

PflegeLeben

Pflege · Werte · Zukunft

Systemische Betrachtung:

War der Beifall der Menschen für die Pflege berechtigt?

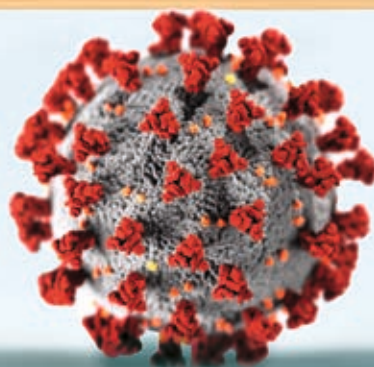
Seite 4

Hinter der
Maske dem
Menschen
begegnen!
Seite 31



Corona-Pandemie-
Erfahrungsbericht
aus Sicht der
stationären
Pflegeeinrichtung

Seite 17



Katholischer
Pflegeverband e.V.



Ansprechen, begeistern, mitnehmen

Gemeinsam sind wir stark. Wir vertreten die professionelle Pflege in politischen und gesellschaftlichen Gremien. Das können wir jedoch nur tun, weil Sie da sind. Ohne Ihr Votum und Ihre Förderung wäre der Verband nicht das, was er jetzt ist. Ihr Katholischer Pflegeverband e. V.

Damit wir auch in der Zukunft stark für Sie eintreten können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Wir bedanken uns bei Ihnen für jede erfolgreiche Werbung eines neuen Mitglieds oder einer neuen korporativen Einrichtung mit einem kleinen Geschenk, das wir für Sie ausgesucht haben.



3
MAG-Lite Stab-Taschenlampe
inkl. Litexpress LED Upgrade
Modul 220 Lumen und
3 x Power-Batterien

Unser Dankeschön für Sie:*

1
WMF Wasserkaraffe
schwarz Basic 1,0 l



4
EMILIA'S Präsentkorb
„Sizilien“

5



REISENTHEL Carrybag
Punkte schwarz
(48 cm x 29 cm x 26 cm)



2
Black & Decker
76-teilige handliche Roll-Tasche
mit Autowerkzeug-Zubehör

Mehr Informationen:
www.kathpflegeverband.de

* Vorbehaltlich Lieferbarkeit. Sollte ein Artikel nicht mehr bezogen werden können, senden wir Ihnen nach Absprache einen vergleichbaren Artikel zu. Eine ausführlichere Beschreibung der Prämien finden Sie auf unserer Homepage im Internet.

Bitte ausschneiden und einsenden an: Katholischer Pflegeverband e. V., Adolf-Schmetzer-Str. 2-4, 93055 Regensburg

Beitrittserklärung des Geworbenen

Hiermit erkläre ich – unter Anerkennung der Satzung – meinen Beitritt zum

„Katholischen Pflegeverband e. V.“

Vor- und Zuname

Straße

PLZ / Ort

Geburtsdatum Telefon

tätig als in

Vergütungsgruppe TVÖD

Vergütungsgruppe AVR

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Kath. Pflegeverbandes e. V. an.

Datum Unterschrift

Anschrift des Werbers

Vorname

Zuname

Straße

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Mitgliedsnr.

Bitte senden Sie mir die Prämie mit der

Nummer zu.

Pflege systemrelevant!?



Professionelle Pflege – ein systemrelevanter Beruf – eine vielbeschworene Aussage in den Tagen und Wochen der Corona-Pandemie. Was ist geblieben, welche wertschöpfenden Erfolge werden wir erfahren können? Die Antwort kann sich jeder selbst geben. Aus meiner Beurteilung heraus – sehr wenig.

Systemrelevante Berufe und Organisationen sind existentiell für das „LEBEN & ÜBERLEBEN“ einer Gesellschaft. Als professionell Pflegende sind wir bedeutsam für die pflegerische Versorgung der Gesellschaft. Dies zu erkennen, ist wertschätzender Fortschritt. Bleiben wir dran.

