gibt es bislang nur wenige.

Die oben beschriebenen Versorgungsstrukturänderungen, die mit einem ho-

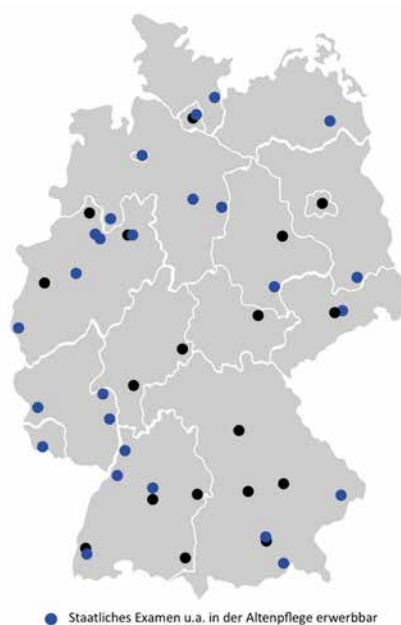


Abb. 4: Geographische Verteilung der ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengänge in Deutschland 2015 (Stand 10/2015; eigene Recherche)

nen quantitativen aber auch qualitativen Bedarf an Personal insbesondere in der Altenpflege einhergehen, und die Veränderungen innerhalb des Pflegebildungssystem sind Entwicklungen, die theoretisch sehr gut zueinander passen könnten. Sind akademisch gebildete Pflegefachkräfte folglich die Chance für den Altenpflegesektor, den zu bewältigenden Anforderungen hinsichtlich des qualitativen Bedarfs begegnen zu können? Was erwarten die Arbeitgeber und wie würden sie die Absolventen einsetzen?

Um einen Beitrag zur Klärung dieser Frage zu leisten, wurden von der Autorin sechs Experteninterviews mit Arbeitgebern in

der Altenpflege geführt, die Führungspositionen mit Einstellungsverantwortung im Bereich Pflege bekleiden und/oder für die Personalstrategie des Unternehmens (mit-)verantwortlich sind. Die Unternehmen, für die sie arbeiten, bieten im süddeutschen Raum Pflegeleistungen nach SGB XI an und variieren in der Verteilung potenziell relevanter Merkmale wie Dienstleistungsangebot (stationär/ambulant), Trägerschaft und Größe.

Die Auswertungstechnik der erhobenen Daten orientierte sich an der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008), die methodisch wie von Kuckartz (2012) beschrieben vollzogen wurde. Dabei wurden die Ergebnisse zunächst kategorienbasiert ausgewertet, zugeordnete Gesprächssequenzen pro Haupt- und Subkategorie unter Berücksichtigung der Nennungshäufigkeiten paraphrasiert und Ankerzitate identifiziert. Für Teilfragen, die für die Forschungsfrage besonders relevant erschienen, wurden Fallanalysen erstellt und anschließend Zusammenhänge zwischen den Kategorien analysiert, um Begründungen für das jeweilige Antwortverhalten erkennen und beschreiben zu können (Heyelmann 2015).

Übereinstimmend mit dem oben beschriebenen Trend zwischen steigendem Personalbedarf auf der einen Seite und Personalakquisitionsschwierigkeiten auf der anderen Seite ist der Fachkräftemangel inzwischen bei fast allen Trägern spürbar und wird sich nach Einschätzung der Interviewpartner weiter zuspitzen. Sie rechnen damit, dass es zukünftig einen ausdifferenzierteren Grade-Mix als in heutigen Personalstrukturen geben wird und sich im Zuge dessen Aufgabenverteilungen und Arbeitsorganisationssysteme erheblich ändern werden. Weil sich die Personalgewinnung schwierig gestaltet, sehen sich die Arbeitgeber gezwungen, viel Zeit, Energie und Kosten aufzuwenden, um den Bedarf ihrer Einrichtung unter Beachtung der Fachkraftquote oder Durchführungsbestimmungen in der ambulanten Pflege (Nock et al. 2013) zu sichern. Der angewendete Strategiefächer umfasst Investitionen in die Fort- und Weiterbildung, Ausbau der Ausbildungskapazitäten, Personalanwerbungsprogramme für ausländische Pflegekräfte aus Ost- und Südeuropa oder Asien sowie die Erarbeitung flexibler Vertragsgestaltungsmöglichkeiten, in denen die sich zunehmend nach oben verschiebende Altersstruktur

innerhalb des bestehenden Personals Beachtung findet. Hohe bürokratische Hürden bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse verringern, nach Aussagen der Interviewpartner, die Effizienz der Auslandsakquise. Für diesen und weitere Bereiche, z.B. Weiterbildungsvorschriften mit festgelegten Stundenvorgaben und die starre Fachkraftquote über alle Einrichtungsgößen und Klientel hinweg, die von ihnen nicht als wirksamer Rahmen zur Erreichung von Qualitätszielen bewertet wird, wünschen sich die Arbeitgeber Deregulierung und mehr (u.a. finanziellen) Gestaltungsspielraum (Heyelmann 2015).

Neben der Regulierungstiefe, die mit zunehmender Größe der Einrichtungen von den Interviewpartnern stärker problematisiert wird, benennen die Arbeitgeber das Image der Altenpflege (vgl. oben) als Ursache für die Personalakquisitionsschwierigkeiten. Vier der sechs Interviewpartner beschreiben die Altenpflege als attraktives berufliches Wirkungsfeld, in dem das Personal mit hohem Selbstwirksamkeitsgrad sinnstiftende, zunehmend komplexer werdende Tätigkeiten ausführen kann. Aber auch sie beschreiben ungünstige Rahmenbedingungen, die zu hohem Dokumentationsaufwand, Zeit und erhöhtem Stress führen, die Gesamtbewertung fällt aber positiv aus. Im Gegensatz zu den übrigen Befragten stehen zwei der Interviewpartner mit ihrer Gewichtung der Verteilung von attraktiven und belastenden Arbeitsfaktoren in der Altenpflege: Ihnen zufolge bedarf es vor allem einer ausgeprägten sozialen Motivation für das Ergreifen des Altenpflegeberufs, als attraktiv werden diejenigen Aufstiegsmöglichkeiten betont, die Kontaktzeitenminimierung zum Pflegebedürftigen implizieren (Heyelmann 2015, S. 112–113).

Zum Zeitpunkt der Interviews (Sept./Okt. 2013) hatte die Mehrheit der Interviewpartner Pflege-dual-Studierende in ihren Einrichtungen während der praktischen Ausbildungseinsätze oder als Pflegefachkräfte während der Abschlussphase des Studiums kennengelernt und ihre Arbeitsweise erlebt, zwei Interviewpartner wussten lediglich um die Existenz der Studiengänge. Die antizipierten Kompetenzunterschiede im Vergleich mit Regelausgebildeten umfassen fachliche Kompetenzen wie Aneignung und Umgang mit evidentem Wissen, vor allem aber überfachliche Fähigkeiten, u.a. eine gesteigerte Reflexionskompetenz. Weil sie

den Bedarf an diesen Kompetenzen in der Altenpflegepraxis sehen, um den heutigen und zukünftigen fachlichen Herausforderungen in diesem Sektor besser begegnen zu können, hoffen die Interviewpartner mehrheitlich, dass akademisch gebildete Pflegefachkräfte in zehn Jahren fester Bestandteil des Grade-Mix in der Altenpflege sein werden. Zu einer anderen Bedarfsbeurteilung kommt ein Interviewpartner, dessen Sichtweise auf die Altenpflege von einer hohen Verrichtungsorientierung geprägt ist, wie sie von Müller und Hellweg (2013) beschrieben wird.

Von der beruflichen Einmündung akademischer Pflegekräfte erwarten die Interviewpartner eine berufspolitische Aufwertung des gesamten Berufsstandes, die eine zunehmende Professionalisierung in der Pflegepraxis und eine Imageverbesserung nach sich ziehen wird.

„Was ich denke, was sie werden, oder wo ich sie sehe?“

Das Zitat (IP_4; Heyelmann 2015, S. 121) deutet auf die Ambivalenzen hin, die zwischen den angedachten oder gewünschten Stellenprofilen und den erwarteten Einstiegspositionen identifiziert werden konnten.

Die Mehrheit der Interviewpartner geht davon aus, dass in den kommenden Jahren nur wenige akademische Pflegekräfte in die Altenpflege einmünden werden, da sie von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft „absorbiert“ (IP_5; Heyelmann 2015, S. 124) werden, die nicht vorrangig Dienstleistungen für Pflegebedürftige anbieten. Die für die jeweiligen Altenpflegeeinrichtungen von den Arbeitgebern vorgeschlagenen Stellen variierten hinsichtlich ihres Konkrektionsgrades im Sample stark. Sie wurden von Heyelmann in drei Kategorien eingeteilt.

Führungspositionen wurden von den Interviewpartnern mehrfach genannt, aber nur einmal (hier für Wohnbereichsleitungsposition) mit der angenommenen Eignung der Absolventen begründet. In den anderen Fällen sind die Vorannahmen, dass akademische Pflegekräfte in der Hierarchie und in der Bezahlung aufsteigen möchten und Positionen ohne direkten Kontakt zum Pflegebedürftigen attraktiver sind, prägend für diese Nennungen. Anders sieht es bei Stabstellen, für z.B. Konzeptentwicklung oder Überleitungs-

pflege aus, die ausnahmslos mit der guten Passung von antizipierten Kompetenzen und Aufgabenprofil genannt wurden. Hier geben die Arbeitgeber zu bedenken, dass solche Stellen schwer zu finanzieren und folglich zu schwer zu schaffen seien. Diejenigen Interviewpartner des Samples, die den Altenpflegeberuf als attraktiv beschrieben haben (s.o.) präferieren den Einsatz der akademischen Pflegekräfte in der direkten Pflege in Verbindung mit Planungs- und Steuerungsaufgaben. Für diese Stellenprofile werden weit weniger Zweifel an der Realisierbarkeit als bei den Stabstellen genannt und den Aufgaben eine hohe Kompetenzorientierung zugesprochen. Darüber hinaus werden Verbesserungen in der Versorgungsqualität für die Pflegebedürftigen und damit ein hoher Nutzen für die Einrichtungen antizipiert.

Die Attraktivität von potentiellen Stellen wird von den befragten Arbeitgebern dann als positiv dargestellt, wenn es sich um Aufgabenzuschnitte handelt, die innerhalb des bestehenden Pools an Stellenprofilen nicht vorkommen. Die Bereitschaft, solche Profile zu denken und in Zukunft zu schaffen, war bei den Interviewpartnern, die Pflege-Studierenden in den Einrichtungen erlebt hatten, ausgeprägter als bei Arbeitgebern ohne diese Erfahrungen. Auch hinsichtlich der positiven Beurteilung der Attraktivität des Berufes und den Ambitionen zur aktiven Akquise von akademisch gebildeten Pflegenden weisen die Ergebnisse der Autorin auf einen Zusammenhang hin. Aufgrund dessen ist zu hoffen, dass das zukünftig noch mehr Einrichtungen der Altenpflege mittels ihrer Berufsfachschulen oder direkt mit Hochschulen Verträge schließen, nach denen Studierende in ihren Einrichtungen (einen Teil) ihrer praktischen (Aus)Bildungsanteile absolvieren, damit sie, durch die Erfahrungen motiviert, mit den Studierenden gemeinsam sinnvolle, kompetenzorientierte Aufgabenprofile entwerfen. Der von Kesting (2014) festgestellte positive Zusammenhang zwischen dem Verbleib von Pflegestudium-Absolventen in der Pflegepraxis mit patientennahen Tätigkeiten und der Passung zwischen den Fähigkeiten der Absolventen und der beruflichen Umwelt, unterstreicht die Wichtigkeit der Kompetenzorientierung.

Obwohl von 2011 bis heute (Stand 10/2015) 28 ausbildungsintegrierende Pflegestudiengänge erstmalig angeboten

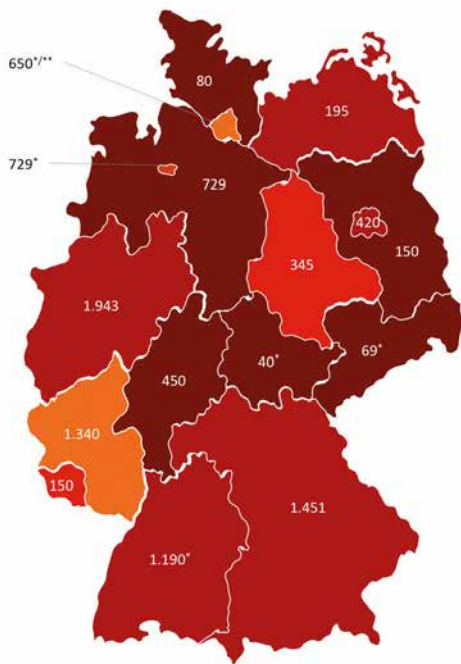


Abb. 5: Max. Absolventenanzahl ausbildungsintegrierender Pflegestudiengänge im Jahr 2019 (e.B.; Heyelmann 2015; Destatis 2015)
 * mind. ein Studiengang ohne Zulassungsbeschränkung
 ** inkl. Fernhochschule HH

wurden (+175 %) und die Anzahl der Studienplätze im gleichen Zeitraum um 216 % gestiegen ist, ist Deutschland von der vom Wissenschaftsrat (2012) empfohlenen Akademisierungsquote von 10–20 % für viele Jahre noch sehr weit weg. Wie weit genau, kann leider nicht exakt berechnet werden, da Pflegefachkräfte in Deutschland heute weder auf Länder- noch auf Bundesebene registriert sind. 2019 werden ca. 9.300 Personen einen ausbildungsintegrierten Pflegestudiengang absolviert haben (vgl. Abb.5), dazu addiert werden können ca. 2.000 der mindestens 9 additiv konzipierten Studiengänge, die eine akademische Nachqualifizierung von examinierten Pflegefachkräften anbieten (Heyelmann 2015).

Von 1,2 Millionen Pflegefachkräften (DBfK 2015:6) in Deutschland ausgehend, kann für 2019 eine Quote an akademisch gebildeten Pflegefachkräften von 1,0 % prognostiziert werden (e.B.).

Diese verschwindend geringe Quote erschwert die Etablierung fester Größen an akademisch gebildeten Pflegekräften in der Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen, weil zumindest in den nächsten fünf Jahren nur wenige Einrichtungen ihre Arbeitsorganisationssysteme umfangreich an den sich ändernden Grade-Mix anpassen werden können.

Mit zunehmendem Fachkräftemangel steigt die Anzahl an zu verantwortenden Pflegeprozessen pro Fachkraft. Diese Entwicklung wird die Anforderungsspirale an die aktiv pflegenden

Fachkräfte in der Altenpflege noch weiter höher drehen, als sie bereits ist. Angesichts dessen ist zu hoffen, dass unter den wenigen innovativen Einrichtungen mit vielfältigem Grade-Mix einschließlich akademisch (aus)gebildeter Pflegefachkräfte viele aus der Altenpflege sein werden. <<

Zusammenfassung

Die sich ändernden Versorgungs- und Pflegebedarfe im Gesundheitswesen haben eine quantitative und eine qualitative Dimension, und werden besonders den Altenpflegesektor betreffen. Die steigenden Qualitätsanforderungen waren ein Grund, der zur Einrichtung primärqualifizierender Pflegestudiengänge führte, deren Anzahl und Studienplatzkapazitäten insbesondere seit 2010 stark gestiegen ist. Die Ergebnisse qualitativer Interviews mit Arbeitgebern in der Altenpflege zeigen, welche Arbeiterspektiven sie für akademische Pflegefachkräfte im Altenpflegesektor sehen und dass erhebliche Diskrepanzen zwischen angedachten und erwarteten Einstiegspositionen existieren, die nicht nur die Entlohnung betreffen.

Schlüsselwörter: *Pflegestudiengänge, Einmündung, Altenpflege*

Hochaktuelle Thematik als gesellschaftliche Herausforderung



Jacobs, Kuhnzev, Groß, Kauter, Schwinger (Hrsg.)

Pflege-Report 2016

Die Pflegenden im Fokus

- Wertvolle statistische Informationen zur Versorgung Pflegebedürftiger
- Konzentrierte Anker aus der Gesundheits- und Pflegeszene
- Sinnvolle Ergänzung zum Krankenhaus- und Versorgungs-Report

Der Pflege-Report 2016 diskutiert, mit welchen personellen Möglichkeiten auch zukünftig eine ausreichende Pflegeversorgung gesichert werden kann. Er greift u. a. Fragen nach dem Versorgungs-Mix auf oder wie genügend Menschen für Pflege-tätigkeiten begeistert und qualifiziert werden können.

Der jährlich erscheinende Report ist eine fundierte Wissens- und Diskussionsgrundlage, um für die nächsten Jahrzehnte eine optimale Versorgung für Pflegebedürftige in die Wege zu leiten.

ISBN 343-3466, €39,90, 02 Tsk., kart.
 € 04,99 (D) / € 04,40 (A) | ISBN 078-3-7043-3178-2



Literatur

Andree, J. (2014) Implementierung akademischer Pflegekräfte. Wie lassen sich akademische Pflegekräfte sinnvoll in der Pflegepraxis integrieren? Logos, Berlin

Bachmann, S. und Backhaus, J und Bögemann-Großheim, E. und Evers, T. und Fesenfeld, A. und Haas, M. et al. (2014) Qualifikationsziele hochschulisch ausgebildeter Pfleger. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/09/Arbeitspapier-Hochschulische-Qualifikationsziele-der-Modellhochschulen-NRW.pdf>, Zugriff am 12. November 2015

Bartels, Y. und Simon, A. und Plohmann, D. (2012) Pflegeakademisierung in Deutschland. Bedarf und Angebot. Ergebnisse einer exploratorischen, qualitativen Analyse. *Pflegewissenschaft*, Vol. 10/12, S. 548-558

BMFSFJ/BMG (2015) Gesetz über den Pflegeberuf (Pflegeberufsgesetz PflBG). Vorläufiger Arbeitsentwurf BMFSFJ/BMG, nicht leitungsabgestimmt / nicht ressortabgestimmt, Stand Mai 2015. http://www.gkind.de/fileadmin/Dateien/Gkind/News/Arbeitsentwurf_Pflegeberufsgesetz.pdf, Zugriff am 10. November 2015

DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2015) Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“. Hintergrundinformationen. <http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Zahlen-Daten-Fakten-Pflege-2015-03.pdf>, Zugriff am 19.11.2015

DBVA (Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.) (2016): Wenn nicht jetzt – wann dann? Den Altenpflegeberuf aktiv verteidigen. <http://www.dbva.de/index.html>, Zugriff am 16.03.2016

Destatis (2014) Mehr als ein Drittel der Haushalte in Deutschland sind Singlehaushalte. Pressemitteilung vom 28. Mai 2014. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/05/PD14_185_122.pdf;jsessionid=58E35674B1009F953DCBA3DCE80E5A2E.cae2?__blob=publicationFile, Zugriff am 25. September 2015

Destatis (2015) Bevölkerung im Dezember 2014 auf Grundlage des Zensus 2011. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/Aktuell/02Bundeslaender.html>, Zugriff am 19.11.2015

Dielmann, G. (2002) Zur Diskussion um eine Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen. In: Gerlinger, T. et al. (Hrsg.): *Qualifizierung und Professionalisierung*. Argument, Hamburg, S. 60-79

Dowideit, Anette (2011) Die wenigsten Altenpfleger bleiben bis zur Rente. <http://www.welt.de/wirtschaft/article13469304/Die-wenigsten-Altenpfleger-bleiben-bis-zur-Rente.html>, Zugriff am 10. November 2015

El-Cherkeh, T. und Fischer, M. (2010) Berufsausbildung in der Altenpflege: Einstellungen und Potenziale bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg. Paper 3-17 des HQQI-Kompetenzbereiches Migration Research Group. Internetpublikation: http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/HWWI_Policy_Paper_3-17.pdf, Zugriff am 06. August 2013

Görres, S. et al. (2010) Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ – Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufs. Ergebnisbericht. https://www.pflege-ndz.de/tl_files/pdf/Image_Abschlussbericht-Endfassung.pdf, Zugriff am 10. November 2015

Hardenberg, N. und Nitschmann J. (2010) Arbeitslose in Pflegeheime. Vorschlag der Arbeitsagentur. <http://www.sueddeutsche.de/politik/vorschlag-der-arbeitsagentur-arbeitslose-in-pflegeheime-1.581346>, Zugriff am 08. November 2015

Hasselhorn, H.-M. et al. (2008) NEXT-Studie. Image der Pflege in Deutschland. Die Schwester Der Pfleger, 47. Jg., Vol. 05/2008, S. 458–461

Heylmann, L. (2015) Nach dem Pflege-Studium in die Altenpflege? Die Erwartungen der Arbeitgeber. Mabuse, Frankfurt am Main

Höfert, R. (2012) Zur Situation der Pflege in Deutschland. In: Schumpelick, V. und Vogel, B. (Hrsg.) *Gesundheitssystem im Umbruch*. Beiträge des Symposiums vom 23. Bis 26. September 2011 in Cadanabbia. Herder, Freiburg/Basel/Wien, S. 350-362

Kuckartz, U. (2012) *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz, Weinheim/Basel

Lüftl, K. und / Kerres, A. (2012) „Ich denk mal, dass andere Bereiche (...) die mit Handkuss aufnehmen“. Einschätzung von Pflegedienstleitungen zum Einsatz von Absolventen des dualen Pflegestudiengangs in der direkten Pflege. *Pflegewissenschaft*, Vol. 01/12., S. 39-50

Mayring, P. (2008) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz, Weinheim/Basel

Moers, M. und Schöniger, U. und Bögemann, M. (2012): *Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft*. *Pflege und Gesellschaft*, 17.Jrg. 2012 H.3, S. 232-248

Müller, K. und / Hellweg, S. (2013) Wertschätzungserleben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege. Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben Pro-Wert – Produzentenstolz durch Wertschätzung. Teilvorhaben Pflegewissenschaft. http://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/ProWert/FH-D_ProWert_Bericht_2013_web.pdf, Zugriff am 13. November 2015

Nock, L. und Kirchen-Peters, S. und Hielscher, V. (2013) Zwischen Anspruch und Marktdruck. *Pflege im Branchenvergleich*. Dr. med. Mabuse – Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe. Vol. 201, S. 43-45

Nölle, K. und Goesmann C. (2009) Pflegen kann nicht Jeder! Wertschätzung für die (Alten)Pflege. http://www.berufe-im-schatten.de/data/forschungsstand_pflege_1.pdf, Zugriff am 04. Oktober 2013

Prognos (2012) *Pflegelandschaft 2030*. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V.. http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/121000_Prognos_vbw_Pflegelandschaft_2030.pdf, Zugriff am 10. November 2015

Reuschenbach, B. (2015) *Imagepflege in der Pflege – Altenpflege ins richtig Licht gerückt*. In: Vollbracht, M. (Hrsg.) *Ein Heim, kein Zuhause? Das Medienbild von Altenpflege im Kontext von Altersbildern und Berufsprestige*. InnoVatio, Fribourg, S. 127-145

Robert-Bosch-Stiftung (1992) *Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege*. Bleicher, Gerlingen

Schulz, E. (2012) *Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden*. DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) *Wochenbericht Nr.51/52 2012*, Jg.79, S. 3-17

Statistisches Bundesamt (2015a) *Personal in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen (absolut und in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Beschäftigungsverhältnis*. www.gbe-bund.de, Zugriff am 06. November 2015

Statistisches Bundesamt (2015b) *Pflegebedürftige (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Pflegestufen, Art der Betreuung*. www.gbe-bund.de, Zugriff am 06. November 2015

Statistisches Bundesamt (2015c) *Person in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen (absolut und in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Beschäftigungsverhältnis*. www.gbe-bund.de, Zugriff am 06. November 2015

Statistisches Bundesamt (2015d) *Personal in Pflegeheimen (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Berufsabschluss, Tätigkeitsbereich, Beschäftigungsverhältnis*. www.gbe-bund.de, Zugriff am 06. November 2015

Watermeyer, U. (2013) *Qualifiziert den Pflegeprozess steuern. Gewinn und Nutzen des Studiengangs „Pflege dual“ in Altenhilfe-einrichtungen*. *Pflegezeitschrift*, Jg. 66, Heft 5, S.278

Werner, Sylke (2013) *Die Realität sieht anders aus. Zur Situation in der Altenpflege*. *Pflegezeitschrift*, Jg. 66, Heft 5, S. 294-297

Wissenschaftsrat (2012) *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>, Zugriff am 13.11.2015

Autorenkontakt:

Lena Heylmann, examinierte Krankenschwester, hat die Studiengänge Pflege-management (B.A.) und Management von Sozial- und Gesundheitsbetrieben (M.A.) absolviert. Sie ist Referentin im Fachbereich Pflege der Katholischen Stiftungshochschule München.

Kontakt: l.heyermann@t-online.de

> Mobilisierung, Unterstützung und Vernetzung studieren

Innovativer Studiengang verbindet Soziale Arbeit und Pflege

MATHILDE HACKMANN

Der zunehmende Wunsch von Menschen, zuhause alt zu werden und zu sterben, erfordert neue Konzepte der pflegerischen Versorgung. Pflegende benötigen in diesem Zusammenhang Kompetenzen, die traditionell eher der Sozialen Arbeit zugeschrieben werden. Die Evangelische Hochschule für Soziale Arbeit & Diakonie reagiert darauf mit einem neuen Studiengang, der für die Aufgaben der Vernetzung an der Schnittstelle Soziale Arbeit und Pflege qualifiziert.

Soziale Arbeit und Pflege – Schnittmengen

Soziale Arbeit und Pflege haben viele Berührungspunkte. In der Geschichte beider Berufe gibt es Überschneidungen, wie sie sich zum Beispiel im Berufsbild der Tuberkulosefürsorgerin, die sowohl in der Krankenpflege als auch in der Sozialen Arbeit (damals Fürsorge genannt) ausgebildet war, zeigen (Baum 1919). Auch die Geschichte der ambulanten Pflege zeigt über Jahrzehnte ein breites Tätigkeitsfeld der Pflegenden mit Aufgaben, die heute von Sozialarbeitern übernommen werden (Hackmann 2011, 2014).

Heute zeigen sich ebenfalls zahlreiche Überschneidungen, z. B. in den Arbeitsfeldern der Psychiatrie, in der Pflege von Menschen mit Behinderung oder auch

in der Beratung pflegender Angehöriger. Mit der Akademisierung der Pflegeberufe in Deutschland haben sich für die Absolventen pflegerischer Studiengänge viele neue Arbeitsmöglichkeiten ergeben, die weit über die früheren typischen Arbeitsfelder Krankenhaus, Altenheim und ambulante Pflege hinausgehen. Aufgrund demografischer Veränderungen (mehr ältere Menschen, mehr Multimorbidität, mehr Singlehaushalte) nehmen auch die Anforderungen an Beratung zu. Case-Management, präventive Hausbesuche (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2008, CAREkonkret 2015) oder die Familiengesundheitspflege (Weskamm 2012) sind einige dieser neuen Arbeitsfelder. Die Notwendigkeit der Schulgesundheitspflege wird ebenfalls diskutiert (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2014).

Veränderter Bedarf erfordert erweiterte Kompetenzen

Neben der demografischen Entwicklung ist eine weitere gesellschaftliche Tendenz zu beobachten, die Klaus Dörner als „globale Bewegung der Deinstitutionalisierung“ (Dörner 2012, S. 47) bezeichnet. Während das Hilfesystem der Moderne sich über hundert Jahre auf die Einrichtung großer Institutionen konzentrierte, gibt es seit einigen Jahrzehnten zunehmend Kritik an diesem System. Hilfebedürftige fordern stärker Selbstbestimmung und die Hilfe im eigenen Zuhause ein.