Verantwortlich dranbleiben und handeln bedeutet, mit einem starken Selbstwertgefühl die notwendigen Veränderungen aktiv einzufordern, einzufordern im Interesse der Gesellschaft, der zu Pflegenden und für uns Pflegende selbst.

Wir als Pflegende sollten die Promotoren des permanenten Dranbleibens sein, um Erfolge zu erzielen. Kirche, Staat, Gesellschaft sind gefordert, aktiv einen verpflichtenden Beitrag zur Sicherstellung der pflegeberuflichen Systemrelevanz beizusteuern. Willenserklärungen und Klatschen reichen nicht aus.

Wichtig ist es mir zu sagen, dass es im Gesundheits- und Sozialwesen viele systemrelevante Berufe gibt, ohne deren Mittun vieles nicht leistbar wäre.

Bedanken möchte ich mich für Ihr Engagement in der Pflege, auch im Namen des Bundesvorstandes.

Schließen möchte ich mit einer Feststellung in unserer Broschüre „Unser gemeinsames Pflegeverständnis:

„Professionelle Pflege beinhaltet das Eintreten für lebensfördernde Strukturen, Rechte und Bedürfnisse von Menschen, die Pflege empfangen, im gesellschaftlichen und politischen Kontext“.

Bleiben wir kreativ störend dran ...

Ich wünsche beim Lesen viele neue Erkenntnisse, bleiben Sie gesund.

*Ihr Karl-Heinz Stolz
Mitglied des Bundesvorstandes*

Inhalt

Titel:

War der Beifall der Menschen
für die Pflege berechtigt?

04

Im Rahmen der Corona-Krise
hallt die viel zitierte
Systemrelevanz der Pflege
immer noch nach!

07

Der Nachwuchs berichtet

10

Fachliches

13

Projektbericht

14

Erfahrungsberichte

17

Aus dem Verband

20

Treue Mitglieder

21

Aus den Landesgruppen:

• Baden-Württemberg

22, 24

• Bayern

23

Persönlich und beruflich
vorankommen

26

Alles, was Recht ist!

28

Für Sie gelesen

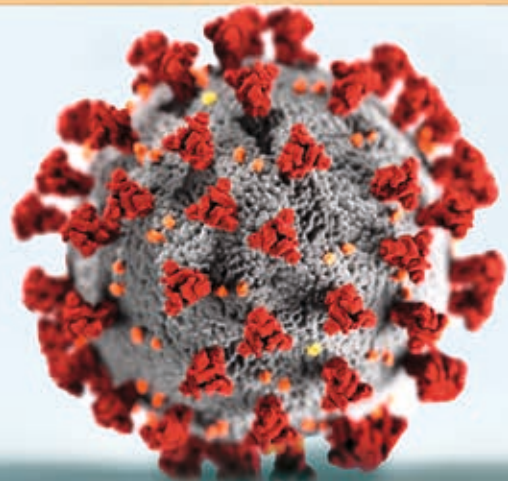
30

Spiritueeller Impuls

31

Systemische
Betrachtung

War der Beifall der Menschen für die Pflege berechtigt?





Diese Frage klingt auf den ersten Blick ein wenig provokant. Mit dem Abebben der ersten Corona-Welle und mit der Gewissheit, dass unser Gesundheitssystem und damit auch die Pflege von der ganz großen Katastrophe verschont geblieben ist, verflüchtigt sich diese Brisanz mit dem zweiten Blick aber mindestens genauso schnell wieder wie die ernst gemeinten Bekundungen auf den Balkonen. Was bleibt, ist eine Art polemische Ernüchterung bei den Pflegekräften, die seitdem um ihre Prämie bangen, wohlwissend, dass mehr nicht zu erwarten ist.

Aber auch die verschiedenen Pflegeverbände und die Pflegewissenschaften sind nun mit einem nicht leicht zu beantwortenden Fragenkomplex konfrontiert, der thematisch von der Vergütung der Pflegekräfte über den Fachkräftemangel bis hin zu einer scheinbar fehlenden Motivation bei den Pflegekräften reicht, für ihr eigenes Wohl einzustehen. Diese Fragen sind nicht neu, aber sie irritieren zusätzlich angesichts des Phänomens, dass selbst „Krisen“ sich nicht geneigt zeigen, neue gesamtgesellschaftliche Erkenntnisse zu liefern; und die, obwohl der Pflege nun das Label „systemrelevant“ aufoktroiiert wurde.

Doch was bedeutet eigentlich „systemrelevant“? In einem einfachen Sinne heißt „Systemrelevanz der Pflege“ erst einmal nur, dass es in unserer Gesellschaft ohne Pflege nicht geht. Diese Aussage ist wahrscheinlich zutreffend, aber höchst relativ, wenn man dabei auf reine Kriterien von Bedürftigkeit abstellt. So zeigt sich, dass für viele Menschen der Besuch von Konzerten oder Museen, der Gang zum Friseur oder der Besuch des Fitnessstudios eine Relevanz entfalten, deren Verlust für den Einzelnen auf Dauer nicht hinnehmbar wäre. Der Begriff „systemrelevant“ muss demnach etwas genauer und mit Bedacht auf die Gesamtgesellschaft gefasst werden. Er stellt nicht primär auf die Bedürfnisse von Individuen ab – diese zu befriedigen, ist Aufgabe des Wirtschaftssystems (s. Luhmann

1988) – sondern er bezeichnet tief verwurzelte gesellschaftliche Strukturen, die im Großen und Ganzen so funktionieren, dass deren Erfüllung innerhalb der Gesellschaft erwartet werden darf, ohne dass es für dieses Funktionieren irgendeine übergeordnete Garantie geben könnte. Er macht zudem deutlich, dass das, was die Pflege leistet, von keinem anderen System, sei es Wirtschaft, Medizin, Recht und heute auch Religion, übernommen werden kann. Krisen in solch relevanten Systemen wie der Pflege führen dazu, dass andere Funktionssysteme wie z.B. das Wirtschaftssystem, das Rechtssystem oder das System der Krankenbehandlung auf den Wegfall von Leistungen des Pflegesystems mit eigenen nicht vorweg zu kalkulierenden Strukturänderungen reagieren müssten.

Da die heutige Gesellschaft nicht mehr durch eine vorangestellte Instanz – wie z.B. teleologische Wahrheit, Adel etc. – angeführt und damit gesamtintegriert wird, bedeutet ein solcher Struktureffekt immer ein nicht vorhersehbares Risiko für die ganze Gesellschaft. Wirtschaft, Wissenschaft, Religion, Recht, Politik, Massenmedien usw. sind Funktionssysteme der heutigen Gesellschaft, die alle gleichberechtigt nebeneinanderstehen, da sie ihre wesentlichen Strukturen und Kommunikationen selbst erzeugen (s. Luhmann 1998). Sie tun dies in einer Weise, dass die jeweils anderen Funktionssysteme sich auf diese Autonomie einstellen und sich auf deren Funktionieren verlassen müssen. Jedes Funktionssystem bleibt für das jeweils andere eine nicht durchschaubare Blackbox. Diese systemtheoretischen Voraussetzungen kann man sich verdeutlichen, wenn man bedenkt, in wie vielfältiger Weise z.B. Pflege und Medizin in Krankenhäusern tagtäglich miteinander kooperieren und konfliktieren müssen. Denn wer würde nach einer OP dafür sorgen, dass die verordnete Therapie der Ärzte auch beim Patienten ankommt, wenn die Pflegekraft nicht da wäre? Oder mit Bedacht auf das Wirtschaftssystem: Wer wäre überhaupt im Krankenhaus tätig,