Die Orientierung am Lebensalltag der Klienten erfordert Kompetenzen, die nicht immer nur einer Berufsgruppe zuzuordnen sind. Soziale Arbeit und Pflege können sich hier gut ergänzen. Die Kombination von Sozialer Arbeit und Pflege ermöglicht den Perspektivwechsel z. B. bei der Begleitung von Menschen mit Behinderung, bei der sowohl der pflegerische als auch der pädagogische Blick erforderlich sind. Gerade im Bereich der Behindertenhilfe sind noch weitere Schritte nötig, um das im Jahr 2008 von Deutschland ratifizierte Übereinkommen der Vereinten Nationen (UN-Konvention) über die Rechte von Menschen mit Behinderungen umzusetzen (UN 2008). Mit der Realisierung persönlicher Budgets ergeben sich neue Anforderungen an die Organisation der Hilfen.

Alte Menschen möchten überwiegend auch im hohen Alter in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus leben (EMNID 2011, Heinze 2015). Erste Ergebnisse aus dem Siebten Altenbericht der Bundesregierung bestätigen die Vermutung, dass der Zugang zu sozialer Teilhabe und gesundheitlicher Versorgung sehr ungleich verteilt ist. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die regionale Verteilung (Kruse 2015). Aus dieser Situation ergibt sich eine neue Bedeutung der Kommunen, nämlich die „Wiederentdeckung der kommunalen Verantwortung und Selbstverwaltung“ (Mobilisierung, Unterstüt-



(Foto: Merle Emre, Ev. Hochschule, ©Mathilde Hackmann, Hamburg)

Erste Studiengruppe des Studiengangs auf dem Gelände des Rauhen Hauses

zung, Vernetzung)“ (Dehne 2015, o. S.). Die Altenberichtskommission kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass gerade in wirtschaftlich und infrastrukturell schwächeren Regionen der Bedarf älterer Menschen an Unterstützung hoch, während gleichzeitig das Selbsthilfepotential eher gering ausgeprägt ist (Tesch-Römer 2015).

Die Bedeutung der Kommunen nimmt zu

Soll die Organisation pflegerischer Leistungen stärker auf regionaler Ebene gesteuert werden, sind neue Ansätze erforderlich, die die strikte Trennung einzelner Sektoren des Hilfesystems (z. B. Pflegeversicherung und Krankenversicherung) überwinden. Hier müssen die Kommunen aktiv werden.

Seit einigen Jahren liegen bereits erprobte Konzepte für eine zunehmende Regionalisierung vor. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) setzt auf die Quartiersentwicklung mit den Zielen: wertschätzendes gesellschaftliches Umfeld, tragende soziale Infrastruktur, generationsgerechte räumliche Infrastruktur, bedarfsgerechte Wohnangebote, bedarfsgerechte Dienstleistungen und Angebote sowie wohnortnahe Beratung und Begleitung (Michell-Auli 2012). Auch das „Netzwerk: Soziales neu gestalten“ (SONG) propagiert ein lokal-konkretes Sozialmodell, das auf eine Vernetzung vor Ort aufgebaut ist und Grenzen der bisherigen strukturellen Organisation von Pflege auflöst (Künzel 2012). Die Bertelsmann-Stiftung erarbeitete ein Konzept der Regionalisierung von Pflegebudgets (Hackmann et al. 2014).

Seit einigen Jahren zeigt auch die Wohnungswirtschaft ein zunehmendes Interesse an Fragen zur Pflege-Infrastruktur und Betreuung. Es ist davon auszugehen, dass die bereits zusammengesetzten 423 Wohnungsbaugenossenschaften in Deutschland (Wohnungsbaugenossenschaften e. V. 2016), die bereits heute auch Stellen für Sozialarbeiter ausschreiben, ihre Initiativen noch verstärken. Die Möglichkeit, über die Pflegeversicherung Umbaumaßnahmen in der Wohnung finanziell zu fördern sowie fortschreitende technische Möglichkeiten („Smart home“) erfordern zunehmend Wohnberatung für pflegebedürftige Menschen.

Der Studiengang „Soziale Arbeit & Diakonie – Pflege & Teilhabe“

Seit 2014 bietet die Evangelische Hochschule für Soziale Arbeit & Diakonie des Rauhen Hauses in Hamburg einen Bachelor-Studiengang an, der für die neuen Aufgaben der Vernetzung an der Schnittstelle Soziale Arbeit und Pflege qualifiziert (s. Infokasten). Der berufsin-tegrierende Studiengang „Soziale Arbeit & Diakonie – Pflege & Teilhabe“ wendet sich an berufserfahrene Menschen, die aufbauend auf eine pflegerische Berufsausbildung einen akademischen Grad erwerben wollen.

Die Studierenden erlernen das systematische Erheben von Hilfebedarfen, die Analyse von Teilhabebarrieren und die Organisation sich daraus ergebender Hilfeleistungen. Im Rahmen des Studiums werden die in unterschiedlichen Arbeitsfeldern sozialisierten Studierenden voneinander profitieren, z. B. durch gemeinsame Analyse von Problemlagen und die Erarbeitung von Problemlösungen, die sowohl die Perspektive der Sozialen Arbeit als auch die Perspektive der Pflege erfordern.

Sowohl die Ansätze und Inhalte der Pflegewissenschaft als auch der Sozialarbeitswissenschaft werden im Studiengang genutzt. Die für die Soziale Arbeit relevanten Fragen (Bedingungsfaktoren bio-psycho-sozialer Unterstützungs- und Förderbedarfe, Handlungstheorien,

Handlungskonzepte und Methoden) werden an Zusammenhängen bearbeitet, die sich mit den Arbeitsfeldern der Pflege überschneiden. Ergänzt werden die Inhalte der beiden Disziplinen um eine diakonische Perspektive. Dies ermöglicht allen Studierenden eine vertiefte Auseinandersetzung mit religiösen und ethischen Fragen während des Studiums. Auf Wunsch einiger Träger von Pflegeeinrichtungen, die die Studiengangsentwicklung begleiten, wurden Inhalte in das Curriculum aufgenommen, die die Studierenden ebenfalls für die Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (§ 71 SGB XI) befähigen.

Erste Erfahrungen

Die Berufstätigkeit der Studierenden erleichtert die Vernetzung zwischen den in der Hochschule diskutierten Ansätzen aus der Wissenschaft und der Praxis in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Studierenden. Dies hat sich in den ersten beiden Studiengruppen bereits bestätigt. Die Studierenden aus dem Bereich der Behindertenhilfe, der Alten- und Krankenpflege, der Sozialpsychiatrie und benachbarten Gebieten bringen Fragen aus der Praxis mit in die Hochschule und nutzen die Studieninhalte für ihre Bearbeitung.

Lerntagebücher, die als didaktisches Element von den Studierenden eigen-

Studiengang Soziale Arbeit & Diakonie – Pflege & Teilhabe an der Ev. Hochschule für Soziale Arbeit & Diakonie Hamburg

Zugangsvoraussetzungen

- Hochschulzugangsberechtigung
- Berufsfeldspezifische Ausbildung (in der Regel)
- Mindestens eine zweijährige Tätigkeit in einem einschlägigen Berufsfeld
- Ausübung dieser Tätigkeit während des Studiums mit mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit
- Bereitschaft, sich mit interreligiösen und ethischen Grundfragen vor dem Hintergrund christlicher Werte auseinanderzusetzen
- Vorhandene Berufspraxis wird im Umfang von von 30 Credits anerkannt

Studienzeiten

- 6 Semester (Präsenz- und Selbststudium)
- 13 Kompaktseminare (Do/Fr) und 1 bis 2 Kompaktwochen (Mo–Fr) pro Jahr
- Beginn jeweils zum Wintersemester
- Bewerbungszeitraum: jährlich 15.03.–15.04.

Kosten: Die monatlichen Studiengebühren liegen bei 260 Euro (Stand 2016). Hinzu kommen Semestergebühren (Ticket, AStA, Härtefonds) in Höhe von ca. 180 Euro.

Abschlüsse: Mit dem Abschluss Bachelor of Arts Soziale Arbeit und der staatlichen Anerkennung als Sozialarbeiter(in)/Sozialpädagoge oder Sozialpädagogin sind die Absolventen für alle Bereiche der Sozialen Arbeit qualifiziert. Darüber hinaus können nach Belegung spezifischer Module diakonische Kompetenzen erworben und das kirchliche Examen als Diakonin absolviert werden.

Weitere Informationen: <http://www.ev-hochschule-hh.de>



Literatur

CAREkonkret (2015) Modellprojekt will Lücke zwischen Bedarf und Nachfrage schildern. Der präventive Hausbesuch. CAREkonkret 18/23: 10.

Dehne P. (2015) Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung. Präsentation auf dem 11. Deutschen Seniorentag in Frankfurt am 2. Juli 2015.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2014) Schulgesundheitspflege in Deutschland. DBfK, Berlin.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (Hrsg.) (2008) Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt Mobil – der Abschlussbericht. Hannover, Schlütersche.

Dörner K. (2012) Leben und sterben, wo ich hingehöre: Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster, Paranus Verlag.

EMNID (2011) Wohnwünsche im Alter. Grafikreport. www.impulse-fuer-den-wohnungsbau.de/w/files/studien-etc/emnid_wohnwunsche-im-alter-pressemappe.pdf, Zugriff am 03.02.2016.

Hackmann M. (2011) Das Leid der Cholera-kranken rüttelte die Kaufmannstochter wach. Amalie Sieveking - Pionierin der Armen- und Krankenpflege. Pflegezeitschrift 64, 372-375.

Hackmann M. (2014) Berufsbild im Wandel - Im 20. Jahrhundert übernehmen Pflegenden die Gesundheitsfürsorge. Pflegezeitschrift 67: 502-504.

Hackmann T., Müller D., Steiner M., Tiessen J. (2014) Pflege vor Ort gestalten und verant-

worten. Konzept für ein Regionales Pflegebudget. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Heinze R. G. (2015) Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung. Präsentation auf dem 11. Deutschen Seniorentag in Frankfurt am 2. Juli 2015.

Kruse, A. (2015) Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung. Präsentation auf dem 11. Deutschen Seniorentag in Frankfurt am 2. Juli 2015.

Künzel A. (2012) „Netzwerk: Soziales neu gestalten“ für die Neuausrichtung der Pflege-landschaft. Informationsdienst Altersfragen 39/2: 19-21.

Michell-Auli P. (2012) Quartiersentwicklung als notwendige Aufgabe – Ziele als konzeptionelle Voraussetzung für die Umsetzung. Informationsdienst Altersfragen 39/2: 12-18.

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Mathilde Hackmann, RbP, Diplom-Pflegepädagogin (FH), MSc (Nursing and Education), arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit und Diakonie, Hamburg.

Kontakt: mhackmann@rauheshaus.de

Anzeige



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Gemeinsam für mehr Wissen.

NEU: E-Learning Kurs Hygienebeauftragte in der Pflege

In diesem abwechslungsreich und interaktiv gestalteten E-Learning-Kurs lernen Sie ganz bequem am Arbeitsplatz oder Zuhause die aktuellen Grundlagen der Infektionsprävention, der Hygiene, der Mikrobiologie, die empfohlenen Hygienemaßnahmen im stationären Bereich sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen.

Wenn Sie alle Module erfolgreich absolviert haben, erhalten Sie ein Zertifikat „Hygienebeauftragte in der Pflege“.

Weitere Informationen und den Link zur Demoversion finden Sie unter www.dki.de.

Mit freundlicher Unterstützung von:



Ich begleite Sie
durch den Kurs!

www.dki.de

> Theorie-Praxis-Transfer in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften.
Teil 3: Transfer als Aufgabe der Lehrenden und Lernenden.

Die innere Logik

ULRICH MÜLLER & MIRJAM SOLAND

Serie! – Dritter Teil

In den ersten beiden Beiträgen dieser Reihe (Heft 5/2015, S. 300ff; Heft 10/2015, S. 626ff) klärten Ulrich Müller und Mirjam Soland Begrifflichkeiten, stellten theoretische Modelle zum Transferprozess vor und untersuchten, wie der Theorie-Praxis-Transfer bereits bei der Planung und Entwicklung von Bildungsangeboten berücksichtigt werden kann. Ein gelungenes Transfermanagement erfordert ein ganzheitliches Vorgehen, das früh einsetzt, möglichst viele Einflussfaktoren berücksichtigt und nach Möglichkeit alle beteiligten Personen einbindet: Programmverantwortliche bzw. Personalentwickler, Führungskräfte und Kollegen, Lehrende und Lernende. Eine besondere Verantwortung kommt dabei den beiden Letztgenannten zu. Im Folgenden stellen die beiden Autoren dar, welche Beiträge die Lernenden und die Lehrenden leisten können.

Transfer als Aufgabe der Lernenden

Die Ergebnisse lernpsychologischer Untersuchungen weisen seit langem darauf hin, dass der *eigenverantwortlichen Aktivität* der Lernenden entscheidende Bedeutung für den Erfolg des Lernprozesses zukommt. Lernen ist ...

- ein aktiver Prozess der Bedeutungserzeugung,
- untrennbar mit emotionalen und motivationalen Prozessen verbunden,
- Problemlösen,
- ein selbstorganisierter Prozess,
- selbstbestimmt,
- individuell unterschiedlich, und
- bewegt sich zwischen Fremd- und Selbstbestimmung (vgl. Wolf 2009, S. 125ff.).

Zahlreiche Studien belegen, dass auch für den Transfer des Gelernten in die Praxis die Lernenden selbst ein ausschlaggebender Faktor sind. Dabei zeigen sich die folgenden Merkmale und Einstellungen der Teilnehmenden als besonders wichtig:

- Allgemeine kognitive und metakognitive Fähigkeiten, insbesondere Lern- und Transferfähigkeiten (vgl.

Gnefkow 2008; vgl. Hunter 1986; Colquitt et al. 2000; Mathan & Koedinger 2005),

- Lern- und Transfermotivation (vgl. Noe & Schmitt 1986; Baldwin & Ford 1988; Holladay & Quiñones 2003),
- Persönlichkeitsmerkmale und Einstellungen wie z.B. Ziel- und Karriereorientierung, Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Eingebundenheit ins Unternehmen, Verbundenheit zum Arbeitgeber, u.a. (vgl. Yamkovenko & Holton 2010; Tannenbaum et al. 1993),
- Kontrollüberzeugungen und Erwartungen an die eigene Selbstwirksamkeit (vgl. Noe & Schmitt 1986; vgl. Krapp & Ryan 2002; Yamkovenko & Holton 2010),
- Erwartungen an und Reaktionen auf das Seminar, wie z.B. Nutzenerkenntnis, Zufriedenheit, Erfüllung der Erwartungen an die Inhalte (vgl. Mathieu et al. 1992; Tannenbaum et al. 1993; Alliger et al. 1997).

In Weiterbildungsveranstaltungen, in Hochschulseminaren und (Fach-)schulischen Unterricht kommen jedoch immer noch viele Teilnehmende mit

der Erwartungshaltung, dass die Lehrenden den aktiven Part spielen: „Jetzt wird mir etwas beigebracht“. Hier bedarf es geeigneter Maßnahmen, um den notwendigen Perspektivenwechsel vom passiven Konsumenten zum aktiven Teilnehmenden zu erreichen. Es kommt dabei entscheidend darauf an, dass die Lernenden sich selbst als aktive Subjekte wahrnehmen und Verantwortung für ihren eigenen Lernprozess übernehmen: „Meine Weiterbildung ist mein eigenes Projekt“. Fokussiert man dies auf den Transferaspekt, so bedeutet das:

- den Transfergedanken vom Anfang bis zum Ende präsent zu halten – wobei der Anfang des Lernens vor dem Beginn der Maßnahme liegt, und das Ende weit nach deren Abschluss,
- eine genaue Vorstellung von dem angestrebten Wissen und Können zu entwickeln: „Was will ich für mich mitnehmen? Was sind meine Fragen? Wo sind meine Probleme in der Praxis?“,
- bereit zu sein, sich selbst immer wieder zum Lernen zu motivieren,
- bereit zu sein, durch Erfahrungen in der Praxis weiter zu lernen,
- Vertrauen zu haben in die eigene Fähigkeit, Neues in Altbekanntes zu integrieren, und dieses Neue in der Praxis anzuwenden,
- über persönliche Umsetzungsstrategien zu verfügen,
- Mut, etwas auszuprobieren oder anders zu machen als gewöhnlich,
- Ausdauer, Veränderungen auch gegen Widerstand aus der Umgebung durchzusetzen und beizubehalten.

Wie kann man Menschen zu dieser Haltung der Verantwortungsübernahme führen? Diese Frage zielt auf das Grundparadox pädagogischen Handelns. „Aufforderung zur Selbsttätigkeit“ – so

hat Dietrich Benner im Anschluss an Fichte ein zentrales Prinzip der Pädagogik beschrieben (vgl. Benner 1987, S. 63 f.). Dieses Prinzip kann als Kriterium für alle Aktivitäten und Maßnahmen gelten, die vonseiten der Personalentwickler, Führungskräfte und Lehrenden zur Unterstützung und Begleitung der Lernenden unternommen werden. Alle im Folgenden dargestellten Aufgaben müssen darauf zielen und sind so zu gestalten, dass sie diesen Prozess der Verantwortungsübernahme der Lernenden ermöglichen, anregen – und gezielt einfordern.

Transfer als Aufgabe der Lehrenden

Wir haben im zweiten Teil der Reihe (vgl. Müller & Soland 2015a) darauf hingewiesen, dass ein transferförderliches Programmportfolio eine breite Palette an Lehr-, Lern- und Unterstützungsangeboten umfassen sollte, darunter auch nicht-seminaristische Ansätze (wie z.B. Coaching, kollegiale Beratung, Mentoring etc.). Die folgenden Hinweise beziehen sich schwerpunktmäßig auf alle Angebotsformate, in denen eine unterrichtende Person eine zentrale Rolle einnimmt, also seminaristische Lernformen. In der Hand der Lehrenden liegt es, die Bildungsmaßnahme transferorientiert zu gestalten.

Transferorientierte Gestaltung von Lehrveranstaltungen

Um Unterricht, Seminare und Trainings transferfördernd zu gestalten, gilt es, den gesamten Prozess im Auge behalten: von der Planung und Vorbereitung, über die Durchführung bis hin zur Auswertung, Nachbereitung – und möglicherweise einem praxisbegleitenden Unterstützungsangebot, dass an die eigentliche Veranstaltung anschließt. Dabei gibt es nicht „die Methode“, um den Transfer sicher zu stellen, sondern nur den wirkungs- und transferoptimierenden Einsatz von Maßnahmen (vgl. Besser 2004, S. 14). Letztendlich können alle Gestaltungselemente eines Seminars mehr oder weniger transferförderlich gestaltet werden.



Für die folgenden Anregungen unterscheiden wir daher die o.g. Phasen eines Lehr-/Lernangebots. Aus Platzgründen wählen wir hierfür die Form einer Liste von möglichen Aktivitäten. Selbstverständlich sind diese Hinweise nicht immer und überall anwendbar, es kommt auf die jeweiligen Umstände an.

Wir verweisen im Folgenden auch auf eine Reihe von Methoden, auf die wir, ebenfalls aus Platzgründen, hier nicht näher eingehen können. Alle mit einem → gekennzeichneten Methoden sind detailliert beschrieben in Müller et al. (2012). Weitere Methoden finden Sie bei Besser (2004).

Bei der Planung der Maßnahme

- Berücksichtigung der Ergebnisse von Bedarfsanalysen, die für das Gesamtprogramm oder ggf. sogar für die einzelne Veranstaltung durchgeführt wurden;
- Bei unternehmensinternen Maßnahmen: Genaue Absprachen mit dem Veranstalter/Auftraggeber: Wie unterstützen das Unternehmen und die Führungskräfte die Teilnahme am Seminar bzw. den Transfer? Gibt es Instrumente der Personalabteilung, die eingesetzt werden, um den Transfer zu unterstützen? Führen die Führungskräfte Unterstützungs- bzw. Transfersgespräche mit ihren Mitarbeitern? Sind Aktivitäten im Nachfeld geplant?

- Ggf. Kontaktaufnahme mit (ausgewählten) Führungskräften;
- Sofern Ziele und Inhalte nicht schon detailliert aus einem Curriculum hervorgehen: Auswahl von Zielen und Inhalten aufgrund von Anwendungssituation der Teilnehmenden;
- „Weniger ist mehr“: realistische, zum Zeitrahmen und den Teilnehmenden passende Ziele setzen und Inhalte auswählen;
- Kompetenzorientierte Formulierung von Zielen unter Berücksichtigung von konkreten Anwendungsbedingungen;
- Wahl von Beispielen, Texten etc. aus dem Anwendungskontext der Teilnehmenden;
- Planung von konkreten Schritten zur Transferanbahnung.

Im Vorfeld der Maßnahme

- Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit den Teilnehmenden;
- Detaillierte Information der Teilnehmenden über Ziele, Inhalte und methodische Vorgehensweise der Veranstaltung;
- Falls es in der Veranstaltung gestaltbare Freiräume gibt: Abfrage von spezifischen Wünschen der Teilnehmenden, von Praxisbeispielen oder aktuellen Fällen (kann ggf. auch zu Beginn der Veranstaltung noch erfolgen);
- Aufforderung an die Teilnehmenden, sich bereits vorab Gedanken zu machen und eine Vorstellung davon zu

entwickeln, was sie wissen und lernen wollen: „Was will ich für mich mitnehmen? Was sind meine Fragen? Wo sind meine Probleme in der Praxis?“ So kann das Bewusstsein für die „Brücke vom Lernen in die Praxis“ von Anfang an entwickelt werden.

- Ggf. Verpflichtung zur Vorbereitung der Seminarinhalte, z.B. durch die Bearbeitung von Lernprogrammen oder -texten im Vorfeld.

Zu Beginn der Veranstaltung

- Orientierung über die Veranstaltung und ihren Aufbau (→ Agenda); an die im Vorfeld kommunizierten Ziele der Maßnahme anknüpfen;
- Ankündigen von gezielten Schritten zur Transferanbahnung im Programm;
- Vorkenntnisse und Vorerfahrungen der Teilnehmer aktivieren (z.B. (→ Bildbetrachtung, (→ Erwartungsinventar, (→ Graffiti).
- Die Teilnehmenden darauf vorbereiten, eigene Fälle in ihren individuellen Kontext einzubringen; ihnen Gelegenheit geben, das Thema auf ihre individuelle Situation zu beziehen.

Während der Veranstaltung

- Aktivierende Lehr-/Lernverfahren einsetzen;
- Gezielt an das Vorwissen der Teilnehmenden anknüpfen;
- Sozialformen wechseln, um vielfältige Aktivitäten der Teilnehmenden zu ermöglichen (→ Einzelarbeit, (→ Partnerarbeit, (→ Gruppenarbeit, (→ Plenum);
- Sozialformen in Analogie zu realen Anwendungssituationen einsetzen (z.B.: Anwendungssituation Gespräch mit einem Angehörigen: Übungssituation in Partnerarbeit, ggf. erweitert durch einen dritten als Beobachter);
- Bezug zu konkreten Aufgaben aus dem Arbeitsumfeld herstellen, an realen Fällen der Teilnehmenden oder mit realistischen Fallstudien arbeiten (→ Fallbesprechung);
- Die Teilnehmenden fordern, aber nicht überfordern;
- Auf ein angemessenes Lerntempo achten (Vieles lernt man schneller, wenn man es langsam lernen darf...);

- Den Teilnehmenden Möglichkeiten bieten, positive und erfolgreiche Lernerfahrungen machen zu können;
- Ausreichend Zeit einplanen für die Reflexion (→ Tagebuch schreiben) und Vertiefung des Gelernten (→ Lernphase integrieren), für die Erprobung von neuem Verhalten (→ Rollenspiel, → Übung, → Videotraining), für die Übertragung des Gelernten auf konkrete Praxisfälle sowie für die Besprechung möglicher Umsetzungsprobleme;
- Den Transferprozess gezielt ansprechen: Transfergründe und Transferhindernisse vorweg nehmen, durchdenken und ihre Überwindung vorbereiten (z.B. → Back Home, → Graffiti, → Horrorszenerario, → Praxisposition, → Phantasiereise);
- Noch im Verlauf der Veranstaltung Rückmeldung einholen, um die Passung zu den Anforderungen der Teilnehmer steuern zu können (→ Blitzlicht);
- Noch während der Veranstaltung Möglichkeiten für Lernerfolgskontrollen anbieten (→ Test, → kommunikative Validierung).

Am Ende der Veranstaltung

- Die gelernten Inhalte reflektieren und konkrete Transfervorhaben für den Arbeitsalltag planen (→ Brief an mich selbst);
- Einen Vertrag zwischen Lehrendem und Lernendem schließen (Lerntransfervertrag);
- Sich mit anderen verabreden, um Umsetzungsziele zu besprechen und zu reflektieren (Transferpartnerschaft).

Nach der Veranstaltung

- Unmittelbar nach einer Maßnahme ist die intrinsische Motivation hinsichtlich des Transfers sehr hoch, sie flaut jedoch im Laufe der Zeit ab. Es geht daher darum, im Nachfeld zusätzliche Unterstützungsangebote zu machen, die erneute Impulse setzen;
- Ein → Fotoprotokoll versenden, in dem z.B. die in Gruppen erarbeiteten Lösungen für konkrete Praxisfälle der Teilnehmenden dokumentiert sind;
- Einen Podcast versenden, der eine kleine Zusammenfassung und Hinweise für die nächsten Schritte enthält;
- Anbieten von Folgemaßnahmen wie Praxisbegleitung, Praxiscoaching, Follow-up.

Grenzen der Einflussnahme

Wie wir gesehen haben, bieten sich Lehrenden viele Möglichkeiten, Weiterbildungsseminare und (hoch-)schulischen Unterricht transferförderlich zu gestalten. Doch wir wollen hier auch auf die Grenzen verweisen: Die Lehrenden und die Lernenden sind darauf angewiesen, dass der gesamte Prozess gelungen gestaltet ist. Wenn bei der Bedarfsanalyse, der Programmplanung, der Auswahl der Teilnehmenden, der Einbeziehung der Führungskräfte usw. von den Verantwortlichen nicht entsprechend sorgfältig gearbeitet wird, so kann dies von den Lehrenden und den Lernenden kaum mehr ausgeglichen werden.

Zusammenfassung

Beim Transfermanagement kommt es darauf an, den gesamten Handlungszyklus des Bildungsprozessmanagements so zu gestalten, dass es am Ende zu Wirkungen und Veränderungen in der Anwendungssituation kommt. Dazu müssen Lernangebote so vorbereitet, durchgeführt und nachbereitet werden, dass die Lernenden das Gelernte auch umsetzen können. Diesem Prozess sollte eine Bildungsbedarfsanalyse vorausgehen, die die Frage klärt, welche Inhalte überhaupt gelernt werden sollen. Das Modell des Bildungsprozessmanagements bietet einen Rahmen für die Planung von Bildungsprogrammen und die Entwicklung von Curricula. Dieses systematische Vorgehen und eine sorgfältige Bearbeitung der einzelnen Teilschritte sind an und für sich schon transferfördernd. Es gilt jedoch auch, in jedem Teilschritt das Funktionsfeld, die Lernenden und den Transfer als Grundlage für die zu treffenden Entscheidungen zu nehmen.

Schlüsselwörter: *Theorie-Praxis-Transfer, Aus- und Weiterbildung, Curriculum*

Literatur

- Alliger, G.; Tannenbaum, S.; Bennett, W.; Traver, H.; Shozland, A. (1997): A meta-analysis of the relations among training criteria. In: *Personnel Psychology* 50 (2), S. 341–358.
- Baldwin, T. T.; Ford, J.K. (1988): Transfer of Training: A Review and Directions for Future Research. In: *Personnel Psychology* (41), S. 63–105.
- Benner, D. (1987): *Allgemeine Pädagogik*. Weinheim und Basel: Beltz
- Besser, R. (2004): *Transfer: Damit Seminare Früchte tragen*. Weinheim und Basel: Beltz
- Colquitt, J.; Le Pine, J.; Noe, R. A. (2000): Toward an Integrative Theory of Training Motivation: A Meta-Analytic Path Analysis of 20 Years of Research. *Journal of Applied Psychology*, 678-707 (Vol. 85, No. 5).
- Gnefkow, T. (2008): *Lerntransfer in der betrieblichen Weiterbildung. Determinanten für den Erfolg externer betrieblicher Weiterbildungen im Lern- und Funktionsfeld aus Teilnehmerperspektive*. Dissertation. Universität Bielefeld, Bielefeld. Online verfügbar unter <https://pub.uni-bielefeld.de/luur/download?unc=downloadFile&recordId=2303980&fileId=2303983>, zuletzt geprüft am 23.10.2013.
- Holladay, C. L.; Quiñones, M. A. (2003): Practice Variability and Transfer of Training: The Role of Self-Efficacy Generality. In: *Journal of Applied Psychology*, 1094–11 (Vol. 88, No. 6), S. 1094–1103.
- Hunter, J. E. (1986): Cognitive Ability, Cognitive Aptitudes, Job Knowledge, and Job Performance. In: *Journal of Vocational Behavior* (29), S. 340–362.
- Krapp, A.; Ryan, R. M. (2002): Selbstwirksamkeit und Lernmotivation. Eine kritische Betrachtung der Theorie von Bandura aus der Sicht der Selbstbestimmungstheorie und der pädagogisch-psychologischen Interessentheorie. In: *Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft*, (44).
- Mathan, S. A.; Koedinger, K. R. (2005): Fostering the Intelligent Novice: Learning from errors with metacognitive tutoring. In: *Educational Psychologist* (40, 4), S. 257–265.
- Mathieu, J. E.; Tannenbaum, S. I.; Salas, E. (1992): Influences of Individual and Situational Characteristics on Measures of Training Effectiveness. In: *The Academy of Management Journal* (35, 4), S. 828–847.
- Müller, U.; Alsheimer, M.; Iberer, U.; Papenkort, U. (Hg., 2012): *methoden-kartothek.de. Spielend Seminare planen für Weiterbildung, Training und Schule*. Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Müller, U.; Soland, M. (2015a): Theorie-Praxis-Transfer in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften. Teil 1: Problemaufriss und theoretische Hintergründe. In: *Pflegezeitschrift*, Jg. 63, Heft 5, Stuttgart: Kohlhammer, S. 300-303
- Müller, U.; Soland, M. (2015b): Theorie-Praxis-Transfer in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften. Teil 2: Transferorientierte Programm- und Curriculum-Entwicklung. In: *Pflegezeitschrift*, Jg. 63, Heft 7, Stuttgart: Kohlhammer, S. 626-631.
- Noe, R. A.; Schmitt, N. (1986): The influence of trainee attitudes on training effectiveness: Test of a model. In: *Personnel Psychology* (39), S. 497–523.
- Tannenbaum, S. I.; Cannon-Bowers, J. A.; Salas, E.; Mathieu, J. E. (1993): Factors that influence training effectiveness: A conceptual Model and longitudinal analysis. In: *Technical Report*; Naval Training Systems Center; Orlando, Florida (93, 011).
- Wolf, K. D. (2009): *Lernen und Lehren*. In: Gessler, M. (Hg., 2009): *Handlungsfelder des Bildungsmanagement. Ein Handbuch*. Münster u.a.: Waxmann, S. 123-156
- Yamkovenko, B.; Holton, E. (2010): Towards a Theoretical Model of Dispositional Influences on Transfer of Learning. Louisiana State University. Baton Rouge. Online verfügbar unter <http://www.ufhrd.co.uk/wordpress/wp-content/uploads/2009/07/2-3-refereed-paper.pdf>. Zuletzt geprüft am 30.08.2015

Autorenkontakt:

Prof. Dr. Ulrich Müller ist Hochschullehrer für Bildungsmanagement und Weiterbildung an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg.

Kontakt:

ulrich.mueller@ph-ludwigsburg.de

Mirjam Soland, Dipl.-Päd., ist Personalentwicklerin bei der Samariterstiftung in Nürtingen.

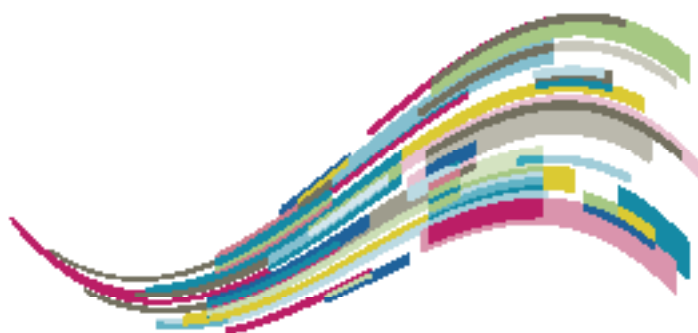
Kontakt:

Mirjam.Soland@samariterstiftung.de

Anzeige



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN



**Qualität braucht Miteinander
Mut und Kompetenz**

**11. Kongress der
Deutschen Gesellschaft
für Palliativmedizin**
Leipzig | 07. – 10. September 2016
www.dgp2016.de

**Jetzt
Frühbucher-
Rabatt sichern!**
Bis 16. Mai 2016*

* Breviärgabe Kongressgebühr für DGP-Mitglieder
Nach nicht Mitglied in der Deutschen Gesellschaft
für Palliativmedizin? Dann sind Sie uns herzlich
willkommen in jeder Gesellschaft mit mehr als
5.000 in der Hospiz- und Palliativversorgung Tätigen.
Näheres unter www.dgp2016.de

›Blockaden und Blackouts

Prüfungsangst – ein Thema für Pflegepädagogen?!

NATALIA ESSE, KATHRIN SCHÄFFNER & KARL-HEINZ SAHMEL

Angst vor Prüfungen – ein Problem, das es gibt, mit dem sich allerdings Lehrende wenig auseinandersetzen. Und auch Auszubildende sehen dies eher als Schicksal denn als ein Problem an, das durch Aufklärung angemessen bewältigt werden kann. Gerade in der Gesundheits- und Krankenpflege scheint uns eine fundierte Auseinandersetzung mit diesem Problemfeld unerlässlich.

Angst

Angst ist ein Gefühl, das jeder von uns kennt. Wir handeln beispielsweise aus Angst zu versagen, ignoriert oder missachtet zu werden. Wir haben Angst vor so vielen Sachverhalten und Ereignissen wie der Liebe, vor der Übernahme von Verantwortung oder gar Angst vor dem eigentlichen Leben. Weiterhin gibt es die Angst vor neuen Herausforderungen oder die Angst vor Sterben und Tod, welche das Leben mit sich bringt. In der Entwicklungspsychologie spricht man von einem lebenslangen Prozess eines komplexen Wirkungsgefüges, an dem unterschiedliche Faktoren beteiligt sind. Im Laufe des Lebens stellen sich jedem Individuum Entwicklungsaufgaben und kritische Lebensereignisse, die es zu bewältigen gilt. Man kann also auch umgekehrt sagen: „Die Angst lähmt nicht nur, sondern enthält die unendliche Möglichkeit des Könnens, die den Motor menschlicher Entwicklung bildet“ (Kierkegaard, 1844, zit. nach Goltschnigg, 2012: 11).

Da Angst in vielfältigen Situationen auftritt und sich hinter verschiedenen Masken verbergen kann, ist es schwer, sie zu definieren. So bestimmt etwa Becker: „Angst ist eine biologisch sinnvolle Reaktion mit hohem Überlebenswert. Sie dient der Signalisierung und Vermeidung von Gefahr [...] eine so universelle Emotion muss also einen Nutzen haben. Ohne Angst würden wir wahrscheinlich nicht lange leben“ (Becker 2011: 7). Mandler akzentuiert demgegenüber „Angst ist [...] in erster Linie eine kognitive Erscheinung. Das Individuum wird in

seinem Handlungsverlauf unterbrochen und nimmt aufgabenablenkende Reize wahr, die seine Aufmerksamkeit beanspruchen“. Weiterhin sagt er: „Angst erzeugt Interferenz und erlaubt dem Individuum nicht, seine Kompetenz voll in die Anforderungssituation einzubringen“ (Mandler 1952, zit. nach Schwarzer 1987: 73f.).

Innerhalb der Psychologie gibt es verschiedene Ansätze, die sich intensiv mit Angst auseinandersetzen; auch die Neuropsychologie thematisiert Angst. Ebenso vielfältig sind die Merkmale und Symptome von Angst. Angst kann von Aufgeregtheit, Besorgtheit, Furcht und Ängstlichkeit abgegrenzt werden. Angst ist zeitlich unbegrenzt, subjektiv und mehrdimensional. Angst ist eine Emotion und somit als komplexes Reaktionsmuster auf mehreren Ebenen zu verstehen. Damit sind neben dem Erleben auch das Verhalten und die körperliche Reaktionsbereitschaft Bestandteile, die mit Angst zusammenhängen.

Das Phänomen Prüfungsangst

Über Prüfungsangst informiert nicht nur die einschlägige psychologische Literatur, sondern interessante Informationen erhält man auch durch Ratgeber, etwa für Studenten, die einem besonderen Druck ausgesetzt sind, oder durch spezifische Beratungsstellen.

In einem Ratgeber für Betroffene findet sich die Definition von Prüfungsangst als eine „anhaltende und deutlich spürbare Angst in Prüfungssituationen

und/oder der Zeit der Prüfungsvorbereitung“ (Fehm/Fydrich 2013: 19). Weiter wird hier von klinisch relevanten Ängsten gesprochen, wenn diese das Leben oder die Bildung beeinflussen. Erreichen die Symptome ein besonders starkes Ausmaß, müssen Betroffene auf Angsterkrankungen, sogenannte Phobien, untersucht werden. In einem weiteren Ratgeber für Studenten wird Prüfungsangst als eine besonders ausgeprägte Furcht erklärt, die von psychischen und vegetativen Symptomen begleitet wird und meist zu einer Vermeidung der Prüfung oder sogar zum Versagen führen kann. Hier wird auch darauf hingewiesen, dass man diese oft emotionalen Ängste auch als einen positiven Aspekt anerkennen muss, da sie leistungssteigernd wirken können (vgl. Bensberg/Messer 2010: 210). Andere Autoren weisen darauf hin, dass in einer Leistungssituation immer ein gewisses Maß an unangenehmen Gefühlen der Anspannung und Unruhe besteht, da unsere Gesellschaft sehr auf Leistung und deren Prüfungen ausgerichtet ist und die Einzelnen dadurch einem großen Druck ausgesetzt sind. Besonders ausgeprägt ist Angst dann, wenn die Prüfung für das zukünftige Leben entscheidend sein kann.

Selten werden Prüfungen als Chance gesehen, Fähigkeiten in befriedigender Weise unter Beweis zu stellen und sich ihr aus diesem Grund gern zu stellen (vgl. Höhn 1984: 17). Weitgehend wird Prüfungsangst mit Leistungsangst gleichgesetzt. Diese Art der Angst ist nicht fiktiv, sondern auf ein bestimmtes Ereignis hin gerichtet, wie einen Test, eine Prüfung oder eine mündliche Abfrage. Prüfungsangst wird verstanden als die Angst vor dem Versagen und Nichterreichen von Erwartungen in einer bestimmten Situation.

Prüfungsangst ist häufig gekennzeichnet durch psychosomatische Störungen, wie beispielsweise Schlafstörungen und Magenschmerzen, oder durch psychi-

sche Beeinträchtigungen, wie Konzentrationsschwäche und Depressionen (vgl. Reibold 2006: 2). Dabei kommt es darauf an, welche Disposition die Person mit sich bringt. Es kann sein, dass Angstbetroffene mit einem empfindlichen Magen-Darm-Trakt häufiger Übelkeit, Magenschmerzen und Durchfall bekommen als andere. Labile Menschen können eher zu Depressionen neigen als positiv eingestellte, Hypertoniker bekommen eher einen hohen Blutdruck (vgl. Knigge-Illner 2010: 21).

Prüfungsangst taucht in unterschiedlicher Ausprägung auf. In leichter Form wird es mit Lampenfieber gleichgesetzt, wobei man ein Stressgefühl bekommt, das zwar unangenehm ist, das eigentliche Verhalten, das Wissen und die Aufnahmefähigkeit aber nicht beeinflusst. Bei anderen wiederum äußert sich die Angst in quälenden Zuständen, die starke psychosomatische Beeinträchtigungen mitbringen und vor allem aber auch die Lebensfreude nehmen.

Es ist nicht leicht zu unterscheiden, wo die Grenze zwischen gesunder und krankhafter Prüfungsangst ist. Oft werden diese beiden Aspekte vermischt. Klar ist, dass der Konsum von Alkohol oder sogar Drogen eher zu den krankhaften Faktoren gezählt werden kann. Aber ab wann sind körperliche Beschwerden krankhaft? Sind Durchfall vor einer Prüfung oder das Gefühl, Herzrasen zu bekommen, und übermäßiges Schwitzen etwas Normales? Ist Prüfungsangst dann normal, wenn die Symptome bei den meisten Betroffenen auftreten?

Aber nicht nur unser Körper kann unter der Prüfungsangst leiden, auch soziale Kontakte und unser Alltagsleben, unsere Hobbys, Familie und Partnerschaft. Wir nehmen uns keine Zeit für uns und unser Wohlbefinden, weil wir oft durch ein schlechtes Gewissen geplagt werden, und die Panik steigt, weil wir vermeintlich nicht genug gelernt haben. Es kommt häufig zu Stimmungsschwankungen und einer Überreiztheit; der Ängstliche ist häufig übellaunig und fühlt sich vor allem nicht verstanden. Tatsächlich ist es auch für Außenstehende schwer, diese Ängste zu verstehen, weil jeder mit seiner Prüfungsangst anders umgeht und diese auch auf unterschiedliche Art und Weise empfunden wird. Häufig helfen Tipps nicht, die beim Anderen Wunder bewirken, und machen möglicherweise alles noch viel schlimmer.

Thematisierung von Angst in Pflegeschulen

Um herauszufinden, wie Lehrende an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen mit Prüfungsängsten umgehen, diesen entgegenwirken und evtl. bestehende Konzepte einsetzen, wurden sieben Pflegefachschulen mit dem Ausbildungszweig „Gesundheits- und Krankenpflege“ in Baden-Württemberg angeschrieben und gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Neben Fragen zur Prüfungsvorbereitung wurde gezielt nach dem Umgang mit Prüfungsängstlichen und nach eventuell bestehenden Konzepten, die bei Prüfungsangst angewandt werden, an den verschiedenen Einrichtungen gefragt. Hier einige aufschlussreiche Antworten:

- Frage „Was haben Sie bei Prüfungsängsten unternommen?“
 - Beruhigen, positiv und zuversichtlich auf Prüflinge wirken
 - Negative Vorstellungen stoppen
 - Pädagogische Beratung
 - Unterstützung durch psychologischen Dienst
 - Ärztliche Abklärung empfohlen
 - Ursachenforschung betreiben
 - Basal stimulierende Angebote
 - Beruhigende Gespräche
 - Simulation der mündlichen Prüfung im Unterricht
- Frage „Gibt es Konzepte oder Angebote seitens der Schule, um Schüler in ihrer Prüfungsangst zu begleiten und zu unterstützen? Wenn ja, welche?“
 - Strategien, die Prüfungsangst nehmen, thematisieren
 - Lern- und Arbeitstechniken
 - Strategien zur Konzentration (teils im Curriculum enthalten)
 - Aussprechen im Unterricht
 - Prüfungstraining
 - Im Notfall pädagogische Einzelberatung
 - Lernbegleitungskonzept
 - Umgang mit Stress
 - Direkter Kontakt zu Schülern
 - Reflexionsgespräche in Theorie und Praxis
 - Bei Bedarf Unterricht bei einer Psychologin
 - Weiterleitung betroffener Schüler zu autogenem Training
 - Lernberatung durch die Kursleitung (im Curriculum enthalten)

Die meisten der aufgelisteten Konzepte sind nicht fest im Curriculum verankert und werden je nach Bedarf angewandt.

Hingewiesen wird auch auf die psychologischen Beratungsstellen im Umkreis der befragten Schulen. Für Auszubildende gibt es hier allerdings nur wenige spezifische Angebote.

Ergebnisse einer empirischen Untersuchung

Um einen tieferen Einblick in den persönlichen Umgang mit Prüfungen im Allgemeinen und die Bearbeitung von Prüfungsangst im Besonderen zu gewinnen, wurden im Rahmen einer qualitativen Untersuchung an der Hochschule Ludwigshafen frisch examinierte Pflegekräfte und Lehrende an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule interviewt. Das qualitative Forschungsdesign sollte erlauben, die vielfältigen Perspektiven der Befragten auf das Phänomen Prüfungsangst transparent zu machen. Die breiten Ergebnisse werden hier in Kernaussagen knapp zusammengefasst dargestellt.

Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege bringen Prüfungsangst bereits aus vorhergehenden Schulen und Erfahrungen im Privatleben mit.

Prüfungsangst, sagten die befragten examinierten Probanden, kann man immer haben. Je älter man wird, umso schlimmer steigt die Nervosität. In der Ausbildung geht es um „Etwas“, es beginnt ein neuer Lebensabschnitt und das eigene Denken und Fühlen macht sich stärker und klarer bemerkbar als in der allgemeinbildenden Schule zuvor. Andere Gründe für Angst werden in allgemeiner Faulheit gesehen und dem Vor-sich-herschieben der zu vielen Lerninhalte sowie dem wenigen Üben und Lernen vor dem Examen. Daraus resultiert oft das Nichtkönnen des Stoffes und es entsteht die Gefahr, in Versagensängste hineinzurutschen. Resignation, die daraus entsteht, führt zu Prüfungsangst.

Die befragten Lehrenden haben eine ähnliche Sicht. Sie verweisen darauf, dass durch das Nicht-Aufarbeiten von Unterrichtetem Schüler den Anschluss verpassen können; auch werde der Ernst der Lage seitens der Auszubildenden nicht immer erkannt. Durch immensen Lernstoff häufen Schüler oft aber auch zu viel Wissen an und wissen dann nichts mehr.

Schüler haben oftmals ein negatives Bild von Prüfungen, was nicht zuletzt

an mangelndem Selbstbewusstsein liegt, welches sich durch Schule und Beruf zieht. Schüler stehen sich auch oft selbst im Weg. Sie haben Angst, der Prüfer könnte eine Art Richter sein und wolle ihnen etwas Böses. Hinzu kommen Angst vor schlechten Noten und das Fehlen von Lerntechniken.

Prüfungsangst wird durch Schüler anders empfunden, als sie von Lehrkräften wahrgenommen wird.

Die befragten Examinierten berichteten auch noch zur Zeit der Befragung, also einige Zeit nach ihrem Examen, sehr emotional über Erfahrungen mit Prüfungen und Symptomen von Angst. Lehrer hingegen verpackten die Anzeichen der Prüfungsangst häufig in trockene Worte, wie „Lethargie“, „emotionale Ausbrüche“, „körperliche Erscheinungen“. Daneben wurden „Blockaden“, „Nervosität“ und „Blackout“ genannt. Schüler nannten hingegen viel detailliertere Merkmale, wie „schockig sein“, „Kaltschweißigkeit“, „Heulkrämpfe“, „höhere Infektneigung“, „Übelkeit und Magenschmerzen“ und die Neigung, „alles hinschmeißen zu wollen“.

Interessant war es zu sehen, was gesunde und krankhafte Prüfungsängste für Lehrer und die Examinierten bedeutet. Beispielsweise ordneten die Examinierten einige der bereits genannten Symptome der „gesunden Prüfungsangst“ zu, während sie bei den Lehrern als „krankhafte Prüfungsängste“ aufgeführt sind. Beispiele hierfür sind Einschlafstörungen und schlaflose Nächte, vermehrtes Schwitzen oder Medikamentenbeschaffung/Baldriankonsum. Hier wird die Einnahme von Medikamenten, auch wenn es „nur“ Baldrian ist, von den Lehrern verharmlost. Doch was wäre, wenn Schüler nicht nur bei Baldrian bleiben?

Positiv fiel auf, dass Lehrer durchaus in der Lage sind, krankhafte Prüfungsangst zu erkennen und entsprechend psychologische Betreuung zu empfehlen. Des Weiteren werden Alkoholkonsum zur Beruhigung, Krankheitshäufigkeit vor bestimmten Prüfungsvorbereitungen und soziale Abschottung genannt.

Beide Probandengruppen wurden nach dem Unterschied zwischen Leistungsdruck und Prüfungsangst befragt. Die Examinierten unterschieden Leistungsdruck und Prüfungsangst, indem sie Leistungsdruck als etwas Positives und Vorantreibendes deklarierten und

Prüfungsangst als etwas Negatives, was ihnen eher im Weg steht und sie hindert. Bei den Lehrern konnten hingegen keine klaren Unterschiede festgestellt werden. Sie sahen Leistungsdruck eher als etwas, das durch Leistungsnachweise ausgelöst wird und Prüfungsangst als etwas, das in der Prüfungssituation selbst vorkommt.

Prüfungsangst in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege wird durch das Berufsbild mitbestimmt.

Menschen, die in der Pflege tätig sind, haben oftmals hohe Ansprüche an sich selbst. Pflegende sind gezwungen, mit schwierigen Situationen auf Station, etwa Leid und Tod, umzugehen. Menschen anderer Berufsgruppen würden

Lehrer sind deutlich anderer Meinung. Sie behaupten, dass die Schüler im Großen und Ganzen gut auf die Prüfung vorbereitet werden oder dass es durchaus Konzepte gibt, an die sich alle Lehrer zu halten haben. Betrachtet man jedoch die Verbesserungsvorschläge für die Prüfungsvorbereitung, könnte man annehmen, dass hier und da doch etwas anders laufen könnte.

Auch äußerten die Examinierten, dass sich Lehrer oftmals uneinig waren, was die Prüfungsmodalitäten und die Inhalte betraf, etwa die Fragestellungen der schriftlichen Prüfung. Jeder Lehrer hatte seine eigene Meinung dazu. Letztendlich führte es zu starken Verunsicherungen der Schüler und verstärkte besonders bei Prüfungsängstlichen ihre Phobien.

Zusammenfassung

Prüfungsangst ist auch in der Pflegeausbildung weit verbreitet, bislang aber nur unzureichend untersucht worden. In den Schulen ist sowohl bei Lehrenden als auch bei Auszubildenden ein Bewusstsein davon vorhanden, dass Angst vor Prüfungen ein deutliches Hemmnis der Motivation und des Lernerfolgs darstellen kann. Allerdings mangelt es bislang an pfledepädagogischen Konzeptionen.

Schlüsselwörter: *Angst, Pflegepädagogik, Pflegeschulen, Prüfungsangst*

ihre Prüfungsangst nicht so zum Ausdruck bringen wie Pflegende. Durch den Schichtdienst hat man oft keinen freien Kopf mehr, um zum Beispiel nach einem Spätdienst noch zu lernen, und kann durch unterschiedliche Dienstpläne sehr schwer Lerngruppen bilden.

Die Lehrenden gehen explizit auf die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis ein. Nicht nur durch das „irgendwie“ Arbeiten, sondern auch durch die plötzliche Verantwortung, welche Auszubildende in der Prüfungssituation tragen müssen, erhöhen sich die Prüfungsängste.

Die Prüfungsvorbereitung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist uneinheitlich, was zur Verunsicherung der Schüler beiträgt und zu Prüfungsängsten führen kann.

In den Interviews wurde klar, dass das Konzept der Schule als sehr undurchsichtig angesehen wurde. Es gab keine Kontinuität und die Schüler hatten oftmals das Gefühl, bei „Null“ anfangen zu müssen. Fehlende Themen mussten selbstständig erarbeitet werden. Oftmals empfanden die Schüler die Prüfungsvorbereitung als eher „chaotisch“ und zu spät.

An den Schulen besteht ein Konzeptmangel bezüglich Prüfungsangst.

Durch die durchgeführte Befragung erhielten wir den Eindruck, dass in keiner Institution ein durchdachtes Konzept gegen Prüfungsangst vorhanden ist. Lediglich die Kursleitung hat die Probanden nach ihren Wünschen gefragt und Stress war ein Thema in der Ausbildung. Festzustellen ist, dass jeder Auszubildende zu dieser Zeit der Ausbildung bereits seine eigenen Lernstrategien besitzt und diese meist auch beibehält. Was sich die examinierten Probanden weiterhin gewünscht hätten, blieb letztlich unscharf: „Wenn ich das wüsste, würde ich meine eigene Schule aufmachen.“

Von den befragten Lehrpersonen hat sich keiner auf ein festverankertes Konzept im Curriculum bezogen. Sie betonten jedoch, dass ein solches Raster oder eine einheitliche Vorgehensweise wünschenswert wäre, um Prüfungsangst schneller erkennen zu können und darauf angemessen zu reagieren. Ein Pädagoge schlug ein Evaluationsprogramm direkt nach Prüfungen und der Notenvergabe mit den Examinierten und den Lehrern vor, um daraus lernen zu können, da man so die realistischsten und ehrlichsten Antworten bekommt.



Literatur

- Becker, E. (2011). *Angst*. München, Basel: Ernst Reinhard
- Bensberg, G. & Messer, J. (2010). *Survivalguide Bachelor. Leistungsdruck, Prüfungsangst, Stress u. Co? Erfolgreich mit Lerntechniken, Prüfungstipps. So überlebst du das Studium!* Berlin, Heidelberg: Springer.
- Fehm, L. & Fydrich, T. (2013). *Ratgeber Prüfungsangst. Informationen für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- Goltschnigg, D. (2012). *ANGST – Lähmender Stillstand und Motor des Fortschritts*. In Goltschnigg, D. (Hrsg.). *Angst. Lähmender Stillstand und Motor des Fortschritts*. Tübingen: Stauffenburg.
- Höhn, R. (1984). *Examen ohne Angst*. Hildesheim: Verlag für Wissenschaft, Wirtschaft und Technik.
- Knigge-Illner, H. (2010). *Prüfungsangst besiegen. Wie Sie Herausforderungen souverän meistern*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Metzig, W. & Schuster, M. (1998). *Prüfungsangst und Lampenfieber. Bewertungssituationen vorbereiten und meistern*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Reibold, D. K. (2006). *99 Praxistipps zur Überwindung der Prüfungsangst*. 2. Aufl. Rellingen: Expert Verlag.
- Schwarzer, R. (1987). *Stress, Angst und Hilflosigkeit. Die Bedeutung von Kognitionen und Emotionen bei der Regulation von Belastungssituationen*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Autorenkontakt

Natalia Esse, Pflegepädagogin B. A.,
Pflegerische Schulen des Diakonissen-
Stiftungs-Krankenhaus Speyer

Kathrin Schöffner, Pflegepädagogin B.A.,
Bildungszentrum Gesundheit Rhein-
Neckar Wiesloch

Dr. Karl-Heinz Sahmel, Professor für Pflege-
pädagogik an der Hochschule Ludwigs-
hafen am Rhein, Fachbereich Sozial- und
Gesundheitswesen, apl. Professor am
Institut für Pflegewissenschaft der UMIT/
Universität für Gesundheitswissenschaften,
Medizinische Informatik und Technik
Hall in Tirol

Kontakt: esse.natalia@googlemail.
com, kschaeffner@gmx.de, karl-heinz.
sahmel@t-online.de

Andere Lehrende verweisen auf Lernberatungen, betonen aber auch, dass es immer wieder Auszubildende gibt, die sich nicht beraten lassen möchten. Auch sehen die Lehrkräfte die Unterstützung gegen Prüfungsangst bei sich selbst: Aufgabe des Lehrers während der Prüfung sei es, eine lockere Atmosphäre zu schaffen.