wenn die Verwaltung nicht dafür Sorge trüge, dass alle Mitarbeiter am Ende des Monats ihr Geld bekommen? Niklas Luhmann bedient sich zur Bezeichnung solch vielfältiger Kooperationen des Begriffs der „strukturellen Kopplung“ (vgl. Luhmann 1998, S. 92ff.) und verweist damit auf die Notwendigkeit, dass die unterschiedlichen Funktionssysteme auf deren Gelingen setzen, d.h. vertrauen müssen. Dies hat den seltsamen Effekt, dass jeweils das Funktionssystem in der Gesellschaft dominiert, welches die höchste Versagensquote aufweist (vgl. Luhmann 1998, S. 769). Solche Krisen bleiben aufgrund der genannten strukturellen Kopplungen natürlich nicht unentdeckt oder unbehandelt und werden in der Regel von den Massenmedien entsprechend aufgegriffen.

About



Prof. Dr. rer. cur. Guido Grasekamp
Geboren am 25.12.1975 in Eschweiler, Nordrhein-Westfalen. Er ist als Professor für Sozial- und Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule, Abteilung Köln, Fachbereich Gesundheitswesen, tätig.

Kontakt:
g.grasekamp@katho-nrw.de

Diese Funktion der Massenmedien ließ sich besonders in der Zeit gut beobachten, als sie von dem Massensterben in der Lombardei aufgrund der Coronapandemie berichteten und wo Ärzte zu einer überfordernden Triage gezwungen waren. Hier ereignete sich eine Krise des Gesundheitssystems, welche auf den Bildschirmen und in den sozialen Medien sichtbar gemacht wurde. Die damit verbundenen Themen erzeugten Ungewissheit (vgl. Luhmann 2009, S. 43), die in Deutschland zu einer intern erzeugten Spannung geführt hat. Dies deshalb, weil die Massenmedien den Menschen eine gesellschaftsweit akzeptierte, bekannte Gegenwart zur Verfügung stellen, von der aus man sich auf die Zukunft einstellen kann (vgl. Luhmann 2009, S. 120). Die Aufstokkung der Intensivbetten, symbolische Aktionen wie „Bleibt zu Hause“ und der Beifall auf den Balkonen waren sozusagen Reaktionen auf die Erwartung, dass es bald auch bei uns losgeht. Das gesamte Gesundheitssystem wurde in Alarmbereitschaft versetzt.

Das Gesundheitssystem und vorrangig die Krankenhäuser und Altenheime hatten, forciert durch die Gefahrenlage, eine Zeitlang den medialen Primat in Deutschland. Doch mit der Gewissheit, dass unser System nicht überfordert wurde, nahm das mediale Interesse für diese Bereiche und damit auch das Interesse an den Pflegekräften schnell wieder ab.

Es wird deutlich, dass zwischen medial erzeugten Krisenthemen und von Medien aufgegriffenen Krisen, die sich in den Funktionssystemen ereignen, deutlich unterschieden werden muss; je nachdem, von welchem Standpunkt aus man wie beobachtet. Das bedeutet dann nicht, dass mit dem Abebben der gesell-

schaftlichen Aufmerksamkeit auch die Probleme in der Pflege behoben wären; diese bleiben natürlich virulent. Aber es wird deutlich, dass sich medientaugliche Themen nur in der Gegenwart darstellen lassen, und man kann sagen, fast nur auf den Moment verkürzt (vgl. Luhmann 1981, S. 314). Ob sich dann das Pflegesystem durch den damit gegebenen momentanen Hype irritieren lässt und versucht, diesen für eigene Interessen auszunutzen, bleibt der Typik eben dieses Systems überlassen. Die Pflege scheint, so viel können wir bereits sagen, nicht leicht zu irritieren sein. Bei dem Pflegesystem und dem System der Massenmedien handelt es sich um autonome Funktionssysteme der Gesellschaft, die sich an je unterschiedlichen, selbst gemachten Strukturen und Kommunikationen orientieren. Und es stellt sich die Frage, welche Strukturen in der Pflege dazu führen, dass sie so resilient gegen Prominenz zu sein scheint (s. zu relevanten Strukturen Grasekamp 2019; Christoph 2020).