Schüler sind oftmals nicht über mögliche externe Anlaufstellen gegen Prüfungsangst informiert und fühlen sich nicht entsprechend unterstützt bei der Vorbeugung gegen Prüfungsangst.

Zunächst schien es in den Gesprächen mit den frisch Examinierten so, als ob Prüfungsangst überhaupt kein Thema in der Ausbildung gewesen sei. Dies scheint zwar tatsächlich so gewesen zu sein, jedoch äußerten die Examinierten auch, dass das Kollegium vom Menschlichen her „top“ war, dass man beruhigt wurde und die Lehrer auf einen eingingen. Es schien recht familiär abgelaufen zu sein. Andererseits wird wieder darauf hingewiesen, dass nicht alle Kollegen auf Ängste eingegangen sind.

Bei den Interviews mit Lehrenden wurde Pragmatismus erkennbar. So meinten diese etwa, dass man es dem jeweiligen Kursleiter selbst überlassen solle, wie er mit Prüfungsängsten umgeht. Sind die anderen Kollegen dann außen vor?

Es wird allerdings nicht deutlich, ob Prüfungsangst überhaupt ein wichtiges Thema für Pädagogen im Unterrichtsgeschehen darstellt. Klar ist, dass auch den Pädagogen bewusst ist, dass es für Prüfungsängste keine bestimmte Bezugsperson gibt. Lediglich der Kursleiter ist jemand, der die Schüler dabei auffangen kann. Wie er das jedoch anstellt, ist ihm überlassen.

Abschluss: Ideen für einen Workshop zur Prüfungsangstbekämpfung

Wenn deutlich geworden sein sollte, dass Prüfungsangst sehr wohl ein Thema ist, das einen angemessenen Stellenwert im Rahmen der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege erhalten sollte, dann sollen abschließend einige Ideen skizziert werden, wie in einem Workshop die Thematik angemessen bearbeitet werden könnte. Lehrer sind ein wichtiger Faktor bezüglich der Her-

stellung bzw. Bewahrung von Sicherheit der Schüler bei der Vorbereitung auf die Prüfungen. Sie sind nicht machtlos wenn es um Prüfungsangst geht. Wenn sie Prüfungsangst erkennen, können sie Betroffenen und deren Mitschülern Stabilität und Sicherheit im Umgang mit ihrer Angst geben.

Mögliche Ziele des Workshops:

- Stärkung der Selbstwahrnehmung von Auszubildenden.
- Schüler kennen die Symptome von Prüfungsangst und können ihre eigenen Symptome analysieren und festhalten.
- Auszubildende können Angst und Prüfungsangst bestimmen und ihre eigenen allgemeinen Ängste reflektieren.
- Sie können die Auslöser ihrer eigenen Prüfungsangst entdecken und individuelle Bewältigungsstrategien entwickeln.
- Schüler kennen Entspannungs- und Lerntechniken.
- Schüler kennen externe Anlaufstellen mit Adressen und Angeboten.
- Auszubildende können mit betroffenen Mitschülern umgehen und sie unterstützen.
- Schüler wissen sich vor „Panikmachern“ abzugrenzen.
- Schüler reflektieren die Rahmenbedingungen in der Gesundheits- und Krankenpflege und können sie sich zunutze machen.
- Auszubildende sehen Angst auch als etwas Positives und Leistungsförderndes an.

Mögliche Inhalte des Workshops:

- Prüfungsangst kennenlernen: Angst/ Prüfungsangst
- Wo kann ich mir Hilfe holen?
- Lerntipps
- Entspannungstechniken
- Fit für die Prüfung.

> Psychologische Hilfe in der Not

Beratungsangebote für Studierende

KATJA MARQUART

Das Studium stellt mitunter eine besonders belastende Lebensphase dar: Leistungsdruck, Stress, berufliche Orientierung oder finanzielle Unsicherheit beschäftigen viele Studenten. Diese Zeit ist daher sehr störanfällig. „Mehr als 60 Prozent der Studierenden haben Beratungsbedarf zu Fragen außerhalb ihres Fachs“, heißt es beim Deutschen Studentenwerk. Die Beratungsanlässe reichen von Konzentrationsschwierigkeiten über ein gestörtes Selbstwertgefühl, Angststörungen, soziale Phobien oder Partnerschaftskonflikte bis zu Suchtproblemen und Essstörungen.

Jedes Jahr wertet die Techniker Krankenkasse (TK) die Krankenstandsdaten der bei der Krankenkasse versicherten Erwerbspersonen aus. Besonders besorgniserregend seien die gesundheitlichen Belastungen unter Studierenden. Der Gesundheitsreport 2015 beschäftigte sich daher schwerpunktmäßig mit der Gesundheit von Studierenden. Die Studie zeigt, dass sich der Trend zunehmender psychischer Belastung bei Studierenden fortsetzt und dass viele nicht in der Lage sind, diese allein zu bewältigen. Mehr als jeder fünfte Studierende bekommt eine psychische Diagnose, Spitzenreiter ist die Depression, so die Zusammenfassung. 55 Prozent der befragten Studienteilnehmer gaben an, regelmäßig unter Stress zu leiden.

Ratsuchende Studenten finden an ihrer Hochschule in der Regel ein breites Angebot an Unterstützungsmöglichkeiten. Psychotherapeutische oder psychosoziale Beratungsangebote hat inzwischen jede Hochschule. In der Regel sind diese beim Studentenwerk, häufig auch noch zusätzlich bei den Hochschulen selbst (z. B. bei der Studienberatung) und/oder beim AstA (Allgemeiner Studierenden-ausschuss) angesiedelt.

Die meisten deutschen Studentenwerke beraten zu folgenden Themen:

- Psychologische Beratung
- Sozial- und Rechtsberatung
- Studienfinanzierung
- Beratung für Studierende mit Behinderung und chronischer Krankheit,

für Studierende mit Kind und für ausländische Studierende

Die Beratungsstellen der Hochschulen versuchen mit niedrigschwelligen Angeboten auf sich aufmerksam zu machen und den Studierenden die Scheu zu nehmen, sich hilfesuchend an sie zu wenden. Die Mitarbeiter stellen ihre Beratungsangebote bei Einführungsveranstaltungen vor, gestalten ansprechende Poster oder Flyer, präsentieren sich etwa bei Facebook oder versuchen auch, Dozenten und andere Unimitarbeiter für den Dienst zu sensibilisieren, damit sie bei Bedarf darauf verweisen können.

Die psychosoziale Beratung des Studentenwerks Frankfurt am Main steht neben den Studierenden der Goethe-Universität, auf deren Gelände sie angesiedelt ist, auch den Studenten fünf weiterer Hochschulen im Rhein-Main-Gebiet offen. Die Studierenden können sich jederzeit an diese Stelle wenden, wenn sie unter psychischen Problemen leiden – auch über studienspezifische Schwierigkeiten hinaus. Die meisten





kämen zwar zunächst tatsächlich wegen Problemen, die mit dem Studium in Zusammenhang stehen – wie etwa Prüfungsangst, Lern- oder Konzentrationsschwierigkeiten. Bei genauerem Hinsehen stecke jedoch häufig noch viel mehr dahinter: familiäre Konflikte oder eine ernst zu nehmende psychische Erkrankung wie eine Depression, beobachtet Nina Müller, die seit einem guten Jahr als Psychologin beim Beratungszentrum tätig ist.

Die Wartezeit beträgt in Hochzeiten bis zu drei Wochen. Im Vergleich zu psychologischen Beratungsstellen außerhalb der Universität ist das immer noch sehr kurz. Wem das trotzdem zu lang ist, kann auch erst mal in die offene Sprechstunde kommen, die zweimal wöchentlich stattfindet und für die keine Anmeldung erforderlich ist. Die Beratung ist in Frankfurt wie auch bei anderen universitären Anlaufstellen kostenlos und wird unter Einhaltung der Schweigepflicht streng vertraulich behandelt, bei Wunsch auch anonym.

Die Beratungsstelle dient vor allem als erste Anlaufstelle. Ergibt sich darüber hinaus weiterer Beratungs- oder auch Therapiebedarf, hilft Nina Müller bei der Kontaktaufnahme mit den entsprechenden Stellen. Eine richtige Psychotherapie können die psychosozialen Beratungsstellen in der Regel nicht anbieten. Müller hat jedoch die Erfahrung gemacht, dass den meisten Ratsuchenden einer bis wenige Termine ausreichen, der Durchschnitt liege bei drei bis vier Sitzungen. Immerhin etwa ein Drittel werde jedoch an weitere Stellen verwiesen. Zusätzlich bietet das Beratungszentrum verschiedene Gruppenangebote zu Themen wie

Prüfungsangst, Stressbewältigung oder Selbstorganisation an, die bei den Studenten sehr gut ankommen.

Obwohl der Beratungsbedarf steige, können Nina Müller und andere Beratungsstellen vermelden, dass sich die Studenten heute früher Hilfe holen, und das sei natürlich zunächst positiv. „Gleichzeitig sieht man hier aber auch, wie groß die Not ist“, erklärt Müller: Durch die neuen Studiengänge sei der Druck insgesamt gestiegen und auch früher zu spüren, viele Ratsuchende fühlten sich gefangen in einem System, in dem es nur um Leistung geht. Sorgen bereitet ihr hier eine zunehmende Selbstoptimierungshaltung nach dem Motto: „Wie kann ich noch effizienter lernen? Wie kann ich noch schneller lernen?“ Diese Haltung führt Müller aber auch wieder auf den enormen Druck zurück, unter dem heutige Studenten leiden. „Da ist dann natürlich kein Platz für eine Belastungssituation oder Stress, der nicht mit dem Studium zu tun hat.“ Das passe nicht in das Bild, das Studenten häufig von sich haben. Dementsprechend gut gefüllt ist Müllers Terminkalender.

Für Pflegekräfte und Angehörige anderer sozialer Berufe sei die Gefahr eines Burn-outs erhöht. Dem sollte Müller zufolge daher schon während des Studiums entgegengewirkt werden. Auch wenn die Psychologin vom Frankfurter Studentenwerk in der Praxis selten mit Pflegestudenten in Berührung kommt, vermutet sie, dass die Belastung durch häufige parallele Berufstätigkeit in diesen Fächern oft höher ist. Andererseits schätzt sie diese Studenten wachsamer ein, was die eigenen Grenzen und Bedürfnisse betrifft.

Viele Studenten seien sehr gut informiert und wüssten ziemlich gut, was sie brauchen bzw. wissen wollen. Zudem sei die Hemmschwelle in der jüngeren Generation niedriger, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Wenn sich eine junge Frau in Begleitung einer Freundin sicherer fühle, sei das absolut begrüßenswert. „Männer hingegen kommen deutlich später und häufig erst dann, wenn es brennt“, weiß Müller. Gelegentlich komme es auch vor, dass sich besorgte Kommilitonen oder Dozenten an das Beratungszentrum wenden. Nina Müller versucht dann zu zeigen, wie diese den Hilfebedürftigen auf die Beratungsangebote aufmerksam machen können.

Einen Rat gibt die Psychologin den Studierenden mit auf den Weg: sich nicht zu scheuen, die Beratung in Anspruch zu nehmen und lieber früher als später zu kommen. <<

Links

Gesundheitsreport Studierende der Techniker Krankenkasse:

www.tk.de/tk/themen/gesundheitsreport-studierende/725194

Deutsches Studentenwerk:

www.studentenwerke.de

Autorenkontakt

Katja Marquardt, Gesundheits- und Krankenpflegerin, M.A. Sprach- und Kommunikationswissenschaft, ist freiberufliche Journalistin und lebt in Frankfurt am Main.

Kontakt: katja.marquardt@gmail.com

> Wie lassen sich wissenschaftliche Erkenntnisse kritisch beurteilen?

Vertrauenswürdige Literatur pragmatisch im Internet finden

MARION BURCKHARDT & GERO LANGER

Um die Anwendung von pflegerelevantem Forschungswissen zu erleichtern, haben Marion Burckhardt und Gero Langer eine Übersicht über verschiedene Möglichkeiten zusammengestellt, wie man pragmatisch und schnell vertrauenswürdige Evidenz findet.

Eine Methode zum Auffinden der besten Evidenz

Zum Auffinden der besten Evidenz eignet sich prinzipiell ein hierarchisches Modell über verschiedene, für den Nutzer aufbereitete wissenschaftliche Erkenntnisse. Vielfach genannt und in dieser Arbeit auch genutzt ist in diesem Zusammenhang das S-Modell, das verschiedene Zusammenfassungsebenen von Evidenz (Studies, Synthesen, Summaries, Systems) definiert und das im Lauf der Jahre weiter modifiziert wurde. Grundsätzlich ist es nicht so wichtig, ob man dabei von 4 Ebenen (Haynes, 2001), 5 Ebenen (Haynes, 2007) oder 6 Ebenen (Dicenso et al., 2009; Windish, 2013) ausgeht, das Prinzip bleibt das gleiche: Man sucht nach der am besten aufbereiteten Evidenz, damit man eigene Ressourcen nicht selbst in die Aufbereitung der Literatur stecken muss.

Die Basis der Pyramide (Abbildung 1) bilden die Originalstudien. Bei der Literatursuche kann es leicht passieren, dass man zu einem Thema sehr viele Studien findet – diese Fülle ist oftmals nicht nur unüberschaubar, sondern auch widersprüchlich. Zudem benötigt man Statistik-, Sprach- und Methodenkompetenz, um die Studien zu lesen, zu verstehen und kritisch zu beurteilen. Zwar können Zusammenfassungen, in denen Experten sowohl Ergebnisse als auch die Stärken und Schwächen der Studie kritisch diskutieren, hilfreich sein. Es ist jedoch meist wenig sinnvoll, nur eine Studie zu berücksichtigen, da Einzelstudien den wissenschaftlichen Stand in der Regel nicht ausreichend abbilden und zudem aufgrund des Zufallsfehlers nur eine grobe Schätzung des wahren Effektes darstellen

können. So kommen Einzelstudien oft zu unterschiedlichen Ergebnissen oder sind mit geringer Teilnehmerzahl durchgeführt worden, sodass die Ergebnisse einer zufälligen Streuung unterliegen.

Aussagekräftiger sind systematische Übersichtsarbeiten (»Synthesen«), in denen nach festgelegten Methoden alle Studien zu einem Thema gesucht, beurteilt und zusammengefasst wurden. Auch diese Arbeiten können je nach Fachkenntnis der Ersteller qualitativ unterschiedlich sein und sind zudem oft sehr umfassend.

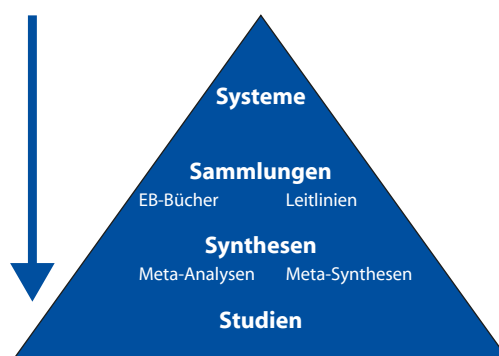
In vielen Bereichen interessiert es die Leser aber, was die zusammengefassten wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Praxis bedeuten. Das ist vor allem dann wichtig, wenn (wie so oft) keine ausreichenden Forschungsergebnisse vorliegen, um eindeutige Entscheidungen zu treffen. Hier sind gute Leitlinien für die Praxis hilfreich: In diesen wurden Studienergebnisse einer großen Gruppe von Experten und Anwendern vorgelegt, die dann – unter Kenntnis aller Studienergebnisse – unter Abwägung von Nutzen und Schaden

konkrete Empfehlungen für die Praxis diskutieren. Eine Sonderform davon sind die deutschen Expertenstandards, die sowohl wissenschaftliche Kenntnisse als auch Expertenmeinungen berücksichtigen, jedoch explizit keine Empfehlungen aussprechen, sondern ein Qualitätsniveau festlegen.

An der Spitze der Pyramide stehen computergestützte Entscheidungssysteme, die in manchen Einrichtungen (z. B. Arztpraxen) schon angewendet werden. Bei diesen Systemen werden die Angaben zum Patienten (z. B. Laborbefunde) mit den entsprechenden Leitlinienempfehlungen verknüpft. Denkbar sind auch Klinikinformationssysteme, die bei Eingabe einer Pflegediagnose evidenz-basierte Pflegeinterventionen unter Berücksichtigung patientenspezifischer Merkmale vorschlagen.

Bei allen diesen Arbeiten gibt es Unterschiede in der methodischen Qualität. Hierbei ist es hilfreich, auf Arbeiten zurückgreifen zu können, die nach definierten Regeln von vertrauenswürdigen, professionellen Organisationen erstellt wurden.

Vertrauenswürdig in diesem Sinne bedeutet entweder, dass die Qualität der Arbeit festgelegten methodischen Gütekriterien folgt (Methodenhandbuch), von unabhängigen Experten begutachtet wurde (Peer-Review-Verfahren), eine Qualitätsbewertung durch eine unabhängige Organisation zur Verfügung gestellt wurde oder bestimmte qualitative Bedingun-



(Ackley, Swan, Ladwig & Tucker, 2008)
(Jones et al., 2012)
(Short et al., 2015)
(van Soeren, 2013)
(Cereda et al., 2015)

Abbildung 1: Methode zum Auffinden der besten Evidenz

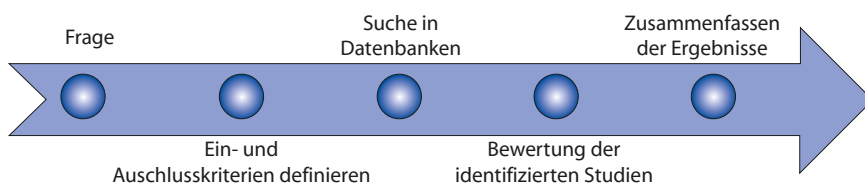


Abbildung 2: Erstellung einer Synthese

gen vor der Veröffentlichung der Arbeit erfüllt sein müssen. Nachfolgend werden Bezugsmöglichkeiten von Synthesen und Leitlinien und kritischen Zusammenfassungen (Synopsis) vorgestellt, die nach Meinung der Autoren wahrscheinlich mit ausreichend methodischer Kompetenz erstellt wurden.

Die Auswahl wurde anhand folgender Kriterien getroffen:

- nachvollziehbare Methoden bei der Erstellung bzw. Auswahl der zur Verfügung gestellten Artikel,
- kostenlose Verfügbarkeit des Volltextes bzw. einer aussagekräftigen Kurzzusammenfassung (Abstract) und
- Sprache Deutsch oder Englisch.

Synthesen

Synthesen sind systematisch erstellte Zusammenfassungen zu spezifischen Fragestellungen; systematisch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass zunächst Ein- und Ausschlusskriterien definiert werden. Dann wird eine Suchstrategie entwickelt, anhand derer relevante Datenbanken durchsucht werden, um möglichst alle Studien zu einem Thema zu identifizieren. Anschließend wird deren Verzerrungsrisiko bewertet. Die Studienergebnisse werden dann zusammengefasst und vor dem Hintergrund der Studienqualität diskutiert. Es gilt zudem als Gütekriterium, wenn die Autoren von Synthesen ihr Vorgehen genau beschreiben.

Grob kann man »systematische Übersichtsarbeiten« und »Meta-Synthesen« unterscheiden. Erstere fassen quantitati-

ve Studienergebnisse zusammen; wenn hierbei zudem Ergebnisse statistisch verknüpft werden, spricht man von einer »Meta-Analyse«. Meta-Synthesen hingegen fassen Studienergebnisse zusammen, die von Erfahrungen berichten (im allgemeinen Sprachgebrauch als »qualitative Studien« bezeichnet).

Da der Erstellungsprozess von Synthesen so komplex ist, kann es leicht zu falschen Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit einer Therapie kommen, wenn die Autoren bewusst oder unbewusst Fehler machen. Es ist daher hilfreich, wenn man entweder auf eine kompetente Bewertung der Synthese zurückgreifen kann (»Synopsis«) oder Synthesen von Organisationen verwendet, die die Qualität bei der Erstellung überwachen oder selber eine Bewertung der Qualität durchführen. Die in Tabelle 1 aufgeführten Organisationen stellen die Qualität sicher, indem sie ihr Vorgehen in Methodenhandbüchern transparent beschreiben und vor der Publikation Kontrollen durch Experten durchführen lassen (Peer-Review Verfahren).

Hilfreich für Anwender ist die »Alert-Funktion«, die viele Datenbanken an-

Beschreibung	Alert
<p>Health Evidence: Die Datenbank der McMaster Universität in Kanada enthält Zusammenfassungen und Qualitätsbewertungen von systematischen Übersichtsarbeiten. Alle Übersichtsarbeiten werden entsprechend einem publizierten Methodenpapier gesucht und hinsichtlich ihrer Qualität bewertet: stark (8 bis 10 von 10 Punkten), mittel (5 bis 7 von 10 Punkten) oder schwach (1 bis 4 von 10 Punkten). Zudem werden Synthesen aus Übersichtsarbeiten zu Gesundheitsthemen hergestellt. Die Nutzung der Datenbank erfordert eine kostenlose Registrierung. http://www.healthevidence.org/</p>	ja
<p>Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR): Die Datenbank der weltweit anerkannten Cochrane-Organisation enthält hochwertige systematische Übersichtsarbeiten zu Interventionen in Medizin und Pflege. Diese werden nach den Vorgaben eines Methodenhandbuches erstellt und strengen Peer-Review-Verfahren durch andere Experten unterzogen. Die Abstracts sind frei verfügbar und enthalten die wichtigsten Inhalte auch in leicht verständlichem Englisch. http://www.cochranelibrary.com/</p>	nein
<p>Health Evidence Network (HEN): Die Datenbank der WHO hat das Ziel, hochwertig aufbereitete Evidenz und Grundsatzzpapiere zu Schlüsselthemen im Gesundheitswesen für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen bereitzustellen. Die Evidenzsynthesen werden durch die WHO-Expertengruppe erstellt, einem Review-Verfahren unterzogen und sind frei verfügbar. http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/health-evidence-network-hen</p>	nein
<p>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Das IQWiG erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses hochwertige systematische Übersichtsarbeiten nach den Vorgaben eines Methodenpapiers. Behandelt werden meist medizinischen Themen. https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte.1057.html</p>	nein
<p>The Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI-Centre): Das an die Universität London angeschlossene EPPI-Centre stellt hochwertige und meist einfach verständliche systematische Übersichtsarbeiten zu Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften (Public Health) sowie anderen sozialwissenschaftlichen Themen her. Die Arbeiten sind sowohl chronologisch als auch zu Themenbereichen geordnet. http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=60</p>	nein

Tabelle 1: Bezugsmöglichkeiten von vertrauenswürdigen Synthesen

S3	Evidenz- und Konsens-basierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, Strukturierte Konsensfindung
S2e	Evidenz-basierte Leitlinie	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
S2k	Konsens-basierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Strukturierte Konsensfindung
S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren




Abbildung 3: S-Klassifikation von Leitlinien im System der AWMF

bieten: Registrierte Nutzer können sich hierbei regelmäßig über neue Publikationen im Interessengebiet informieren lassen; dieser Service ist in der Regel kostenlos.

Sammlungen/Leitlinien

Im Gegensatz zu Synthesen werden in Sammlungen mehrere Fragestellungen zu einem Thema behandelt (z. B. Diagnostik, Therapie und Nachsorge). Hauptsächlich fallen hierunter Leitlinien und Expertenstandards, aber auch Übersichten mehrerer systematischer Übersichtsarbeiten (sog. »Overviews« oder »Umbrella Reviews«). Unter einer Leitlinie versteht man allgemein Handlungsempfehlungen, in denen Experten Handlungskorridore für die Praxis im Gesundheitswesen vorgeben. Diese sollten idealerweise den wissenschaftlichen Kenntnisstand und allgemein anerkanntes Fachwissen widerspiegeln sowie unbeeinflusst von Einzelinteressen sein.

Zu den wichtigsten Qualitätskriterien von Leitlinien gehören durchgeführte systematische Literaturübersichten, Empfehlungen, die in einem möglichst verzerrungsfreien Verfahren von einem repräsentativen, multidisziplinären Expertengremium verabschiedet wurden (strukturiertes Konsensverfahren), und Transparenz über den Zusammenhang von Evidenz und Stärke der Empfehlung (Brouwers et al., 2010; Kopp 2008). Hierbei geht es nicht nur darum, den wissenschaftlichen Hintergrund von Empfehlungen transparent darzustellen, sondern auch deutlich zu machen, wenn dieser fehlt. Das ist vor allem bei medizinischen oder pflegerischen Leistungen jenseits der Arzneimittel der Fall. Da der Gesetzgeber hier keine Studien voraussetzt, wurden viele Interventionen in diesen Bereichen unzureichend untersucht. Zudem sollte das gesamte Erstellungsverfahren in einem Leitlinienreport nachvollziehbar berichtet und

die Leitlinie vor der Veröffentlichung von Experten begutachtet worden sein (Brouwers et al., 2010). Werden diese Qualitätskriterien bei der Erstellung einer Leitlinie beachtet und ist die Leitlinie aktuell (<4 –5 Jahre), können die Empfehlungen daraus mit gutem Gewissen in der Praxis verwendet werden (z. B. für Pflegestandards).

Die Datenbank der Stiftung Qualität in der Pflege enthält Links zu pflegererelevanten deutsch- und englischsprachigen Leitlinien und Expertenstandards. Die Datenbank wird regelmäßig aktualisiert und die Qualität der deutschsprachigen Dokumente von Experten bewertet. Die Datenbank der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) stellt Leitlinien der AWMF-Mitgliedsfachgesellschaften bereit. Diese behandeln überwiegend medizinische Themen, von denen einige auch für Pflegeberufe relevant sind wie zum Beispiel Wundversorgung, Intensivmedizin oder die umfassenden Nationalen Versorgungsleitlinien. Die AWMF achtet auf Aktualität der Leitlinien und teilt sie je nach Erstellungsmethode in ein Klassensystem ein (Abbildung 3). Nur die S3-Leitlinie erfüllt alle oben genannten Kriterien.

Die U.S.-amerikanische Regierungsorganisation Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) stellt in ihrer Datenbank methodische und inhaltliche Übersichten von Leitlinien angloamerikanischer Organisationen zur Verfügung und erlaubt inhaltliche und methodische Vergleiche von ähnlichen Leitlinien. Darüber hinaus kann man in der Datenbank der WHO Leitlinien zu Gesundheitsthemen finden, die nach strengen Qualitätsvorgaben erstellt wurden (WHO, 2014).

Gute Overviews kann man ebenfalls in der Cochrane Library und bei Health Evidence finden. Als Beispiel sei hier ein Overview der Cochrane-Organisation zur sicheren Verabreichung von Medikamenten (Ryan et al., 2014) genannt.

Diese »Synthesen von Synthesen« enthalten zwar keine Empfehlungen, geben aber einen breiten Überblick über die Ergebnisse von mehreren systematischen Übersichtsarbeiten – streng genommen könnte man diese Arbeiten auch als Synopsen bezeichnen. Da beide Organisationen ihr Vorgehen jedoch explizit beschreiben und ihre Veröffentlichungen zuvor einem strengen Peer-Review-Verfahren unterziehen, gehen diese Arbeiten über eine reine Beschreibung von Inhalten und Methoden hinaus.

Synopsen von Studien, Leitlinien und systematischen Übersichtsarbeiten

Synopsen sind für Anwender aufbereitete Zusammenfassungen, in denen entweder einzelne Leitlinien, Studien oder Synthesen beschrieben sind. Darunter fallen auch sogenannte »Rapid Reviews« (Schnell-Übersichten) oder »Knowledge Summaries« (Zusammenfassungen von Wissen), in denen Organisationen evidenzbasiertes Wissen zu verschiedenen Themen zusammenstellen. Idealerweise werden Ergebnisse und Schlussfolgerungen auch vor dem Hintergrund diskutiert, wie diese von Fehlern bei der Durchführung der Studien beeinflusst sein können.

Synopsen werden meist in Zeitschriften oder Datenbanken von Organisationen veröffentlicht, die den Transport wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis zum Ziel haben. In der Regel werden Kurzzusammenfassungen (Abstracts) zur Verfügung gestellt und für Volltexte wird eine Gebühr erhoben. Manche Artikel werden nach einer bestimmten Zeit auch kostenlos im Internet zur Verfügung gestellt, andere können meist über Bibliotheken bezogen werden.

Ihre Qualität ist von der Kompetenz ihrer Verfasser abhängig, Studien zu bewerten und deren Ergebnisse einzuschätzen. Die meisten Zeitschriften

Beschreibung	Alert
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Datenbank für frei verfügbare, aktuelle Leitlinien bzw. Patientenleitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Je nach Methodik werden die Leitlinien von der AWMF in Qualitätsstufensystem (S1-S3) eingeteilt. http://www.awmf.org/	nein
National Guidelines Clearinghouse (NGC) der U.S.-amerikanischen Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): Die Datenbank enthält inhaltliche und methodische Zusammenfassungen (»guideline summaries«) und vergleichende Gegenüberstellungen (»guideline syntheses«) von englischsprachigen Leitlinien, die aufgrund einer systematischen Literaturrecherche erstellt wurden. http://guideline.gov/ Beinhaltet u. a. Zusammenfassungen von Leitlinien folgender Organisationen: <ul style="list-style-type: none"> • National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Public Health Guidance (http://www.nice.org.uk/guidance/) • Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (http://rnao.ca/bpg/guidelines/) • Canadian Medical Association (CMA Infobase) (https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx) • Center for Disease Control and Prevention (CDC) (http://www.cdc.gov/) 	ja
Pflegerische Leitlinien und Standards der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP): Die Datenbank enthält deutsch- und englischsprachige Links zu Leitlinien und Standards zu pflegerelevanten Themen sowie zu Organisationen, die diese herstellen. Für die deutschsprachigen Leitlinien wird darüber hinaus eine Qualitätsbewertung zur Verfügung gestellt. http://lls.zqp.de/	nein
Guidelines International Network (G-I-N): Die Suche in der internationalen Leitliniendatenbank ist frei, aber die Verlinkung zu den Originaldokumenten kostenpflichtig. Daher empfiehlt es sich, den gefundenen Titel in eine Internetsuchmaschine einzugeben, um zur Webseite des Leitlinienherstellers zu kommen. Eine Beurteilung der Leitlinienqualität wird nicht bereitgestellt. http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library/	nein
World Health Organization (WHO): Die von der WHO erstellten Leitlinien sprechen meist Themen der öffentlichen Gesundheitsversorgung an und folgen strengen methodischen Vorgaben. http://www.who.int/publications/guidelines/en/	nein
Overviews der Cochrane Organisation - Cochrane Library: Um Overviews in der Cochrane Library zu finden sollte das Wort »Overview« in die Titelsuche mit aufgenommen werden und mit dem Term zum Thema verbunden werden (bspw.: »Overview smoking«). Viele Overviews sind nur gegen eine Gebühr erhältlich, die frei verfügbaren Abstracts enthalten bei Cochrane jedoch die wichtigsten Informationen. http://www.thecochranelibrary.com/	ja
Overviews in Health Evidence: Für registrierte Nutzer in der »Advanced search« den Filter »systematic reviews of systematic reviews« aktivieren. http://ww.healthevidence.org/	ja

Tabelle 2: Anbieter von vertrauenswürdigen Sammlungen

setzen daher ein Peer-Review-Verfahren ein, in dem Experten den Artikel vor der Publikation begutachten; die Qualität dieses Verfahrens hängt jedoch meist vom wissenschaftlichen Ansehen einer Zeitschrift oder Organisation ab. In Tabelle 3 sind einige Anbieter von Synopsen dargestellt. Hierbei sollte man sich folgenden, auch häufig von Datenbank Anbietern benutzten Ratschlag zu Herzen nehmen: »Viel Glück bei der Suche, hab' Spaß dabei – aber bleib' skeptisch im Hinblick auf die Ergebnisse«.

Diskussion

Die Weiterentwicklung des 4S- über das 5S- bis hin zum 6S-Modell scheint in

unseren Augen wenig hilfreich, zumal es »Synopsen« auf allen Ebenen des 4S-Modells geben kann. Da auch die Grenzen zwischen den Ebenen eher fließend sind, ist eine strenge Einteilung der Pyramide zwar modellhaft

möglich – für die praktische Umsetzung bietet sich aber eher eine »diffuse« Pyramide zur Verdeutlichung des Prinzips an (siehe Abbildung 1).

Erschwerend bei der Umsetzung kommt hinzu, dass es kaum deutsch-

Zusammenfassung

Leistungen, die im Gesundheitswesen erbracht werden, sollten wirksam sein. Ob sie das wirklich sind, lässt sich durch Studien prüfen. Für Anwender ist es oft schwierig, einen Überblick über die wissenschaftlichen Ergebnisse (Evidenz) zu gewinnen und deren Aussagekraft und Glaubwürdigkeit einzuschätzen. Hilfreich sind Arbeiten, in denen die Ergebnisse aller Studien kritisch bewertet und zusammengefasst wurden. Die wichtigsten Merkmale solcher Evidenz-Zusammenfassungen werden vorgestellt und Bezugsquellen von vertrauenswürdigen, professionellen Organisationen genannt.

Schlüsselwörter: Evidenz, 4 S-Model, Synthesen, Leitlinien, Pflege

Beschreibung	Alert
<p>Turning Research into Practice (TRIP) Database: Die Trip-Datenbank verlinkt zahlreiche Themen mit Synopsen oder evidenzbasierten Kurzzusammenfassungen verschiedener EbM-/EbN-Organisationen. Die einfache Zugangsberechnung ist kostenlos. Suchbegriff eingeben und danach Filter für »Evidence-based Synopses« aktivieren. Teilweise sind Synopsen hinterlegt, teilweise wird zu den Organisationen verlinkt. In Einzelfällen verbirgt sich hinter den Synopsen lediglich eine Zusammenfassung der Studienergebnisse durch Originalautoren. http://www.tripdatabase.com/</p>	ja
<p>Diese Datenbanken von Gesundheitsorganisationen/Universitäten erfordern eine kostenlose Registrierung, folgen Ausnahmestandards und stellen Bewertungen zur Verfügung. Health Evidence: Fokus öffentliche Gesundheitsversorgung. http://www.healthevidence.org/ McMaster Health Knowledge Refinery (McMaster PLUS): Mehrere Sub-Datenbanken zu Medizin, Pflege, Reha, Schmerz u. a., die meist wiederum eine kostenlose Registrierung erfordern. http://hiru.mcmaster.ca/hiru/HIRU_McMaster_PLUS_projects.aspx</p>	ja
<p>Allied Health Evidence: Die Datenbank bietet Zusammenfassungen zwar nur in Form von Abstracts, stellt jedoch für die meisten Studien und Übersichtsarbeiten eine qualitative Bewertung zur Verfügung. Eingeschlossen sind Datenbanken zu Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie und Logopädie. Die Datenbanken können auch einzeln durchsucht werden. http://www.alliedhealthevidence.com/</p>	nein

Tabelle 3: Anbieter von Synopsen

sprachige Anbieter von aufbereitetem Wissen gibt. Die Umsetzung von Forschungswissen ist sicherlich nicht einfach, dennoch wird sie lapidar in den Sozialgesetzbüchern gefordert – Leistungen müssen demnach »wirksam« sein (z.B. §2 SGB V, §4 SGB XI oder §29 SGB XI), und Wirksamkeit lässt sich nur über Studien belegen. Auch wenn die S-Methoden zum Auffinden der besten Evidenz hilfreich für Anwender sind, benötigt man dennoch methodisches Grundlagenwissen, um die Glaubwürdigkeit und Aussagekraft – und damit letztendlich auch die Anwendbarkeit – der gefundenen Evidenz grob einschätzen zu können. Einen Grundstock an methodischem Wissen kann man (außer in entsprechenden Studiengängen) in verschiedenen Workshops, wie sie beispielsweise vom German Center for Evidence-based Nursing (<http://www.ebn-zentrum.de/>) angeboten werden, erwerben. <<



Literatur

Ackley, B. J., Swan, B. A., Ladwig, G. B. & Tucker, S. J. (Eds.). (2008). Evidence-Based Nursing Care Guidelines : Medical-Surgical Interventions. St. Louis: Mosby Elsevier.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien. (2012). AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 1. Auflage

2012. Verfügbar: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> (Zugriff am 07.03.2016).

Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B. & Makarski, J. o. b. o. t. A. N. S. C. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. AGREE II Update: September 2013 Vol. 182:E839-842. doi: 10.1503/cmaj.090449

Cereda, E., Klersy, C., Seriola, M., Crespi, A. D'Andrea, F., (2015). A nutritional formula enriched with arginine, zinc, and antioxidants for the healing of pressure ulcers: a randomized trial. Ann Intern Med, 162(3), 167-174. doi: 10.7326/M14-0696

Dicenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. Evid Based Nurs, 12(4), 99-101. doi: 10.1136/ebn.12.4.99-b

Haynes, B. (2007). Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the "5S" evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. Evid Based Nurs, 10(1), 6-7. doi: 10.1136/ebn.10.1.6

Haynes, R. B. (2001). Of studies, syntheses, synopses, and systems: the "4S" evolution of services for finding current best evidence. ACP J Club, 134(2), A11-13.

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., . . . Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev, 3, CD009234. doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2

Kopp, I., Thole, H., Langer, T., Selbmann, H. K. & Ollenschläger, G. (2008). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELB): AWMF und ÄZQ.

Ryan, R., Santesso, N., Lowe, D., Hill, S., Grimshaw, J., Prictor, M., & Taylor, M. (2014). Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev, 4, CD007768. doi: 10.1002/14651858.CD007768.pub3

Short, V., Herbert, G., Perry, R., Atkinson, C., Ness, A. R., Penfold, C. & Lewis, S. J. (2015).

Chewing gum for postoperative recovery of gastrointestinal function. Cochrane Database Syst Rev, 2, CD006506. doi: 10.1002/14651858.CD006506.pub3

van Soeren, M. (2013). Study of 23 advanced-practice nurses suggest that their ability to facilitate evidence-based practice among frontline nurses is influenced by their personal attributes, relationships with stakeholders, responsibility and workload and organisational context. Evid Based Nurs, 16(2), 60-61. doi: 10.1136/eb-2012-100770

Windish, D. (2013). Searching for the right evidence: how to answer your clinical questions using the 6S hierarchy. Evid Based Med, 18(3), 93-97. doi: 10.1136/eb-2012-100995

World Health Organization (WHO). (2014). Handbook for Guideline Development. (Vol. 2nd edition.). Geneva: WHO.

Autorenkontakt

Marion Burckhardt, M. Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg
Kontakt: marion.burckhardt@gmx.de
PD Dr. rer. medic., Gero Langer
 Diplom Pflege - und Gesundheitswissenschaftler, Krankenpfleger. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Medizinischen Fakultät »Gesundheitsfachberufe im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.«
Kontakt: info@ebn-zentrum.de

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Thomas Fischer/Johanna Nordheim/Claudia Spahn

Individuelle Pflege von Menschen mit Demenz

Ein Praxishandbuch zum Umgang mit herausforderndem Verhalten

Ca. 180 Seiten, Kart. Dtl. € 39,-
ISBN 978-3-17-022972-3

auch als
EBOOK

Bei Menschen mit Demenz kommt es häufig zu sog. herausfordernden Verhaltensweisen. Pflegefachkräfte müssen die Ursache des Verhaltens erkennen, um angepasste Maßnahmen ableiten zu können. Mit der Serial Trial Intervention (STI) stellt das Buch eine praxisnahe Richtschnur hierfür vor, die unter anderem definierte Handlungsabfolgen und Checklisten beinhaltet. Hintergrundde zu herausforderndem Verhalten sowie zu relevanten weiteren Phänomenen (Schmerz, Delir etc.) werden zudem vermittelt. **Content[™]** beinhaltet Checklisten und Dokumentationsbögen.

Prof. Dr. Thomas Fischer, MPH, ist Professor für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Dresden. Dr. Johanna Nordheim ist Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie der Charité in Berlin. Claudia Spahn ist Krankenschwester, Dipl.-Pflegerin (FH) und Inhaberin von Qualitäts- Perspektiven für die Pflegeprozessgestaltung.



Karin Wolf-Osternann/Johannes Gräke (Hrsg.)

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung

2013, 144 Seiten, 6 Abb., 3 Tab. Kart. € 39,90
ISBN 978-3-17-023362-1

auch als
EBOOK

Menschen mit Pflegebedarf aus/oder Demenz sowie ihre Angehörigen bevorzugen zunehmend kleinere, alltags- und familiennahe Versorgungsformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften. Das Angebot hierzu steigt stetig an, so dass die Frage nach der Qualität der Versorgung in diesem Setting von zunehmendem Interesse ist. Das Buch bietet evaluierte Qualitätsindikatoren speziell für ambulant betreute Wohngemeinschaften, um zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Bewohner beizutragen. Weiterhin gibt es praxisnahe methodische Anregungen zur Qualitätsweiterentwicklung unter Einbeziehung aller Akteure (bspw. Angehörige, Pflegekräfte, Vermittler, Therapeuten, Ärzte).

Prof. Dr. Karin Wolf-Osternann, Professur für empirische Sozial- und Pflegeforschung an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Johannes Gräke, Dipl.-Pflegerin (FH), wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Alice Salomon Hochschule Berlin.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711 7863-7280 · Fax 0711 7863-8430
vertrieb@kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

> Trotz Arbeitsbelastung am Ball bleiben

E-Learning für Pflegekräfte

KURT LANDAU, ANJA KÖNIG & ANGELIKA PRESL

In den Reha-, Fach- und Privatkliniken Bavaria in Kreischa bei Dresden werden seit drei Jahren E-Learning-Projekte für Pflegekräfte und Therapeuten mit Erfolg durchgeführt. Es geht dabei insbesondere darum, Pflegekräften Ergonomie-Know-how zu den Arbeitsprozessen anzubieten. Das Ziel hierbei ist es, mit ergonomischen Pflegeabläufen Beschäftigte auf Dauer gesund zu erhalten. Auch ältere Pflegekräfte sollen den anstrengenden Pflegeberuf durch beanspruchungsreduzierende Arbeitstechniken ohne Gesundheitsschäden ausüben können.

Pflegeergonomie – worum geht es?

Es ist seit langem bekannt und auch vielfach untersucht, dass mit dem Pflegeberuf eine Reihe körperlich belastender Tätigkeiten verbunden sind (z. B. BKK 2008). Dazu gehören Transportfähigkeiten, Lagern, Betten beziehen und Betten machen sowie weitere Transportfähigkeiten. Es können sich dabei regelmäßig ungünstige Körperhaltungen ergeben, hohe Bandscheibenkompressionsdrücke vor allem am lumbosakralen Übergang, aber auch Beanspruchungen im Schulter-Nacken- sowie im Kniegelenksbereich (Literatur dazu: Landau et al. 2014). Insbesondere Patiententransfers gelten als Hauptfaktor für die Entstehung von Rückenbeschwerden. Bekanntermaßen können Rückenbeschwerden auch für Pflegetätigkeiten multikausal sein – können also z. B. ihre Ursachen auch in psychischen Belastungen haben. Die beeinträchtigte Gesundheit der Pflegekräfte steht in deutlichem Zusammenhang mit der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen (siehe z. B. Hasselhorn et al. 2005). Die wenigsten Pflegekräfte verbleiben länger als 10 Jahre im Beruf. Hinzu kommt der demografische Wandel, der auf Seiten der Arbeitswelt mit verschiedenen Entwicklungen verbunden ist:

- Verringerung des Erwerbstätigenpotentials,
- Abnahme der Fachkräfte,
- Erhöhung des Durchschnittsalters der arbeitenden Bevölkerung.

Diese Entwicklungen treffen auch für die Beschäftigten in der Pflege zu (z. B. Statistisches Bundesamt 2015; Simon et al. 2005). Die alternde Gesellschaft beeinflusst nicht nur das Erwerbstätigenpotential der Pflegemitarbeiter, sondern führt auch dazu, dass die Nachfrage nach Pflegeleistungen weiter ansteigen wird. Die immer kürzeren Verweildauern in den Krankenhäusern – eine Entwicklung des letzten Jahrzehnts – tragen ebenfalls zu einer erhöhten Belastung der Pflegekräfte bei. Kürzere Patientenverweildauer bedeutet intensiviertere Pflege sowie höhere Anforderung an die Dokumentation und Qualitätssicherung.

Aufgrund all dieser Entwicklungen ist es besonders wichtig, dass Pflegemitarbeitern gesundheitserhaltende und -fördernde Arbeitsbedingungen angeboten werden, die ein möglichst langes Berufsleben in der Pflege erlauben. Insbesondere erfahrene Pflegemitarbeiter sollten mit allen Mitteln an den Beruf gebunden werden. Dazu sind entsprechende Studien zur Muskel-Skelett-Belastung und zu daraus resultierenden Präventionsmaßnahmen von Vorteil.

Fortbildung in der Ergonomie

Pflegekräften werden zahlreiche Fortbildungsmaßnahmen angeboten. Die Themenpalette reicht vom Bobath-Konzept bis zur Sturzprophylaxe. Wenn auch die

Mehrzahl der Pflegekräfte einen starken Wunsch verspürt, neue Fertigkeiten zu erwerben, so scheitern vielfach die Fortbildungsabsichten an betrieblichen, familiären oder finanziellen Restriktionen oder Widerständen. Sich einen oder mehrere Tage für eine Fortbildungsmaßnahme auszuklinken, ist in der alltäglichen Arbeitsbelastung nicht einfach.

Was liegt also näher, die heute zeitgemäßen und weitverbreiteten elektronischen Medien zu nutzen und die Fortbildung über ein E-Learning-Programm durchzuführen? Das Programm kann dann entweder zu Hause oder in ruhigen Zeitabschnitten auf Station genutzt werden. Oft lässt sich hier ein Arrangement mit dem Arbeitgeber treffen, auch bezüglich der Finanzierung. In diesem Zusammenhang stellen sich folgende Fragen:

- Werden interessante, berufsrelevante E-Learning-Programme angeboten?
- Stellen sich nach einem E-Learning-Programm die gleichen Erfolge ein wie bei einem Präsenzkurs?
- Bilden die E-Learning-Programme die tatsächlichen Verhältnisse im Pflegealltag hinreichend gut ab?
- Sind die E-Learning-Programminhalte an der Spitze der pflegerischen Entwicklung einzuordnen?

Pflegewissen online – Angebot des TÜV-Rheinland

Expertenstandards

- Sturz
- Dekubitus
- Schmerz
- Mangelernährung

Pflegerisiken

- Demenz
- Kontraktur
- Pneumonie/Atelektasen
- Mundgesundheit

Hygiene

- Service und Kundenorientierung
- Lebensmittelhygiene
- Handdesinfektion
- Multiresistente Keime

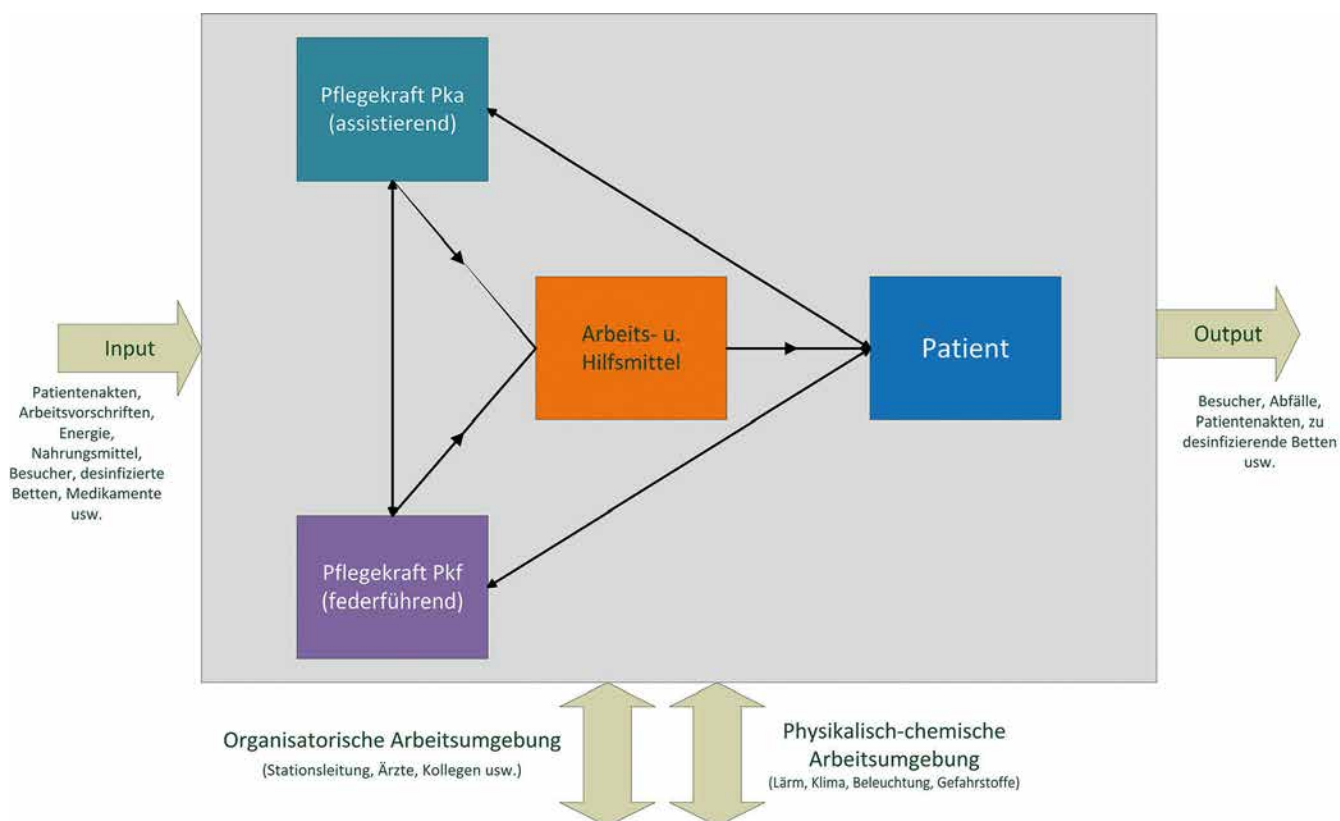


Abbildung 1: Arbeitssystem Pflege

- Werden in einem optimalen audiovisuellen Mix Videos, Audios, Textbausteine, Quizfragen und Übungen eingesetzt? Werden die Lerninhalte also nicht „zu trocken“ angeboten?

Es ist derzeit noch nicht möglich, einen vollständigen Überblick zum E-Learning-Angebot in der Pflege im deutschsprachigen Raum zu geben. Der größte Anbieter, auch mit einem umfassenden Angebot, ist zweifellos der TÜV-Rheinland. Unter dem Titel „online-Praxiswissen für Pflegefachkräfte“ stehen 12 Themen mit 29 Lernmodulen zur Verfügung. Es wird nach Expertenstandards, Pflegerisiken und Hygienemaßnahmen differenziert. Ergonomische Inhalte fehlen jedoch.

Bei der Anmeldung zu einem Kurs beim TÜV-Rheinland wird unterschieden, ob die Lernenden Pflegefachkräfte oder Pflegehilfskräfte sind. Die E-Learning-Programme sind individuell durch die Pflegekräfte oder auch durch den Arbeitgeber, dann üblicherweise für eine größere Beschäftigtengruppe, buchbar.

E-Learning-Methoden

Unter *E-Learning* versteht man alle Formen des Trainings, bei denen elektronische Medien für die Präsentation

und Distribution von Lernmaterialien und/oder zur Unterstützung zwischenmenschlicher Kommunikation zum Einsatz kommen. Ein *Webinar* oder *Web-Seminar* ist ein Seminar, das über das Internet durchgeführt wird. Das We-

binar ist interaktiv angelegt und gestattet damit die Kommunikation zwischen dem Referenten und den Teilnehmern. *Rapid E-Learning* geht von prototypischem Material aus, zum Beispiel einer Powerpoint-Präsentation oder einem

E-Learning-Konzeption/Drehbuecherstellung

Teammitglied/Qualifikation	Spezialgebiet
Wissensträger (SME = Subject matter expert)	Das zu vermittelnde Wissen
Pädagoge/„Storyteller“	Didaktik und Motivation
Grafiker	Design
(Technischer) Redakteur	Texterstellung/Informationsaufbereitung

E-Learning-Produktion

Teammitglied	Spezialgebiet
E-Learning-Autor	Autorenwerkzeug
Fotograf/Grafiker/Designer/Animator	Visuelle Gestaltung
Sprecher/Toningenieur/Cutter	Auditive Gestaltung
Programmierer	Entwicklung über das Autorenwerkzeug hinausgehende Funktionen
Administrator für Veröffentlichungsplattform	Bereitstellung der E-Learning-Module
Usability-Experte	Bedienbarkeit
Schauspieler, Beschäftigte	Produktion von Realvideos

Tabelle 1: E-Learning-Konzeption und Produktion (abgeändert nach Uhrig 2014)

vorhandenen Video. Autorensysteme kommen nicht zum Einsatz. Das Ergebnis ist damit selten „perfekt“, es geht um die möglichst schnelle und kostengünstige Schulung. Wir gehen im Folgenden nur auf „klassisches“, mit einem Autorensystem erstelltes E-Learning ein. Um professionelle Ergebnisse zu erzielen, ist es erforderlich, ein multidisziplinäres Team bei der Entwicklung zusammenzustellen. Man unterscheidet dabei zwei Phasen:

- E-Learning-Konzeption
- E-Learning-Produktion

Wie Tabelle 1 zeigt, ist der Einbezug eines hochkompetenten Wissensträgers, hier in diesem Fall aus der Kranken- und/oder Altenpflege, bei der Drehbucherstellung unabdingbar.

Bei der E-Learning-Produktion übernimmt der E-Learning-Autor die zentrale Rolle. Wichtig ist hier die Verwendung professionell erstellter Video-, Audio- und Animationsdateien. Bereits zu Beginn des E-Learning-Programms muss über die Displayauflösung und die Zielgeräte der späteren Anwender entschieden werden. Sollen die E-Learning-Programme später auf Notebook, Tablett, Smartphone oder einem klassischen PC laufen? Ebenso sind Grundsatzentscheidungen über das Publikationsformat (SWF, HTML 5, Exe) zu treffen.