War der Beifall denn nun berechtigt? Als eine Art Vertrauensvorschuss für mögliche bevorstehende Belastungen waren die Bekundungen wahrscheinlich eine Stütze. Jedoch registrierten die Pflegekräfte diesen Beifall auch schnell als das, was er war: ein mediales Ereignis.

Literatur:

Dietrich, Christopher (2020): „Der Code der Pflege“. In: Pflege & Gesellschaft, 25. Jg., H.3; Grasekamp, Guido (2019): „In der Sandwichposition. Im Spannungsfeld zwischen Organisation und Pflege“. In: CNE Pflegemanagement, 06(02); Luhmann, Niklas (1981): „Veränderungen im System gesellschaftlicher Kommunikation und die Massenmedien“. In: ders.: Soziologische Aufklärung 3. Soziales System Gesellschaft, Organisation. Westdeutscher Verlag: Opladen; Luhmann, Niklas (1988): Die Wirtschaft der Gesellschaft. Suhrkamp: Frankfurt am Main; Luhmann, Niklas (1998): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Suhrkamp: Frankfurt am Main; Luhmann, Niklas (2009): Die Realität der Massenmedien. 4. Aufl. VS-Verlag: Wiesbaden.



Akutpflege – Priorisierung oder Triage

Im Rahmen der Corona-Krise hallt die viel zitierte Systemrelevanz der Pflege immer noch nach!

Zwischenzeitlich ist der Applaus für die Pflege abgeebbt und die ökonomische Relevanz der Krise rückt in den Vordergrund. Gerade jetzt ist es umso wichtiger, die sogenannte Systemrelevanz der Pflege wieder stärker zu fokussieren, wenn die pflegerische Versorgungsqualität in der BRD im europäischen Vergleich mithalten soll. Speziell die Erfahrung in Pandemiezeiten hat gezeigt, dass sich die Gesellschaft und das Pflegesystem stärker mit der Tatsache auseinandersetzen müssen, wie man mit der Verknappung des gesellschaftlichen Guts Pflege umgeht. Wenn auf die derzeitige Situation der Akutpflege im Pflegesystem der BRD eingegangen werden soll, muss natürlich auch das

Medizinsystem betrachtet werden, wie es im Zusammenhang mit der Pandemie fungiert.

Zu Hochzeiten der COVID-19-Pandemie war das medizinische Versorgungssystem teilweise gezwungen zu triagieren (selektieren; Begriffsursprung Triage: französisch für Sichtung, Sortierung, Auswahl). Hierfür gibt es unterschiedliche Triage-Klassifikationssysteme^[1]

- Manchester Triage Scale (MTS)
- Australasian Triage Scale (ATS)
- Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)
- Emergency Severity Index (ESI)

Die sogenannte Triage kommt dann zum Tragen, wenn knappe Ressourcen einer selektierten Allokation zugeführt werden müssen. Insbesondere die intensivmedizinische Versorgungskapazität wurde schnell als knappes Gut identifiziert, so dass das ARDS-Netzwerk und die Sektion „Respiratorisches Versagen“ der DIVI (Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) zusammen mit dem Robert-Koch-Institut eine Webseite zur Meldung aller freien Intensivkapazitäten in Deutschland ins Leben gerufen haben^[2]. Zeitgleich hat die Gesundheitspolitik in Deutschland in kürzester Zeit die Vorhaltestruktur der Intensivbetten von 28.000 auf 40.000 Betten



Pflege

About



Dr. Ismail Özlü

Dr. Ismail Özlü, Jahrgang 1980, ist verheiratet und hat einen Sohn. Er ist weitergebildeter Fachkrankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege. Er hat Pflegewissenschaften und Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule in Köln studiert. Das Promotionsstudium im Bereich der Pflegewissenschaft hat er an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar absolviert. Dr. Özlü ist nach 10-jähriger Tätigkeit als Referent für die gesetzliche Pflegekasse bei der AOK NW nun seit April 2019 Vertretungsprofessor für Akutpflege und Critical Care im Department für Pflegewissenschaft an der Hochschule für Gesundheit in Bochum.