E-Learning-Programme für die Pflegeergonomie

Ergonomie in der Pflege bedeutet, durch Arbeitsplatz- und Arbeitsprozessgestaltung die Tätigkeiten (z. B. die Transfers) so zu gestalten, dass sie:

- ausführbar (im Rahmen der psychophysischen Kapazitäten der Pflegekräfte)
- schädigungslos (Pflegekräfte können die Tätigkeiten ein ganzes Arbeitsleben ohne gesundheitliche Folgewirkungen ausführen),
- zumutbar (die Tätigkeit entspricht den gesellschaftlichen und rechtlichen Normen),
- arbeitszufriedenheitsfördernd,
- lernförderlich und
- sozial verträglich sind.

Wir haben in unseren E-Learning-Programmen vor allem an den beiden ersten Stufen dieses Bewertungssystems angesetzt.

Das Modell, das der Darstellung pflegeergonomischen Handlungswissens in



<p>Beim Transfer (sitzend–sitzend), z. B. von Querschnittpatienten, ein Rutschbrett einsetzen (bzw. über Oberschenkel gleiten lassen)</p>	<p>Patient wird nicht mehr gehoben, sondern gezogen. Wenn man mit Rutschbrett schiefe Ebene (z. B. vom Bett zum Rollstuhl nach unten) herstellt oder den Patient über Oberschenkel gleiten lässt, ist die resultierende Gewichtskraft des Patienten, die zu überwinden ist, kleiner als das Aufbringen des tatsächlichen Körpergewichtes des Patienten</p>	
<p>Beim Transfer sitzend-sitzend den tiefen Transfer praktizieren</p>	<p>Der tiefe Transfer wird dann eingesetzt, wenn ein Transfer über den Stand nicht möglich ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfer zwischen zwei Sitzflächen ohne Heben und ohne Schritte • Gewicht des Patienten zuerst auf seine Füße • danach Gesäß zur Seite bewegen <p>Hinweis: Gilt nicht nur für Schlaganfall- und Querschnitt-Patienten.</p>	

Abbildung 2: Auszug aus den Leitregeln zur Pflegeergonomie (hier: zwei Punkte aus insgesamt 20 Punkten zum Transfer sitzend–sitzend)

unseren E-Learning-Systemen zugrunde liegt, zeigt Abbildung 1.

Die federführende Pflegekraft führt z. B. Patiententransfers durch, sie wirkt also manuell und sprechend auf den Patienten ein. Wenn Transfers zu zweit durchgeführt werden sollen, unterstützt sie dabei die assistierende Pflegekraft. Es ist wichtig, dass diese Rollen verteilt sind, damit nicht sich widersprechende Aktionen am Patienten durchgeführt werden. Dabei muss keineswegs die federführende Pflegekraft eine examinierte und die assistierende Pflegekraft eine Pflege-

hilfskraft sein. Die Rollenverteilung geschieht nach Absprache.

Die federführende Pflegekraft und die assistierende Pflegekraft setzen je nach Transferart die erforderlichen Betriebs- und Hilfsmittel ein. Diese müssen in funktionsfähigem und gepflegtem Zustand sein. Das Arbeitssystem Transfer wird durch die sogenannten Systemgrenzen von der Arbeitsumgebung abgegrenzt. Umwelteinflüsse (Schall, Klima, Beleuchtung, Gefahrstoffe u. a.) wirken auf das Arbeitssystem ein. Das Arbeitssystem selbst wirkt auch auf die Umgebung ein. Wei-

terhin bestehen zahlreiche Kommunikationsbeziehungen mit Ärzten, Angehörigen, Stationsleitung usw., die hier nicht aufgeführt werden. Input in das Arbeitssystem sind Energie, Information und Material, ebenso der Output.

Damit werden alle „Stellschrauben“ deutlich, die die Ergonomie des Patiententransfers beeinflussen können – und die dann auch im E-Learning-Programm behandelt werden sollten:

1. *Eigenschaften des Patienten*: Alter, Körpergewicht, psycho-physischer Zustand, Behandlungsrestriktionen u. a.
2. *Eigenschaften der federführenden Pflegekraft und der assistierenden Pflegekraft*: physischer Trainingszustand, Ausbildungsniveau, gesundheitliche Vorschädigungen, Motivation, Übungsgrad u. a.
3. *Zustand der Betriebs- und Hilfsmittel*: Pflegezustand, Verfügbarkeit u. a.
4. *Arbeitsprozess*: Transferart (siehe dazu weiter unten), Zeitdruck, Tageszeit und Schichtschema, Art der Anschlussaufgabe (was soll nach dem Transfer geschehen?)

Realisierung

Seit über einem Jahr ist in den Bavaria-Kliniken in Kreischa bei Dresden das E-Learning-System „Delphin“ im Einsatz. Es besteht aus 7 Einzelprogrammen, die miteinander vernetzt sind und von Pflegekräften nach deren individuellen Wünschen benutzt werden können:

- Hauptprogramm
- Patienten
- Pflegekräfte
- Arbeitsprozesse
- Transfers
- Ausgleichs- und Funktionstraining
- Hilfefunktion

Die Programme sind stark animationsgestützt und enthalten auch sehr viele Praxisvideos. Jedes Programm enthält mindestens 10 Quizabschnitte, in de-

nen die Pflegekräfte ihr bisher erzieltes Wissen testen können. Am Ende erhalten sie auf Wunsch einen Beleg über ihr Testergebnis und auch über die Zeit, die sie in den E-Learning-Programmen zugebracht haben. Die reine Bearbeitungszeit von Delphin beträgt ungefähr 8 Stunden, wobei wir jedoch nicht empfehlen, die Einheiten in einem Stück zu bearbeiten, sondern in den betrieblichen Alltag über mehrere Wochen je nach Arbeitsaufkommen und Interesse einzustreuen. Die Klinik Bavaria hat auf den Klinikstationen 32 PCs für die Umsetzung dieses E-Learning-Projekts zur Verfügung gestellt. Die Nutzung geschieht während der Arbeitszeit. Eine Speicherung der Nutzerdaten erfolgt aus Datenschutzgründen nicht. Abbildung 2 vermittelt anhand weniger Bildschirmdarstellungen einen Eindruck von Inhalt und Vorgehensweise bei Delphin.

Ergebnisse

In einem Artikel (Landau et al. 2014) haben wir über die Ergebnisse pflegeergonomischer Maßnahmen auf einer Wachkoma-Station bereits berichtet. Dort sind verschiedene Erfolgsmessgrößen für eine Untersuchungsgruppe sowie eine Kontrollgruppe (ohne pflegergonomische Instruktionen) aufgeführt und werden hier im Einzelnen nicht wiederholt. In allen Fällen kommt es zu einer deutlichen Reduktion der Muskel-Skelett-Belastung durch verhältnisergonomische Maßnahmen anhand des Ergonomic Assessment Worksheets (Bokranz und Landau 2012).

Neben der Anwendung auf Station zeigt sich bei Delphin ein starkes Anwendungsinteresse in der klinikeigenen Pflegeschule sowie vor allem auch bei der Anpassungsfortbildung ausländischer Pflegekräfte aus Spanien, Portugal, Italien und Griechenland.

Wenn das Interesse an der Pflegeergonomie bei Pflegekräften erst einmal ge-

weckt wurde, besteht auch der Wunsch, Leitregeln zur Pflegeergonomie (siehe Abbildung 2) und Vorschläge zur Ausgleichs- und Funktionsgymnastik in Papierform zu besitzen, um sie ggf. in kleinen Pausen im Pflegealltag nutzen zu können. <<



Literatur

BKK Bundesverband (2008) Gesundheitsreport. Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen. Download über www.bkk-dachverband.de, Essen.

Bokranz R. & Landau K. (2012) Handbuch Industrial Engineering. Schäffer-Poeschel, Stuttgart.

Hasselhorn H.M., Müller B.H., Tackenberg P., Kümmerling A. & Simon M. (2005) Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. BauA, Dortmund.

Landau K., Diaz Meyer M. et al. (2014) Zur Belastung und Beanspruchung beim Patiententransfer von Schwerstpflegebedürftigen. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 49, 850–861.

Simon M., Tackenberg P., Hasselhorn H.-M., Kümmerling A., Büscher A. & Müller B.H. (2005) Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal.

Statistisches Bundesamt (2015) Statistisches Jahrbuch. Download über www.destatis.de, Wiesbaden

Uhrig M. (2014) Adobe Captivate 8. North Charleston (USA): Create Space

Zusammenfassung

Die Projekte zur Einführung der Pflegeergonomie in den Bavaria-Kliniken haben gezeigt, dass E-Learning-Programme von Pflegekräften und Pflegeschülern gerne akzeptiert werden, dass sie zweckmäßig sind, der Gesunderhaltung der Pflegekräfte dienen und zugleich auch produktivitätsfördernde Wirkungen haben.

Schlüsselwörter: *Pflegeergonomie, E-Learning, Weiterbildung, Arbeitsplatz, Transfers*

Autorenkontakt:

Univ. Prof. Dr.-Ing. Kurt Landau, Institut für Organisation und Arbeitsgestaltung GmbH, Millstatt, Österreich.

Kontakt: landau@ergonomia.de
Anja König und Angelika Presl, Klinik Bavaria, Kreischa bei Dresden.

> Arzneimittel in der Pflegepraxis

Teil 1: Orale Antikoagulantien

EVA-MARIA WOLSCHON & SASCHA KÖPKE

Serie! – Erster Teil

Die Gabe von gerinnungshemmenden Medikamenten (Antikoagulantien) gehört zur täglichen Pflegepraxis. Viele Patienten bzw. Bewohner werden in der Kurz- oder Langzeittherapie mit diesen Medikamenten behandelt, von denen es eine Reihe verschiedener Wirkstoffe gibt. Im Folgenden gehen Eva-Maria Wolschon und Sascha Köpke im ersten Teil unserer neuen Serie, die sich u.a. mit grundlegenden Wirkungsweisen, Indikationen und Nebenwirkungen im klinischen Alltag häufig eingesetzter Medikamente befasst, ausschließlich auf die oralen Antikoagulantien ein.



Bei Verletzungen bewirkt die Blutgerinnung den schnellen Wundverschluss. In der Pflegepraxis ist die Hemmung der Blutgerinnung oft notwendig – z.B. durch Antikoagulantien.

Was passiert bei der Blutgerinnung im Körper?

Die Blutgerinnung im Körper sorgt im Fall von Verletzungen für eine schnelle Blutstillung und einen Wundverschluss. Man unterscheidet hierbei die primäre und die sekundäre Hämostase. Bei der primären Hämostase wird aufgrund von Gewebsverletzungen innerhalb weniger Sekunden eine Blutstillung durch Vasokonstriktion und die rasche Anlagerung von Thrombozyten an die geschädigten Endothelzellen („Thrombozytenadhäsion/-aggregation“; siehe unten: Glossar) verursacht.

Es bildet sich zunächst durch die Zusammenlagerung zahlreicher Thrombozyten ein „weißer Abscheidungsthrombus“. Bei der anschließenden sekundären Hämostase bildet sich ein Fibrinnetz aus, so dass ein dauerhafter Wundverschluss entsteht. In dem Fibrinnetz bleiben zahlreiche Blutbestandteile, hauptsächlich Erythrozyten, hängen und bilden so den roten Thrombus. Das erforderliche Fibrin wird aus dem inaktiven Fibrinogen über eine kaskadenartige Aktivierung von Thrombin durch verschiedene Gerinnungsfaktoren gebildet. Störungen in der Blutgerinnung sind häufig und führen z.B. zu venösen

Thromboembolien oder zu einem Herzinfarkt.

Da der Mechanismus aus vielen Einzelschritten besteht, gibt es zahlreiche Angriffspunkte, um in die Blutgerinnung einzugreifen und diese zu hemmen. Jedoch birgt die Hemmung der Blutgerinnung auch Gefahren, wie z.B. eine erhöhte Blutungsgefahr. Welche oralen Medikamente eingesetzt werden, welche Nebenwirkungen wichtig sind, was bei den einzelnen Wirkstoffgruppen zu beachten ist und was mögliche Vorteile sind, wird im Folgenden vorgestellt.

Welche Ansatzpunkte zur Hemmung der Blutgerinnung bestehen?

Thrombozytenaggregationshemmer

Die primäre Hämostase lässt sich durch Hemmung der Thrombozytenaggregation verhindern. Zu den bekanntesten Arzneistoffen der Thrombozytenaggregationshemmung zählen Acetylsalicylsäure in geringer Dosierung (ASS, Aspirin® 50-100 mg/d, u.a.) und Clopidogrel (Plavix®, u.a.). Beide haben eine ähnliche Wirksamkeit, jedoch ist ASS aufgrund von geringen Therapiekosten das Mittel der Wahl. Clopidogrel sollte nur bei einer ASS-Unverträglichkeit angewendet werden (Sudlow et al. 2009). ASS und Clopidogrel werden unter anderem zur primären (nur ASS) und sekundären Prophylaxe thromboembolischer Ereignisse, sowie bei instabiler Angina pectoris (nur ASS), nach Myokardinfarkt, bei ischämischem Schlaganfall und auch bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) angewendet (Endres et al. 2015, Haasenritter et al. 2011, Lawall et al. 2015).

Vitamin-K-Antagonisten

Klassischerweise werden die Cumarinderivate, z.B. Phenprocoumon (Marcumar®, u.a.) oder auch Warfarin, zur Hemmung der sekundären Hämostase

eingesetzt. Diese greifen in den Vitamin-K-Stoffwechsel ein und werden daher als Vitamin-K-Antagonisten bezeichnet. Diese Antikoagulantien weisen eine Strukturähnlichkeit mit Vitamin K auf und hemmen dadurch ein Vitamin K-abhängiges Enzym, welches für die Bildung von bestimmten Gerinnungsfaktoren wichtig ist. Da die Gerinnungsfaktoren nicht direkt gehemmt werden, spricht man hier von indirekter Gerinnungshemmung. Die blutgerinnende Wirkung von Vitamin-K-Antagonisten tritt meist erst nach 3-5 Tagen ein.

Direkte orale Antikoagulantien

Seit 2008 ist eine neue Klasse von Antikoagulantien zugelassen (EMA 2008), direkte orale Antikoagulantien (DOAK) oder auch neue orale Antikoagulantien (NOAK) genannt. Diese hemmen direkt verschiedene Gerinnungsfaktoren. Zurzeit in Deutschland zugelassen sind Dabigatran (Pradaxa®), welches das Thrombin (Faktor-IIa) hemmt, sowie die Wirkstoffe Apixaban (Eliquis®) und Rivaroxaban (Xarelto®), welche den Faktor Xa hemmen.

Anwendungsgebiete von Vitamin-K-Antagonisten und NOAKs

Eingesetzt werden die NOAKs und Vitamin-K-Antagonisten zur Langzeitprophylaxe von thromboembolischen Komplikationen, wie zum Beispiel nach Myokardinfarkt, ischämischem Schlaganfall, bei Vorhofflimmern oder einer Lungenembolie (Darius et al. 2012, Encke et al. 2015, Hach-Wunderle et al. 2015). In niedrigeren Dosierungen werden die NOAKs zur Prophylaxe von venösen thromboembolischen Ereignissen bei Erwachsenen nach einem Hüft- oder Kniegelenkersatz (Encke et al. 2015) eingesetzt. Bei den Vitamin-K-Antagonisten muss die Dosis individuell für jeden Patienten über die Thromboplastinzeit (auch „International Norma-

lized Ratio“ bzw. INR-Wert genannt) ermittelt werden, da große Unterschiede in der *Pharmakokinetik und -dynamik* der Patienten bestehen (Hach-Wunderle et al. 2015).

Standard-Medikation im Vergleich zu den neuen Antikoagulantien

Der neuere Thrombozytenaggregationshemmer Clopidogrel zeigt im Vergleich zu ASS zwar ein geringeres Risiko für gastrointestinale Nebenwirkungen, jedoch konnte in Bezug auf die Prävention eines Schlaganfalls und anderer vaskulärer Ereignisse kein Vorteil gezeigt werden (Sudlow et al. 2009). Die Kombinationstherapie aus Clopidogrel und ASS zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigte einen Vorteil gegenüber der alleinigen Therapie mit ASS. Allerdings traten häufiger schwere Blutungen auf. Daher sollte diese Kombination nur angewendet werden, wenn der Nutzen das Risiko übersteigt (Squizzato et al. 2011).

Ein Vorteil in der Anwendung der NOAKs ist die wegfallende ständige Kontrolle des INR-Wertes, der bei der Gabe von Vitamin-K-Antagonisten regelmäßig bestimmt werden muss, um schwere Blutungen zu verhindern (Encke A et al. 2015). Dies bedeutet auch aus pflegerischer Sicht prinzipiell einen Vorteil für die tägliche Arbeitsbelastung. In verschiedenen Studien (Prins et al. 2013, Schulman et al. 2009) wurden die NOAKs gegenüber einer Standardtherapie getestet. In einem aktuellen Cochrane Review (Robertson et al. 2015) konnte z.B. gezeigt werden, dass die NOAKs bei tiefen Venenthrombosen keine Unterschiede im Therapieeffekt gegenüber Vitamin-K-Antagonisten zeigen. Allerdings deutet die Meta-Analyse darauf hin, dass für die NOAKs ein geringeres Blutungsrisiko besteht (Robertson et al. 2015). Ein weiteres Cochrane

Review zeigte, dass bei Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern bei der Langzeitbehandlung mit NOAKs im Vergleich zu Vitamin-K-Antagonisten kein Vorteil in Bezug auf die vaskulär bedingte Mortalität oder ischämische Ereignisse besteht. Allerdings traten bei den NOAKs seltener schwere Blutungen und Hirnblutungen auf (Salazar et al. 2014).

Sollte es beim Einsatz von Vitamin-K-Antagonisten zu einer schweren Blutung kommen, kann diese durch die Gabe von Vitamin K antagonisiert werden. Bisher war dies bei den NOAKs nicht möglich. Allerdings ist seit Ende 2015 ein neuer Dabigatran-Antikörper, Idarucizumab (Praxbind®), in der europäischen Union zugelassen (EMA 2015), welcher innerhalb von kurzer Zeit die Wirkung von Dabigatran antagonisiert (Pollack et al. 2015). Eine weitere Substanz zur Antagonisierung des Faktor Xa-Hemmers, Apixaban, befindet sich in der klinischen Testung (Portola Pharmaceuticals 2015, Siegal et al. 2015).

Auf den ersten Blick sieht es so aus, als wären die Vitamin-K-Antagonisten durch ihren niedrigen Preis pro Packung deutlich günstiger (günstigstes Generikum Falithrom Hexal® 100 Tab. 17,98 €) als die NOAKs (Pradaxa® 110 mg/150 mg 180 Stk. 295,45 €). Wichtig in der Kosten-Nutzen-Analyse sind nicht nur die Kosten der Therapie, sondern zusätzliche Kosten wie INR-Messungen oder die Kosten beim Auftreten von Komplikationen. NOAKs scheinen laut einer aktuellen Analyse derzeit bezogen auf das deutsche Gesundheitssystem keinen Kosten-Nutzen-Vorteil zu zeigen, jedoch sollten laut Autoren weitere Daten unter realen Bedingungen ausgewertet werden (Krejczyk et al. 2015).

Glossar

Ischämische Ereignisse	Ein Ereignis ausgelöst durch Minderdurchblutung oder vollständigen Durchblutungsausfall eines Gewebes oder Organs, z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall.
Pharmakodynamik	Beschreibt den Einfluss des Arzneimittels auf den Körper (Klinische Wirkung, Toxische Wirkung).
Pharmakokinetik	Beschreibt den Einfluss des Körpers auf das Arzneimittel in Abhängigkeit von der Zeit (Aufnahme, Verteilung, Speicherung, Ausscheidung, Abbau).
Thrombozytenadhäsion	Die Anheftung der Thrombozyten an das Kollagen.
Thrombozytenaggregation	Zusammenlagerung bzw. Verklumpung von Thrombozyten.



Literatur

Darius H, Bosch R, Hindricks G, Hoffmeister HM, Israel CW, Kirchhof P, et al. (2012) Leitlinien für das Management von Vorhofflimmern, http://leitlinien.dgk.org/files/Pocket_Leitlinien_Vorhofflimmern_Update2013.pdf, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, [Zugriff am 04.02.2016]

European Medicines Agency (2008) Authorisation details Pradaxa., http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/003986/human_med_001938.jsp&mid=WC0b01ac058001d124, [Zugriff am 03.02.2016]

European Medicines Agency (2015) Authorisation details Praxbind., http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/003986/human_med_001938.jsp&mid=WC0b01ac058001d124, [Zugriff am 03.02.2016]

Encke A, Haas S, Kopp I, Abholz H, Bode C, Bootz F, et al. (2015) S3 - Leitlinie Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/003-0011_S3_VTE-Prophylaxe_2015-12.pdf, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), [Zugriff am 25.01.2016]

Endres M, Diener H-C, Behnke M, Röther J, Daniels W, Dichgans M, et al. (2015) S3 - Leitlinie Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke., http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-133l_S3_Sekun%C3%A4rprophylaxe_isch%C3%A4mischer_Schlaganfall_2015-02.pdf, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), [Zugriff am 25.01.2016]

Haasenritter J, Bösner S, Klug J, Ledig T & Donner-Banzhoff N (2011) Brustschmerz DEGAM-Leitlinie Nr. 15., http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-15_Langfassung_Brustschmerz.pdf, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), [Zugriff am 25.01.2016]

Hach-Wunderle V, Gerlach H, Konstantinides St, Noppeney Th, Riess H, Schellong S, et al. (2015) Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie., http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-002l_S2k_VTE_2016-01.pdf, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), [Zugriff am 25.01.2016]

002l_S2k_VTE_2016-01.pdf, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), [Zugriff am 25.01.2016]

Krejczyk, M., Harenberg, J., Wehling, M., Obermann, K. & Lip, G.Y. (2015) Cost-effectiveness of anticoagulation in patients with nonvalvular atrial fibrillation with edoxaban compared to warfarin in Germany. *Biomed Res Int*, 2015, 876923.

Lawall H, P, H. & AWMF-Leitlinie., R.G. (2015) S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit., http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-003l_S3_PAVK_periphere_arterielle_Verschlusskrankheit-2016-01.pdf, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), [Zugriff am 03.02.2016]

Pollack, C.V., Jr., Reilly, P.A., Eikelboom, J., Glund, S., Verhamme, P., Bernstein, R.A., et al. (2015) Idarucizumab for Dabigatran Reversal. *N Engl J Med*, 373(6), 511-20.

Portola Pharmaceuticals (2015) A Study in Patients With Acute Major Bleeding to Evaluate the Ability of Andexanet Alfa to Reverse the Anticoagulation Effect of Direct and Indirect Oral Anticoagulants., <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02329327>, [Zugriff am 25.01.2016]

Prins, M.H., Lensing, A.W., Bauersachs, R., van Bellen, B., Bounameaux, H., Brighton, T.A., et al. (2013) Oral rivaroxaban versus standard therapy for the treatment of symptomatic venous thromboembolism: a pooled analysis of the EINSTEIN-DVT and PE randomized studies. *Thromb J*, 11(1), 21.

Robertson, L., Kesteven, P. & McCaslin, J.E. (2015) Oral direct thrombin inhibitors or oral factor Xa inhibitors for the treatment of pulmonary embolism. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, CD010957.

Salazar, C.A., del Aguila, D. & Cordova, E.G. (2014) Direct thrombin inhibitors versus vitamin K antagonists for preventing cerebral or systemic embolism in people with nonvalvular atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD009893.

Schulman, S., Kearon, C., Kakkar, A.K., Mismetti, P., Schellong, S., Eriksson, H., et al. (2009) Dabigatran versus Warfarin in the Treatment

of Acute Venous Thromboembolism. *New England Journal of Medicine*, 361(24), 2342-52.

Siegel, D.M., Curnutte, J.T., Connolly, S.J., Lu, G., Conley, P.B., Wiens, B.L., et al. (2015) Andexanet Alfa for the Reversal of Factor Xa Inhibitor Activity. *N Engl J Med*, 373(25), 2413-24.

Squizzato, A., Keller, T., Romualdi, E. & Middeldorp, S. (2011) Clopidogrel plus aspirin versus aspirin alone for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*, (1), CD005158.

Sudlow, C.L., Mason, G., Maurice, J.B., Wedderburn, C.J. & Hankey, G.J. (2009) Thienopyridine derivatives versus aspirin for preventing stroke and other serious vascular events in high vascular risk patients. *Cochrane Database Syst Rev*, (4), CD001246.

Autorenkontakt:

Dr. Eva-Maria Wolschon, Apothekerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck
Prof. Dr. Sascha Köpke, Leiter der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck
Kontakt: Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Eva-Maria.Wolschon@uksh.de, Sascha.Koepke@uksh.de

Anzeige



Susanne Danzer/Ulrich Kamphausen

Dekubitus – Prophylaxe und Therapie

Ein Leitfaden für die Pflegepraxis

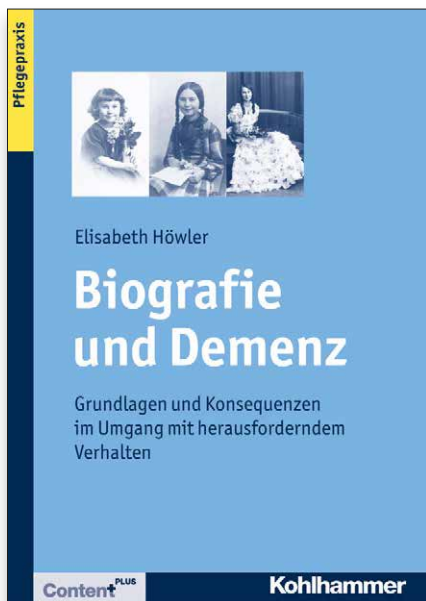
Das Dekubitalgeschwür stellt nach wie vor eine Herausforderung dar. Prophylaxe und Therapie werden im Buch praxisnah beschrieben. Thematisiert werden u. a. Wundassessment, Wunddokumentation sowie phasen- und bedarfsgerechte Versorgung von Dekubitus, aber auch spezielle Themen wie Ernährung, Hautpflege, Schmerz und Dekubitus am Lebensende. Theoretisches Wissen und praktische Erfahrung werden verknüpft. Durch den hohen Praxisbezug wird die Thematik auf anschauliche Art vermittelt. Farbige Abbildungen helfen bei der Klassifizierung.

2016. 193 Seiten, 46 Abb., 14 Tab. Kart. € 22,- ISBN 978-3-17-023951-7

Pflegekompakt



Fachliteratur für die Pflegepraxis



Elisabeth Höwler

Biografie und Demenz

Grundlagen und Konsequenzen im Umgang mit herausforderndem Verhalten

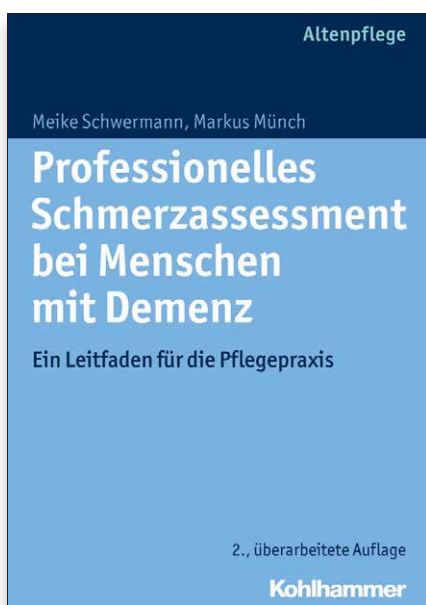
2011. 237 Seiten, 8 Tab., 3 Abb. Kart. € 29,90
ISBN 978-3-17-021947-2

auch als
EBOOK

Dieses Buch entstand anhand von Forschungsergebnissen aus der Pflegepraxis und erläutert durch verschiedene Fälle, welche biografischen Hintergründe dem Phänomen des herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit demenziellen Veränderungen zugrunde liegen. Da der Umgang mit der vulnerablen Personengruppe eine offensive, engagierte und ressourcenorientierte Interaktion erfordert, sind personenzentrierte Regeln aktiv in einen Bewusstseinsänderungsprozess einzubeziehen. Dieser Anspruch wird im Buch durch präventive Empfehlungen auf unterschiedlichen Ebenen für Gesundheitseinrichtungen, die demenziell veränderte Patienten therapeutisch begleiten, umgesetzt. Deutlich wird, dass eine umfassende Biografiearbeit als Basis für den therapeutischen Umgang mit dieser Personengruppe unerlässlich ist.

Mit einem Geleitwort von Professor Dr. Gerd Jüttemann.

Dr. rer. cur. Elisabeth Höwler, Dipl.-Pflegepädagogin, Pflegewissenschaftlerin (MScN), Fachbuchautorin.



Meike Schwermann/Markus Münch

Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz

Ein Leitfaden für die Pflegepraxis

2., überarbeitete Auflage 2015
143 Seiten, 14 Abb., 12 Tab. Kart. € 24,99
ISBN 978-3-17-022199-4

auch als
EBOOK

Dieser handlungsorientierte Leitfaden bietet neben einer theoretischen Einführung in das Thema Hinweise und Hilfen zur Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung eines professionellen Schmerzassessments für Menschen mit Demenz. Pflegefachkräfte erhalten einen breiten Überblick über das Thema sowie anwendungsbezogene Hilfestellungen. Führungs- und Lehrkräfte finden in diesem Buch diverse Anregungen, um die Mitarbeiter zu schulen und die Instrumente in einer Institution einzuführen. In der 2. Auflage wurde insbesondere der erste Abschnitt zur Schmerzerfassung vor dem Hintergrund neuerer Studien und Entwicklungen aktualisiert und überarbeitet.

Meike Schwermann, Fachkrankenschwester, Dipl.-Sozialwirtin (FH), Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin (FH) arbeitet derzeit als Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Fachhochschule Münster im Fachbereich Pflege und Gesundheit und ist zudem als freiberufliche Referentin für Pflegeberufe tätig. **Markus Münch**, Krankenpfleger, Dipl.-Pflegerwissenschaftler (FH), arbeitet als Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule Osnabrück und ist dort im Studiengang „Pflege (dual) B.Sc.“ am Institut für duale Studiengänge tätig.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

> Krankheitsreserven effizient verplanen

Sieben Fehler beim Ausfallmanagement in der Pflege – und wie sie behoben werden können

LARS HERRMANN & CHRISTINE FISCHER

Obwohl die kurzfristige Vertretung von Ausfallzeiten im Pflegedienst oft für die Mitarbeiter unbefriedigend und für die Krankenhäuser teuer ist, wurde am tradierten Verfahren des „Abrufs aus dem Frei“ kaum gerüttelt. Dies ändert sich derzeit allmählich, weil die Bereitschaft, an eigentlich freien Tagen kurzfristig einzuspringen, rückläufig ist und daher der Aufwand für die Krankenhäuser weiter steigt. Ein professionalisiertes Ausfallzeitenkonzept führt hingegen zu mehr Dienstplanstabilität, weniger Überstunden und insgesamt höherer Zufriedenheit der Mitarbeiter. Sieben typische Fehler im Umgang mit kurzfristigen Ausfallzeiten zeigen in diesem Kontext die Schwächen des weitverbreiteten herkömmlichen Handelns und den Bedarf einer neustrukturierten, systematischen Koordination auf.

Einleitung

Obwohl es vielfältige Möglichkeiten für ein strukturiertes Vorgehen bei kurzfristigen, insbesondere krankheitsbedingten Ausfällen gibt, greifen viele Krankenhäuser auf gewohnte Verhaltensmuster zurück – in erster Linie dem „Abruf aus dem Frei“. Nur wird dieses Vorgehen allseits unbeliebter: Auf Seiten der Führungskräfte steigt der Organisationsaufwand, Freiwillige zu finden und „bei der Stange“ zu halten. Die Willigen – oftmals Teilzeitmitarbeiter mit viel „Luft“ im Dienstplan – bauen durch Vertretungseinsätze Überstunden auf, die sie dann vor sich herschieben. Oder es wird bei Krankheitsausfällen, vor allem im besser besetzten Frühdienst, nicht vertreten, wodurch die Besetzungstärke unabhängig vom Bedarf schwankt – mit der Folge unnötiger Belastung der dienstplanmäßig eingeteilten Mitarbeiter und von Schwankungen der Betreuungszeit für die Patienten.

In der Praxis begegnen uns immer wieder sieben typische Fehler beim Umgang mit kurzfristigen Ausfallzeiten im Pflegedienst. Wir stellen sie hier anhand eines durchgehend betrachteten Beispiels dar, denn sie zu kennen, ist die erste Voraussetzung zum Übergang in

ein professionelles Ausfallzeitenmanagement.

Fehler 1: Die rechnerisch vorhandene Krankheitsreserve verpufft

Üblicherweise wird bei der Dienstplanung auf Monatsbasis darauf geachtet, dass die monatliche Soll-Arbeitszeit je Mitarbeiter verplant wird; insbesondere sind Minussalden nicht gern gesehen. Da die Stellenplankalkulation unter Berücksichtigung der Ausfallzeiten – und damit auch der durchschnittlichen Krankheitsquote – erfolgt, führt dieses Prinzip dazu, dass etwaige Krankheitstage im Dienstplan fiktiv verplant werden müssen, um die Soll-Arbeitszeit zu erreichen, denn logischerweise sind, anders als bei Urlaub und anderen planbaren Ausfallzeiten, Krankheitstage bei der Erstellung des Dienstplans in der Regel nicht vorhersehbar. Würde stattdessen, da die Krankheitstage zum Zeitpunkt der Planerstellung nicht feststehen, nur die Soll-Besetzung verplant, müsste die Soll-Arbeitszeit entsprechend ins Minus laufen und zwar (bei Verplanung sämtlicher planbarer Ausfallzeiten) genau in Höhe der einkalkulierten Krankheitsvertretungsreserve. Die Soll-Besetzung beträgt in

unserer Musterstation 3 Frühdienste, 2 Spätdienste, 1 Nachtdienst an sämtlichen Tagen, also auch am Wochenende. Kommen die planbaren Ausfallzeiten, hier insbesondere der Urlaub, mit dem durchschnittlichen Aufkommen vor, dann muss, wenn die Soll-Besetzung genau eingeteilt wurde, eine Vertretungsreserve für Krankheitstage verbleiben – angezeigt am Minussaldo von insgesamt 36,8 h im betrachteten Dienstplanausschnitt.

Um dies zu vermeiden, wird nun bei der monatlichen Dienstplanung üblicherweise die Orientierung von der Einhaltung der Soll-Besetzung auf die Einhaltung der Soll-Arbeitszeit verlagert: Es werden zusätzliche Dienste eingetragen, um die Soll-Arbeitszeit nicht zu unterschreiten. Die zusätzlich eingeplanten Dienste entsprechen damit dem Volumen des im Stellenplan enthaltenen Krankheitspuffers. Sie müssen bei diesem Verfahren selbstverständlich ohne Kenntnis des tatsächlichen Eintretens des Krankheitsfalls verplant werden. Der Dienstplaner spielt quasi – meist, ohne es zu wissen – „Krankheits-Lotterie“. Die Trefferquote ist umso geringer, je kleiner die Organisationseinheit ist. Bei üblichen Stationsbesetzungen von 12-15 Vollkräften liegt sie unter 20 %. Wird also ein Mitarbeiter krank, wird in den meisten Fällen keine Krankheitsvertretung eingeteilt sein. Die Folge: Die eingeteilte Krankheitsvertretung verpufft, und für den erkrankten Mitarbeiter muss ein Mitarbeiter aus dem Arbeitsfrei einspringen. Auf diese Weise wird die Krankheit doppelt vertreten – eine der wichtigsten Ursachen für Überstunden im Pflegedienst.

Abbildung 1 zeigt die möglichen Resultate: Am 03.01. (grün markiert) ergab sich der glückliche Ausnahmefall, dass Krankheitsvertreter und Krankheit in der gleichen Dienstlage anfielen. Zwi-

	01.08.	02.08.	03.08.	04.08.	05.08.	06.08.	07.08.	08.08.		23.08.	24.08.	25.08.	26.08.	27.08.	28.08.	29.08.	Saldo
MA	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo		Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	
1	N	N	N			F	F			U	U	U	U			U	-2,75
2	S	S				F	F	F		F	F	F	F	S	S	N	2,15
3	U	U	U	U	U			U				S	S		F		-1,10
4			F	F	F	S	S	N		F	F	F	F			F	2,15
5	S	S	S	S	S			U		S	S			F	F	S	3,90
6	F	F				F	F	S		U	U	U	U			U	-2,00
7	U	U	U	U	U			F	...	N	N					F	-4,35
8	F	F	S	S	S	S	S	S				F	F	F	F	F	4,40
9	U	U	U	U	U			U		F	F	S	S	S	S	S	-1,60
10	F	F	F	F	F			F		S	S	N	N	N	N		4,40
11			F	N	N	N	N			U	U	U	U			U	-2,25
	F	3	3	3	2	2	3	3		Summe							2,95
	S	2	2	2	2	2	2	2		3	3	2	3	3	3	3	
	N	1	1	1	1	1	1	1		2	2	2	2	2	2	2	
										1	1	1	1	1	1	1	

Abbildung 3: Niedrigere Besetzung in Monaten mit viel Urlaub, hier beispielhaft im August

anderen Tag logisch nach sich ziehen muss. In unserem Beispiel wurde der Frühdienst aufgrund höherer Urlaubszeiten mal mit zwei, mal mit vier Pflegekräften besetzt, ohne dass sich der Pflegebedarf der Patienten verdoppelt hätte (Abbildungen 2 und 3). Auf diese Weise schwankt die Besetzungstärke bereits vor Krankheitsausfällen. Damit geht im Übrigen für die Mitarbeiter oft ein Gefühl der Unterbesetzung auch an Tagen einher, an denen die durchschnittlich einteilbare Besetzungstärke erreicht wird.

Um dies zu vermeiden, sollte je Schichtlage und Qualifikation definiert werden, wie viele Mitarbeiter anwesend sein müssen. Diese Besetzungstärke muss unabhängig von der Monats-Soll-Arbeitszeit erreicht werden; nur so können planmäßige Auslastungsschwankungen minimiert werden, die bei Krankheitsausfällen womöglich noch verstärkt werden.

Fehler 3: Die Ausfallquote wird falsch berechnet

Häufig wird die Ausfallquote nicht korrekt berechnet – meist zu niedrig. In vielen Krankenhäusern hat sich vor Jahren eine Standard-Ausfallquote etabliert, welche jedoch niemals den tatsächlichen Gegebenheiten angepasst wurde, denn „wir haben schon immer mit 18 % gerechnet“. Dies ist jedoch fatal, da allein durch höhere tarifliche Urlaubsansprüche die Ausfallquote gestiegen ist. Auch werden die Freizeitausgleiche für die Feiertage oftmals nicht als Ausfallzeit berücksichtigt. Werden dadurch insgesamt falsch niedrige Ausfallquoten angesetzt, so führt dies im Umkehrschluss bei der Berechnung der Soll-Besetzung zu unrealistisch hohen Besetzungsvorgaben, welche aufgrund des Ausfalls nicht eingehalten werden können. Dies ist sowohl für den Dienstplaner als auch für die Mitarbeiter unbefriedigend und führt im Zweifel

elsfall zu hohen Überstunden, wenn diese Soll-Besetzungen grundsätzlich eingehalten werden. Abbildung 4 zeigt demgegenüber, wie die Ausfallzeiten korrekt berechnet werden. Sie liegen im Pflegedienst typischerweise zwischen 22 und 25 % (hier: 61 von 261 Arbeitstagen; das entspricht 23,4 %)

Zudem wird bei den Kalkulationen der Ausfallquote mitunter nicht berücksichtigt, dass die rechnerischen Ausfallzeitenvertreter ihrerseits ja Ausfälle durch Urlaub, Krankheit und Fortbildung haben. Daher ist zur Berechnung des Personalbedarfs immer der Besetzungsbedarf durch die Anwesenheitsquote zu teilen.

Fehler 4: Der Vertretungsbedarf ist unklar

Das Problem des krankheitsbedingten Ausfalls ist in vielen Fällen nicht konkretisiert quantifiziert – gefühlt macht dieser die meisten Schwierigkeiten, aber genaue Zahlen sind meist nicht

Besetzungs- und Personalbedarf

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	24.12./31.12.	Feiertag	Summe/Jahr
Anzahl 2016	48	52	52	51	51	51	50	2	9	366
Feiertage	4	0	0	1	2	0	2			

Dienst	Uhrzeit	Arbeitszeit/h	Besetzungstärke							
Früh	06:00-14:00	7,50	3	3	3	3	3	3	3	8.235
Spät	13:30-21:30	7,50	2	2	2	2	2	2	2	5.490
Nacht	21:00-06:30	8,75	1	1	1	1	1	1	1	3.203
									Gesamt	16.928

Arbeitszeitangebot	261 Tage MO-FR	
	7 Feiertage Montag-Freitag	
	2 Vorfesttage	
	30 Tage Urlaub	
	4 Zusatzurlaub (Wechsel-)Schicht	
	3 Fortbildung	
	15,0 Krankheit, krankes Kind usw.	
	200 verfügbare Tage	
	7,7 Stunden/Tag	
	1540 verfügbare Stunden	

Arbeitszeitangebot	1.540 Stunden
Stellenbedarf gesamt	10,99 VK
Stellenbedarf "netto"	8,42 VK
Stellenbedarf Krankheit/krankes Kind	0,63 VK

Abbildung 4: Berechnung des Personalbedarfs anhand der Soll-Besetzung

bekannt. Insbesondere wurde nicht ermittelt, welchen Anteil die kurzfristigen Ausfälle bis zu vier Tage, die vertretungsseitig besonders aufwändig sind, am Krankheitsaufkommen haben. Zudem ist oft unklar, wie viele der Ausfälle auch tatsächlich vertreten werden müssen – denn auch bei dienstplanmäßiger Einhaltung einer Soll-Besetzung muss eine Unterschreitung nicht zwingend zu einer Vertretung führen.

Wenn ein Ausfall eintritt, wird oft zuerst nach einem Ersatz gesucht – und nicht geschaut, wie die vorhandenen Kapazitäten sparsamer eingesetzt werden können. Dies sollte im Ausfallzeitenmanagement jedoch immer der erste Schritt sein. Häufig sind sich die Mitarbeiter unsicher, welche Leistungen sie einschränken dürfen, und machen daher „immer alles“ – im drastischen Fall werden alle Betten frisch bezogen, weil dies für den Dienst anstand, aber zwei Mitarbeiter sind erkrankt. Dies kann ganz nachvollziehbar zu Überforderung und auch Überlastung einzelner Mitarbeiter führen. Um dem vorzubeugen, ist ein schriftliches Orientierungsschema nützlich. Darin sollte festgehalten werden, welche Leistungen gegebenenfalls eingeschränkt werden können.

Fehler 5: Ausfallzeitenvertretung erfolgt in kleinen Einheiten

In den meisten Krankenhäusern herrscht derzeit noch ein striktes Stationsdenken. Bei Ausfällen wird im eigenen Bereich nach Ersatz gesucht, was nur mittels hoher Flexibilitätsbereitschaft bei der Arbeitszeit realisierbar ist. Kleine Einheiten haben bezüglich der Vertretung von Ausfallzeiten den Nachteil, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit gering, aber die Vertretungsnotwendigkeit groß ist – mit der Konsequenz der oben beschriebenen „Vertretungslotterie“. Für ein verlässliches Ausfallzeitenmanagement sind daher größere, also stationsübergreifende Vertretungseinheiten erforderlich, denn in personell großen Einheiten können täglich Mitarbeiter oberhalb der Soll-Besetzung eingeteilt werden, welche für die Krankheitsvertretung in allen Bereichen zur Verfügung stehen. Das kann entweder dadurch erfolgen, dass Krankheitsvertreter, die dienst-

planmäßig eingeteilt werden, aber sich mehrere Stationen hierzu so abstimmen, dass immer eine ausreichende Anzahl von Krankheitsvertretern stationsübergreifend einsetzbar sind. Für dieses Modell haben sich die Begriffe „Joker-Dienst“, „Springer-Dienst“, „Pool-Dienst“ oder einfach „Vertretungsdienst“ etabliert. Oder es wird ein Vertretungspool gebildet, aus dem heraus die stationsübergreifende Krankheitsvertretung erfolgt. Diesen Modellen ist gemeinsam, dass bei einem Ausfall nicht die zeitliche Flexibilität der Mitarbeiter in Anspruch genommen werden muss: die Dienstzeiten sind vielmehr fest, nur der Einsatzort ist flexibel – im ersten Modell immer mal wieder für alle Dienststufen im „Joker-Dienst“, im zweiten Modell für die Pool-Mitarbeiter.

Nur in kleineren Organisationseinheiten sollte auf das Instrument sogenannter Stand-by-Dienste zurückgegriffen werden, die an die Stelle der Abrufe aus dem Frei treten: Hier hält sich ein Mitarbeiter für einen zuvor bestimmten Zeitraum zum Abruf bereit. Wird er angerufen, tritt er einen regulären Dienst an und bekommt diese Zeit auch als Arbeitszeit gutgeschrieben. Wird er nicht zur Krankheitsvertretung benötigt, so hat er den Rest des Tages frei. Dieses Modell ermöglicht eine gleichmäßige und gerechtere Beteiligung der Mitarbeiter an der Vertretungsorganisation.

Abbildung 5 zeigt, dass bei einer sinnvollen Staffeung der vorgenannten Maßnahmen der Abruf aus dem Frei auf den Ausnahmefall beschränkt werden können soll – etwa auf Grippewel-

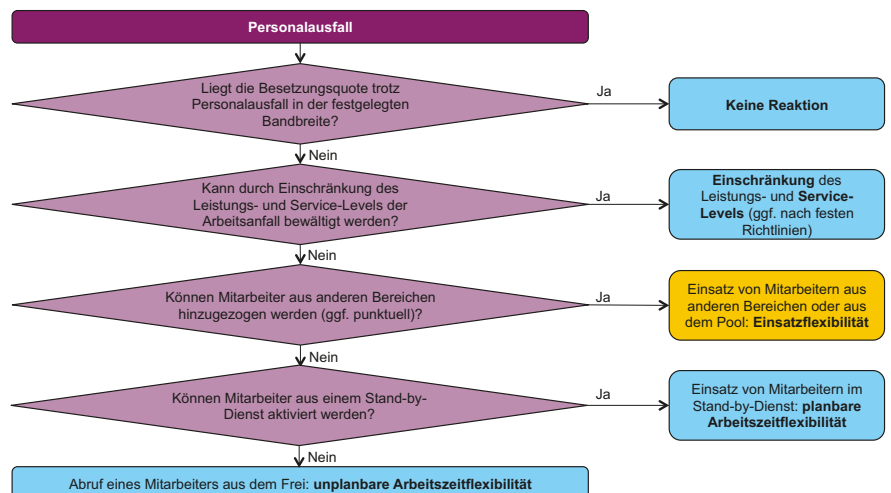


Abbildung 5: Entscheidungskaskade bei Personalausfall in der Pflege

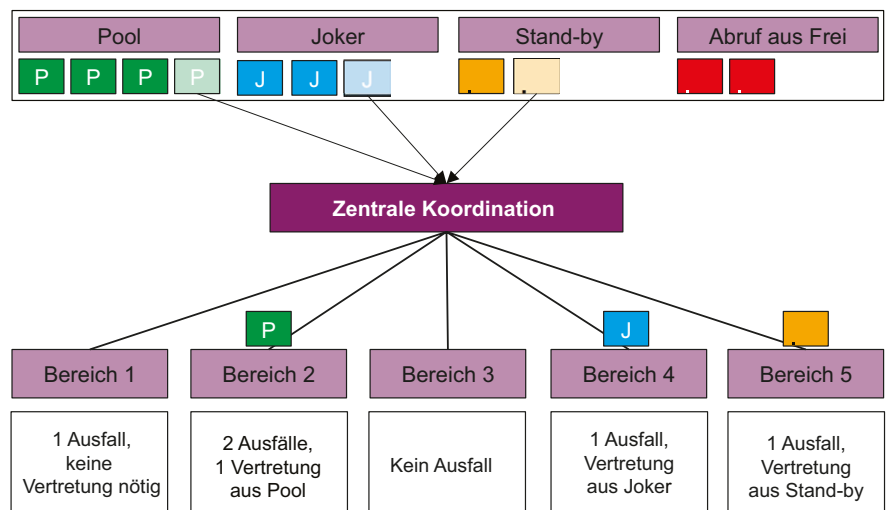


Abbildung 6: Zentrale Koordination aller Bausteine des Ausfallmanagements

len mit überdurchschnittlich hohem Krankheitsaufkommen. Meist bleibt ein Ausfallzeitenkonzept Stückwerk, wenn die Koordination wie auch die Dienstplanerstellung weiterhin auf Stationsebene erfolgt und keine zentrale Koordination eingeführt wird. Vielmehr sollte die Koordination im regulären Tagdienst Montag bis Freitag zentral bei der Pflegedienstleitung liegen, nachts und am Wochenende kann diese Funktion auf eine designierte „PDL vom Dienst“ übergehen (siehe 6).

Dies kann entweder eine Pflegekraft im Dienst sein oder in Rufbereitschaft, wobei ersteres aufgrund der schnelleren Reaktionsfähigkeit und der leichteren Übersicht über das Geschehen vorzuziehen ist. Bei Anwesenheit vor Ort ist auch leichter einzuschätzen, ob ein Personalengpass beispielsweise bereits mit einer Verringerung des Leistungs- und Servicestandards bereits ohne zusätzliches Personal (auch durch Aushelfen aus anderen Bereichen) bewältigt werden kann.

Fehler 6: Monatsdienstpläne werden immer wieder neu geschrieben

Dienstpläne werden monatsweise geschrieben – und dabei häufig jedes Mal neu, ohne dass eine regelmäßig wiederkehrende Struktur zu erkennen ist. Dies ist zum einen ein enormer Aufwand für den Dienstplaner, da trotz sich wiederholender Besetzungsmuster monatlich „das Rad neu erfunden“ wird. Aber auch für die Mitarbeiter ist dies nicht immer von Vorteil, da keine langfristige Planung möglich ist, wenn

MA	Woche 1							Woche 2							Woche 3							Woche 4							Saldo								
	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO									
1	F	S	S	S	N	N	N								F	S	S	S	N	N	N								F	S	S	S	N	N	N	-15,25	
2	S		V	V		F	F	F	S	S	S	N	N	N								F	F	F	V	V	V		F	F	F					-27,25	
3	F	F	S	S	S	S	S			V	V		F	F	F	S	S	S	N	N	N								F	F	F	V	V	V	2,75		
4	V	V	V	V	V			F	F	S	S	S	S	S			V	V				F	F	F	S	S	S	N	F	F	F					-19,75	
5	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V				F	F	S	S	S	S	S	S	S					V	V						-79
6	N	N			F	F	F	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V				F	F	S	S	S	S	S	S	S	S	-59,5		
7		F	F	F	V	V	V	N	N				F	F	F	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	-89,5		
8	F	F	F	F	S	S	S			F	F	F	V	V	N	N						F	F	F	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	-37		
9	S	S	N	N				F	F	F	F	S	S	S			F	F	F	V	V	V	V	V	N	N			F	F	F					-2,5	
10	V	V			F	F	F	S	S	N	N						F	F	F	F	S	S	S				F	F	F	V	V	V	-22				
11			F	F	F	V	V	V	V				F	F	F	S	S	N	N								F	F	F	F	S	S	S	-22			
Summe																												-371									

F	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
S	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
N	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

- F** = Frühdienst
- S** = Spätdienst
- N** = Nachtdienst
- V** = Vertretungsdienst - langfristige Verplanung (Urlaub, Fortbildung) sowie Nutzung für Instrumente der kurzfristigen Ausfallzeitenvertretung

einzeile Dienstplan

	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
1	F	F	F	F	F	F	F
2	F	F	F	F	F	F	F
3	F	F	F	F	F	F	F
4	S	S	S	S	S	S	S
5	S	S	S	S	S	S	S
6	N	N	N	N	N	N	N
7	V	V	V	V	V	V	V
8	V	V	V	V	V	V	V
9	V	V	V	V	V	V	V

F	3	3	3	3	3	3	3
S	2	2	2	2	2	2	2
N	1	1	1	1	1	1	1
V	3	3	3	3	3	3	3

Grunddienstplan

	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
1	F	S	S	S	N	N	N
2			F	F	F	V	V
3	V	V			F	F	F
4	S	S	N	N			
5	F	F	F	F	S	S	S
6		F	F	F	V	V	V
7	N	N			F	F	F
8	V	V	V	V	V	V	V
9	V	V	V	V	V		
10	F	F	S	S	S	S	S
11	S		V	V		F	F

F	3	3	3	3	3	3	3
S	2	2	2	2	2	2	2
N	1	1	1	1	1	1	1
V	3	3	3	3	3	3	3

Abbildung 7: Grunddienstplan und dazugehöriger Besetzungsplan, beispielhaft für vier Wochen

der Dienstplan erst am Ende des Vormonats feststeht.

Außerhalb der Krankenhauswelt – auch in Branchen, die dem Gesundheitswesen ähneln, etwa Rettungswachen und Feuerwehr – sind durchlaufende Grunddienstpläne seit langer Zeit etabliert. Ein Grunddienstplan bildet die Soll-Besetzung exakt ab und kann eine Vorstrukturierung für die Vertretung von lang- und kurzfristigen Ausfallzeiten durch Vertretungswochen enthalten, wie das Beispiel in Abbildung 7 auf Basis unseres Beispiels zeigt. Bei der Ausplanung dieser Vertretungswochen (siehe Abbildung 8) werden nach der Urlaubsplanung in die noch offenen Vertretungstage „Joker-Dienste“ bzw. Stand-by-Dienste eingeteilt, die auch in diesem Fall auf der Basis des ermittelten Vertretungsbedarfs weitmöglichst stationsübergreifend verplant und eingesetzt werden.

Zur Einführung in die Konstruktion von Schichtplänen siehe beispielsweise: „Entwicklung von Schichtmodellen“

Campus-Fragebogen

Thema: Ausfallmanagement

Punkte: 1



Bitte ausfüllen:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

1. In welchen Monaten ist eine Dienstplanung besonders schwierig?

- a) In Monaten mit Schulferien
- b) In Monaten mit vielen Feiertagen
- c) Juni-September

2. Wenn ein Ausfall eintritt, sollte(n) nach Möglichkeit zuerst ...

- a) ... ein Mitarbeiter aus dem Arbeitsfrei abgerufen werden
- b) ... vorhandene Kapazitäten sparsamer eingesetzt werden
- c) ... den anwesenden Mitarbeitern Überstunden verordnet werden

3. Grunddienstpläne:

- a) Werden monatsweise geschrieben
- b) Lassen sich nicht etablieren
- c) Ermöglichen eine längerfristige Planung

4. Wieso sind Ausfallzeiten besonders in kleineren Stationen schwierig?

- a) Weil dort die Eintrittswahrscheinlichkeit höher ist
- b) Weil dort die Vertretungsnotwendigkeit höher ist
- c) Weil dort die Flexibilitätsbereitschaft höher ist

5. Warum sollte der Dienstplan nicht nach dem Motto „je mehr, desto besser“ erstellt werden?

- a) Weil eine Überbesetzung an anderen Tagen eine Unterbesetzung nach sich ziehen wird
- b) Weil es sonst zu wenig Aufgaben für zu viele Mitarbeiter gibt
- c) Weil „zu viele Köche den Brei verderben“

6. Wonach sollte sich die Berechnung der Besatzungsstärke richten?

- a) Aufenthaltsdauer der Patienten
- b) Monats-Soll-Arbeitszeit
- c) Qualifikation der Mitarbeiter und Schichtlage

7. Was versteht man unter Einsatzflexibilität?

- a) Das Hinzuziehen von Mitarbeitern aus anderen Bereichen
- b) Die Einschränkung des Leistungslevels
- c) Die Dienstplanung mit der „Mindestbesetzung“

8. Ab wann kann ein Mitarbeiter aus dem Arbeitsfrei abgerufen werden?

- a) Wenn es mindestens zwei Arbeitsausfälle gibt
- b) Wenn kein Mitarbeiter aus einem anderen Bereich oder dem Standby aktiviert werden kann
- c) Wenn man sonst das Leistungs- und Service-Level herunterfahren müsste

Schulungsnummer: 20151004160004

Einsendeschluss: 30.04.2016

Sieben von acht Antworten müssen richtig sein.

Teilnahme

Sollten Sie die notwendige Anzahl richtiger Antworten haben, erhalten Sie ein Zertifikat, mit dem Sie einen Fortbildungspunkt im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP, www.regbp.de) gutgeschrieben bekommen. Dafür müssen Sie bei regbp.de registriert sein.

Sie haben zwei Möglichkeiten, den Fragebogen einzusenden: Postalisch oder Sie laden den Artikel als PDF über unser Pflegeportal www.kohlhammer-pflege.de herunter, füllen den Fragebogen aus und schicken ihn per E-Mail an pflgezeitschrift@kohlhammer.de. Die Teilnahme ist für Abonnenten kostenlos.

Sie gelangen auch über www.regbp.de zum Artikel/Fragebogen. Geben Sie dazu in der Suchmaske die Schulungsnummer ein.

Wenn Sie uns den Fragebogen per Post schicken wollen, dann senden Sie ihn an W. Kohlhammer GmbH, Redaktion Pflegezeitschrift, Heßbrühlstr. 69, 70565 Stuttgart.

Bitte beachten Sie den Einsendeschluss.

Pflegestolz und Wertschätzung in der Intensivpflege

PETER NYDAHL, SUSANNE KROTSETIS, ANTJE HÄHNEL & CARSTEN HERMES

Arbeitsstolz in sozialen Berufen resultiert aus besonders gelungenen Prozessen. Für die Intensivpflege in Deutschland wurde bislang nicht evaluiert, wie oft Intensivpflegende Stolz empfinden. Auch fehlt bisher eine Erhebung ob, wie oft und wofür Intensivpflegende eine Wertschätzung ihrer Tätigkeiten erleben. Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, in welcher Ausprägung Intensivpflegende Arbeitsstolz und Wertschätzung erleben.

Methoden, Instrumente, Stichprobe: Quantitative Umfrage mittels eines selbst konstruierten, standardisierten Fragebogens bei 834 Intensivpflegenden auf 19 Intensivstationen in vier deutschen Zentren. Neben soziodemographischen Daten wurde nach subjektiv empfundener Mitbestimmung (Skala 1: sehr gering – 10: sehr hoch), Pflegestolz, Wertschätzung (Skala 0: gar nicht – 100: maximal) und deren Grenzen anhand numerisch basierter Ratingskalen gefragt.

Ergebnisse: Im Ergebnis nahmen 21 % (n=175) der Intensivpflegenden teil. Intensivpflegende sind stolz auf ihre Arbeit (Mittelwert (MW):

51,95 % Konfidenzintervall (95 % KI): 48,0–55,8). Die Befragten fühlen sich dafür aber vergleichsweise wenig wertgeschätzt (MW 39, 95 % KI: 35,3–43,1). Je häufiger Intensivpflegende das Gefühl der Mitbestimmung haben, desto mehr Pflegestolz und Wertschätzung erleben sie. Bettensperrung bei Pflegepersonal mangel, mehr Gehalt sowie kostenlose Parkplätze werden als die drei wichtigsten Maßnahmen der Wertschätzung gewünscht.

Schlussfolgerungen: Intensivpflegende dieser Stichprobe sind stolz auf ihre Arbeit, wollen gute Arbeit leisten und benötigen dafür genügend Ressourcen. Ein evidenzbasierter Personalschlüssel bzw. Bettensperrung bei Personal mangel, mehr Gehalt und andere Maßnahmen werden als Wertschätzung gewünscht.

Schlüsselwörter: Pflegestolz, Wertschätzung, Intensivpflege

Die Artikel zu den hier vorgestellten Abstracts finden Sie online unter www.kohlhammer-pflege.de in der Rubrik „Pflegerwissenschaft“. Die Beiträge dieser Rubrik sind für Abonnenten der Pflegezeitschrift kostenfrei.

Lehrende für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege – Unordnung in den deutschen Bundesländern

DOROTHEA TEGETHOFF, HEIKE WILD & MICHAEL EWERS

Für die berufliche Ausbildung in den Gesundheitsberufen werden Lehrende benötigt, die den hohen Anforderungen in diesem Bereich gewachsen sind. Einheitliche Standards für die Qualifikation der Lehrenden fehlen jedoch und so hat sich inzwischen eine große Zahl lehrerbildender Studiengänge herausgebildet. Unklar ist, ob die Absolventen dieser heterogenen Studiengänge auch in allen deutschen Bundesländern als Lehrende in Pflegeschulen zugelassen werden.

Methode: Am Beispiel eines konkreten Studiengangs für Lehrende in den Gesundheitsprofessionen wurde gefragt, ob und in welchen Bundesländern dessen Absolventen Zugang zum Schuldienst an Ausbildungseinrichtungen für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege (GKP/GKKP) erhalten. Durchgeführt wurde eine explorative Befragung der 16 Landesbehörden, die für die Zulassung von Lehrenden zuständig sind. Zudem wurden die diesen Entscheidungen zugrundeliegenden landesrechtlichen Regelungen recherchiert und dokumentiert.

Ergebnisse: Es zeigen sich große Unterschiede zwischen den landesrechtlichen Zugangsregelungen zum Schuldienst. In sieben Ländern

werden Absolventen des untersuchten Studiengangs ungehindert zum Schuldienst in Ausbildungseinrichtungen der GKP/GKKP zugelassen, in einem weiteren unter bestimmten Bedingungen. In zwei Ländern erfolgt eine Einzelfallprüfung, in drei weiteren Ländern ist die Zulassung nicht möglich.

Schlussfolgerung: Die in dieser Befragung offensichtlich gewordenen Unterschiede in der Lehrerbildung und der Zugangspraxis könnten den Qualitätsgewinn beeinträchtigen, der mit der Forderung nach einschlägigen hochschulischen Qualifikationen für Lehrende in den Gesundheitsberufen beabsichtigt war. Es ist notwendig, die offensichtliche Unordnung in Fragen der Lehrerbildung in den Gesundheitsberufen zu beseitigen, auf einheitliche Standards hinzuwirken und länderübergreifende Qualitätsoffensiven in diesem Bereich anzustoßen.

Schlüsselwörter: Lehrerbildung, gesetzliche Regelungen, Bildungsföderalismus

 PR

Beiträge in der Rubrik „Pflegerwissenschaft“ werden einem „Peer-Review“-Verfahren unterzogen. Jeder publizierte Beitrag in dieser Rubrik wurde von mindestens zwei Experten, Mitgliedern des Editorial Boards der Pflegezeitschrift, unabhängig voneinander in anonymisierter Form begutachtet. Die Begutachter überprüfen den Artikel nach festgelegten Kriterien. Dadurch werden Unabhängigkeit und größtmögliche Objektivität in der Begutachtung, aber auch im Umgang mit dem Begutachtungsergebnis gesichert. Genaue Hinweise zum Ablauf des Verfahrens und zu den Manuskriptrichtlinien finden Sie unter www.pflegerzeitschrift.de.

Die Verborgenheit der Demenz und das Eigenwillige Zustandekommen von Stellvertreterentscheidungen über langfristige Sondenernährung – Eine qualitative Studie

ROSA MAZZOLA

Angehörige benötigen für die stellvertretende Entscheidung über langfristige Sondenernährung bei Demenz Kenntnisse über den Behandlungswillen sowie den Nutzen und Schaden der geplanten Behandlung. Eine qualitative Studie untersuchte das Zustandekommen von Stellvertreterentscheidungen über die langfristige Sondenernährung (PEG-Sonden). Es werden Aussagen über Entscheidungshilfen und -hürden innerhalb vollstationärer Pflegeeinrichtungen sowie handlungsrelevante Motive und Strategien zur Durchsetzung von Behandlungspräferenzen geliefert.

Methode: Durchgeführt wurde eine qualitative Studie mit retrospektivem Design. Daten aus der Pflegeprozessdokumentation sowie Transkriptionsmaterial von 28 fallbezogenen Interviews mit an-/zugehörigen Stellvertreterpersonen, Pflegenden, Ärzten, Bereichsleitungen sowie Moderatoren von Fallbesprechungen wurde herangezogen. Das Einverständnis zur Studienteilnahme erfolgte durch die Stellvertreterperson. Das positive Votum der zuständigen Ethikkommission wurde eingeholt. Ergebnisse und Diskussion: Die Ergebnisse der Studie verweisen im

Entscheidungsprozess über die PEG-Anwendung bei Demenz durchgängig auf einen Mangel in der Differenzierung zwischen Gesamtursache, Teilursache, Bedingungen und Wirkung. Ein diffuses Verständnis über die Stellvertreteraufgaben sowie Fehlinformationen und Fehlinterpretationen über die PEG-Anwendung seitens Stellvertreterperson und der Gesundheitsberufe leiten das Entscheidungsverfahren. Der Behandlungswille der Betroffenen bleibt verborgen, ebenso wie die ursächlichen Bedingungen der Demenz, die zum PEG-Ereignis führen. Die Abwesenheit der Fachdisziplin Logopädie in Pflegeeinrichtungen beeindruckt mit Blick auf die hohe Zahl von Kau-/Schluckkomplikationen. Themenrelevante Entscheidungshilfen finden unter unnötigem Zeit- und Handlungsdruck in der Regel keine Anwendung. Die Tabuisierung des Unterlassens in Verbindung mit dem rhetorischen Stilmittel des Verhungerns geht als handlungsrelevantes Motiv für die PEG-Anwendung hervor.

Schlüsselwörter:

Stellvertreterentscheidung, Demenz, PEG-Sonden

Die Artikel zu den hier vorgestellten Abstracts finden Sie online unter www.kohlhammer-pflege.de in der Rubrik „Pflegerwissenschaft“. Die Beiträge dieser Rubrik sind für Abonnenten der Pflegezeitschrift kostenfrei.

Den pflegerischen Unterstützungsbedarf durch Daten über den Energieverbrauch erkennen – Eine Pilotstudie

DANIELA HÄNDLER-SCHUSTER, RAHEL NAEF, NICOLE ZIGAN, ADRIAN TÄSCHLER, ANDREAS HEINZELMANN, PATRICK BAUMANN, LORENZ IMHOF

Bei Personen im hohen Alter passieren 90 Prozent der Unfälle – wie zum Beispiel Stürze – zu Hause. Ein großer Anteil der Unfälle in Häusern betrifft Personen die älter sind als 65 Jahre. Das Erkennen von Aktivitäten kann dazu beitragen, dass Notfallsituationen frühzeitig erkannt werden. Bislang haben nur wenige Technologien zur Aktivitäts- und Notfallerkennung, welche in eine bestehende häusliche Infrastruktur integriert werden können, das Potenzial, die Sicherheit älterer, zu Hause lebender Personen zu erhöhen, indem Veränderungen im Alltag automatisch erkannt werden.

Ziel: Mit einer Pilotstudie soll aufgezeigt werden, dass Aktivitäten des täglichen Lebens durch Energieverbrauchsdaten identifiziert werden können.

Methoden: Es werden zwischen Dezember 2015 und Juni 2016 Aktivitäten von Personen über 70, die allein zu Hause leben mithilfe einer entwickelten APP und persönlichen Tagebüchern über 15 Tage aufgezeichnet (n=10). Zeitgleich wird der Energie- und Wasserverbrauch

über einen Zeitraum von sechs Monaten gemessen. Es erfolgt eine deskriptive Datenanalyse und die Überprüfung auf Zusammenhänge.

Erwartete Erkenntnisse: Wenn es gelingt, Routinehandlungen zu identifizieren, ist ein Vergleich mit Energieverbrauchsdaten möglich. Diese Ergebnisse sollen in die Entwicklung eines Aktivitätsmonitoring-Systems münden, damit Personen im Alter länger zu Hause leben und Notfälle frühzeitig erkannt werden.

Schlüsselwörter:

Energiedaten, Aktivitäten des täglichen Lebens, Gemeindenahe Pflege, Sicherheit, Alte Personen



Deutsches Herzzentrum München
des Freistaates Bayern
Klinik an der Technischen Universität München **TUM**



Das Deutsche Herzzentrum München des Freistaates Bayern – Klinik an der Technischen Universität München – bietet als international renommierte Klinik der Maximalversorgung mit seinen 1.100 Beschäftigten fachbezogene Medizin auf höchstem Niveau.

Die **Pflegedirektion** sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Gesundheits- und Krankenpfleger (m/w)

für unsere Bereiche Elektrophysiologie und Herzkatheterlabore der **Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen** und dem Kinder-Herzkatheterlabor der **Klinik für Kinderkardiologie und angeborene Herzfehler**.

Besuchen Sie auch unsere Homepage www.dhm.mhn.de oder nutzen Sie den unten stehenden QR-Code.

Unser Angebot:

- Unbefristeter Arbeitsvertrag
- Vergütung nach dem TV-L (inklusive Jahressonderzahlung)
- Übertarifliche Zulagen und Anerkennung bisheriger Berufserfahrung
- Günstige attraktive Wohnangebote
- Hospitationstage bei Vorstellung
- Individuelle Einarbeitung durch Mentoren und Praxisanleiter
- Fortbildungsangebote
- Betriebliche Altersvorsorge/Betriebsrente
- Jobticket
- Personalrestaurant
- Kindertagesstätte am Klinikgelände
- Umfangreiches Sportangebot mit über 600 Einzelveranstaltungen, Wassersportplatz am Starnberger See, Gesundheitstage, Wirbelsäulengymnastik

Das Deutsche Herzzentrum München fördert die berufliche Gleichstellung von Frauen und Männern. Schwerbehinderte Menschen werden bei ansonsten im Wesentlichen gleicher Eignung bevorzugt eingestellt.

Ihre Ansprechpartner:

- Herr Löser, Pflegedirektor Telefon-Nr. 089 1218-1001
- Herr Schmid, Leitung Personalgewinnung Telefon-Nr. 089 1218-1734

Ihre Bewerbung senden Sie bitte elektronisch in einer PDF-Datei (nicht größer als 5 MB) an:



Deutsches Herzzentrum München, Personalverwaltung, Lazarettstraße 36, 80636 München, Bewerbung@dhm.mhn.de





KURPARK-KLINIK
Zentrum für medizinische Rehabilitation

Die KURPARK-KLINIK in Bad Nauheim ist ein modernes Zentrum für medizinische Rehabilitation mit den drei Fachkliniken Urologie, Innere Medizin und Orthopädie. Wir führen Anschlussheilbehandlungen (AHB) direkt nach einem Krankenhausaufenthalt sowie stationäre und ambulante Heilbehandlungen durch.

Zur Verstärkung für unseren Nachtdienst suchen wir **ab sofort in Vollzeit** einen

Examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger (w/m)
oder **examinierten Altenpfleger (w/m)**

Ihr Profil:

Sie verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung zum exam. Gesundheits- und Krankenpfleger oder exam. Altenpfleger und haben Berufs- und Klinikerfahrung in diesem Bereich. Sie zeichnen sich durch Verantwortungsbewusstsein, Sozialkompetenz und Teamfähigkeit aus und besitzen gute Englischkenntnisse.

Ihre Aufgaben:

Ihnen obliegt die Betreuung und Versorgung unserer Patienten im Nachtdienst. Sie sichern die Grund- und Behandlungspflege, reichen Medikamente und führen die Pflegedokumentation.

Ihre Perspektiven:

Wir bieten einen abwechslungsreichen und anspruchsvollen Arbeitsplatz mit Eigenverantwortung in einer zukunftsorientierten Klinik.

Interessiert? Dann senden Sie uns bitte Ihre Bewerbungsunterlagen (gerne auch per E-Mail, max. 5 MB) zu.

Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen.

KURPARK-KLINIK Bad Nauheim

Verwaltungsdirektorin Kirsten Schmidt-Tlatlik
Kurstraße 41-45 | 61231 Bad Nauheim | Tel.: 06032-944-600
bewerbung@kurpark-klinik.com | www.kurpark-klinik.com/karriere



Ein Drehbuch mit glücklichem Ende?

Damit die Alzheimer-Krankheit nicht zum Dieb unserer Erinnerungen wird, übernehmen Sie Regie und spenden Sie für eine filmreife Zukunft ohne Alzheimer.

Nutzen Sie das Spendenformular unter folgendem Link:

www.alzheimer-forschung.de/3951



Alzheimer Forschung Initiative e.V. Kreuzstraße 34
40210 Düsseldorf



ST. ELISABETH GRUPPE
KATHOLISCHE KLINIKEN RHEIN-RUHR

Die **St. Elisabeth Gruppe – Katholische Kliniken Rhein-Ruhr** ist eine dynamisch wachsende kirchliche Gruppe von Akutkrankenhäusern und Fachkliniken der maximalen Breitenversorgung, Altenpflegeeinrichtungen, eines Hospizes und diversen Schuleinrichtungen. Die Standorte in Herne und Witten stellen mit derzeit über 4.100 Mitarbeitern und mehr als 1.500 Planbetten die überregionale Versorgung mitten im Ruhrgebiet sicher. Alle Gruppenmitglieder zeichnen sich durch fachliche Kompetenz und Menschlichkeit aus.

Unter dem Dach der Gruppe sind die fünf Krankenhäuser: das St. Anna Hospital Herne, das Marien Hospital Herne – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, das Marien Hospital Witten, das Rheumazentrum Ruhrgebiet, das St. Marien Hospital Eickel sowie die folgenden Einrichtungen zusammengeschlossen: die Medizinische Reha Eickel, das Gästehaus St. Elisabeth, die Ambulante Pflege, die Arztpraxen – MVZ Herne, das Lukas Hospiz, das Bildungszentrum Ruhr, das Bildungswerk e. V., die Krankenpflegeschool, die Akademie der Physiotherapie und Kinder in der St. Elisabeth Gruppe.

Für unser **Gästehaus** suchen wir zum nächstmöglichen Termin einen

Stationsleiter (m/w)

Ihre Aufgaben:

- Übernahme von Leitungsaufgaben in Absprache mit der Pflegedienstleitung
- Organisation, Steuerung und Optimierung von Stationsabläufen
- Personaleinsatzplanung
- Mitarbeitermotivation und Personalentwicklung im Zuständigkeitsbereich
- Sicherstellung einer zeitgemäßen, sach- und fachgerechten Pflegequalität unter Beachtung von Expertenstandards und gruppeninternen Standards
- Schaffung eines positiven Arbeits- und Betriebsklimas
- Konstruktive und innovative Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung

Ihr Profil:

- Erfolgreich abgeschlossene Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger (m/w)
- Abgeschlossene Weiterbildung zur Stationsleitung oder die Bereitschaft diese zu absolvieren
- Berufserfahrung in einer Leitungsfunktion
- Hohe fachliche, persönliche und soziale Kompetenz
- Belastbarkeit, Flexibilität sowie Teamfähigkeit
- Organisationstalent und Einsatzfreude
- Bereitschaft zur Kooperation mit allen Berufsgruppen

Wir bieten Ihnen:

- Eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit mit sehr guten Entwicklungschancen in einem zukunftsorientierten Klinikverbund mit hoher Arbeitsplatzsicherheit
- Selbstständiges und eigenverantwortliches Arbeiten
- Mitarbeit in einem freundlichen, fachkompetenten und motivierten Pflegeteam
- Teilnahme an in- und externen Fortbildungsmaßnahmen
- Vergütung nach den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des deutschen Caritasverbandes mit den üblichen Sozialleistungen sowie eine zusätzliche beitragsfreie Altersvorsorge
- Kinderbetreuung in der eigenen Kindertagesstätte „Kinder in der St. Elisabeth Gruppe“

Für fachliche Auskünfte steht Ihnen gerne der **Pflegedienstleiter, Herr Böttcher**, unter der Telefon-Nr.: 02325/912-610 oder die **Gesamtpflegedienstleitung, Frau Büchsenschütz**, unter der Telefon-Nr.: 02325/986-2370 zur Verfügung.

Werden Sie Teil unseres Teams und bewerben Sie sich bevorzugt online auf unserer Karriereseite unter: www.elisabethgruppe.de

Alternativ können Sie sich per Post unter Angabe der **Kennziffer GSE0215** bewerben. Bitte beachten Sie, dass Ihre Bewerbung eingescannt und in unserem Bewerbermanagementsystem gespeichert wird.

St. Elisabeth Gruppe GmbH
Personalabteilung
Hospitalstraße 19
44649 Herne

Berufsbegleitend und dual studieren an der HFH in Ihrer Nähe.



Nutzen Sie die Vorteile eines Fernstudiums und informieren Sie sich über unsere staatlich anerkannten Studiengänge in

Gesundheit und Pflege

Gesundheits- und Sozialmanagement (B.A.) • Health Care Studies (B.Sc.) • Management von Organisationen und Personal im Gesundheitswesen (M.A.) • Pflege-management (B.A.)

Fordern Sie jetzt kostenlos Infomaterial an.

hfh-fernstudium.de

Neue Berufe – Gute Chancen

Wir machen Ausbildung bezahlbar!

Heilpraktiker/in	Psychologische/r Berater/in	Ernährungsberater/in	
Erziehungs- und Entwicklungsberater/in	Gesundheitsberater/in	Fitness- und Wellnessberater/in	Tierheilpraktiker/in
Entspannungs-trainer/in	Seniorenberater/in	Mediator/in	<i>viele weitere Ausbildungen siehe Homepage</i>



Staatlich zugelassene Fernlehrgänge mit Wochenendseminaren in vielen Städten

Beginn jederzeit möglich!

Impulse e. V.

Rubensstr. 20a · 42329 Wuppertal · Tel. 0202 / 73 95 40
www.Impulse-Schule.de

DIPLOMA Bachelor / Master
Private staatlich anerkannte Hochschule
University of applied science

Fernstudium - Seminare an bundesweiten Studienzentren oder online, auch neben dem Beruf oder der Ausbildung

Frühpädagogik (B.A.)

Leitung und Management von Kindertageseinrichtungen

Medizinalfachberufe (B.A.)/(M.A.)

Zugangsberechtigter: Physiotherapie, Ergotherapie, Altenpflege, Krankenpflege, Logopädie u. a.

Kindheitspädagogik (B.A.)

inkl. staatliche Anerkennung als Erzieher/in

Soziale Arbeit (B.A.)

inkl. staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter/in

Info unter 0 57 22 / 28 69 97 32

www.diploma.de



APOLLON Hochschule



Bachelor per Fernstudium – ohne Abitur!

Bachelor Pflegemanagement (B. A.)

Bachelor Sozialmanagement (B. A.)

Zertifikatskurse! U. a. Gesundheitspsychologie, Public Health

Kostenlose Infos: **0800 3427655** (gebührenfrei)

apollon-hochschule.de

Ein Unternehmen der Klett Gruppe



World Vision
Zukunft für Kinder!

FÜR DIE, DIE NICHTS HABEN, GEBEN WIR ALLES.

Das ist die **KRAFT** der Gemeinschaft.



SOS-Kinderdorf-Stiftung
www.sos-kinderdorf-stiftung.de



Ihre Stiftung für Kinder.

Verwirklichen Sie Ihre persönliche Stiftungs-idee mit der SOS-Kinderdorf-Stiftung.

Fordern Sie jetzt Informationen unter:

SOS-Kinderdorf-Stiftung
Petra Träg
Renatastraße 77 · 80639 München
Telefon 089 12606-109
stiftung@sos-kinderdorf.de

Kontonummer:

DAB-Bank · Filiale München
Konto Nr. 307 065 4003
BLZ 701 204 00

Verwendungszweck: **Zustiftung**

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Susanne Danzer

Palliative Wundversorgung

2016. 143 Seiten, 28 Abb., 26 Tab. Kart. € 16,-
ISBN 978-3-17-029096-9

auch als
EBOOK

Pflegekompakt

Die Zahl der Patienten, die eine palliative Wundversorgung benötigen, nimmt stetig zu. Insbesondere die Versorgung von Tumorwunden und deren Problematiken ist eine Herausforderung. Das Werk, das diesen Aspekt bei der Versorgung von Betroffenen im Palliativbereich herausgreift, bietet als kompaktes Nachschlagewerk hierfür eine Lösung. Durch die anschauliche Verknüpfung von Theorie und Praxis zeigt es die Umsetzung bei der Versorgung von Menschen mit Wunden in Palliativsituationen. Dazu werden viele Tipps gegeben und Vorgehensweisen aufgezeigt, die sich an der täglichen Berufspraxis orientieren.

Susanne Danzer ist examinierte Krankenschwester, Pflegetherapeutin Wunde ICW und Pain Nurse.



Wolfgang Schäfer/Peter Jacobs

Praxisleitfaden Stationsleitung

Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege

5., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016
440 Seiten, 24 Abb., 11 Tab. Kart. € 39,-
ISBN 978-3-17-028691-7

auch als
EBOOK

Stationsleitungen nehmen eine Fülle von Aufgaben wahr: Sie leisten Führungsarbeit, tragen Organisationsverantwortung und sind administrativ tätig. Dieses erfolgreiche Handbuch gibt eine komprimierte Zusammenfassung des umfangreichen Wissens einer Stationsleitung wieder und behandelt umfassend und praxisnah das Aufgabenspektrum der Stationsleitung. Weitere Themen: Zertifizierung am Beispiel eines Darmzentrums, Personalgewinnung und Mitarbeiterbindung. Mit zahlreichen Fallbeispielen, Checklisten, Musterschreiben etc. Die Tarif- und Gesetzestexte wurden auf den neuesten Stand gebracht; sämtliche zeitbezogenen Daten wie zum Beispiel Statistiken und Budgetpläne wurden komplett aktualisiert.

Wolfgang Schäfer ist Stationsleiter einer gastroenterologischen Allgemeinstation des Klinikums der Universität München. **Peter Jacobs** war bis März 2014 Pflegedirektor des Klinikums der Universität München. Seit 2014 ist er als Berater für Personen und Institutionen im Gesundheitswesen tätig. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Coaching von Führungskräften.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de