hochgefahren^[10], in Krisenzeiten mit Sicherheit eine notwendige Maßnahme, nur sollte man berechtigterweise auch die Frage stellen, wer dieses Patientenaufkommen entsprechend einem Mindestmaß eines Qualitätsniveaus versorgen soll. Die wesentliche Frage ist also, woher soll kurzfristig das dafür notwendige Intensivpflegefachpersonal genommen werden, das die Intensivpflegebedürftigen dann auch adäquat betreuen könnte? Wichtig ist an dieser Stelle, anzumerken, dass die akutmedizinische Versorgung der Patienten nicht losgelöst von der Fragestellung der akutpflegerischen Versorgungskapazität gedacht werden kann, weil beide Systeme miteinander interdependieren. Warum das so ist, wird schnell klar, wenn man sich die Ergebnisse der aktuellen Studienlage ansieht.

Und diese besorgniserregenden Ergebnisse sind nicht der Pandemie zuzuschreiben, sondern dieser Notstand in der pflegerischen Versorgung herrscht insbesondere in der BRD schon länger. Vergleicht man die Patienten-Pflegepersonal-Relationszahl von 13:1 einmal international, sieht man eindeutig, dass Deutschland viel Entwicklungspotenzial in Bezug auf das Pflegesystem im Vergleich zu den europäischen Nachbarn aufweist^[6]. Im Vergleich liegen Finnland, Schweiz und Schweden bei 8:1, Niederlande und Irland bei 7:1 und Norwegen sogar bei 5:1 bezüglich der Patienten-Pflegepersonal-Relationszahl, was nachvollziehbar eine bessere Versorgungsqualität zur Konsequenz

hat. Auch diese Kennzahlen kann man in der RN4CAST-Studie nachvollziehen^[10].

Gabriele Meyer (Universität Halle-Wittenberg) kommt in einem Review zu dem Ergebnis, dass entsprechend große Beobachtungsstudien mit nachgewiesener hoher methodischer Qualität belegen, dass Krankenhäuser bzw. Abteilungen mit besserer Pflegepersonal-ausstattung eine geringere Mortalität aufweisen sowie eine geringere Wahrscheinlichkeit, nach erlittener Komplikation zu versterben^[3]. Faktisch heißt das, je höher die Pflegepersonalsituation in den Krankenhäusern, desto besser die Versorgungsqualität und desto besser das Outcome der Patienten.

Wenn man sich die Ergebnisse der RN4CAST-Studien ansieht, stellt man fest, dass, wenn man den Skills- und Grademix in der stationären Krankenbehandlung von 66,7% auf 50%, also um 16,7% senkt, das die Mortalitätsrate um 21% steigern würde. Positiv formuliert: Würde man die Rate akademisch professionalisierter Pflegefachpersonen von 66,7% auf 83,3% anheben, also faktisch die Qualifikationsrate der akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen um 16,7% erhöhen, korreliert das mit der Reduktion der Mortalitätsrate um 18%.^[4]

Die grundsätzliche Frage muss also lauten: Wie gehen wir als Gesellschaft mit der Verknappung pflegerischer Güter und deren Folgen um? Mögliche Konsequenzen tun sich für die Akutpflege



auf: Absenkung des Versorgungsstandards, Rationierung und/oder Priorisierung der pflegerischen Leistung in der Akutpflege.

- Rationierung bedeutet ein bewusstes Vorenthalten pflegerischer notwendiger Maßnahmen.
- Priorisierung in der pflegerischen Versorgung bedeutet die Festlegung einer Vorrangigkeit und damit auch einer Nachrangigkeit von zum Beispiel Kranken und Krankheitsgruppen, Patientengruppen, pflegerischer Intervention und Versorgungszielen.

Eine implizite Rationierung von Pflege ist definiert als das Vorenthalten oder Nicht-durchführen-Können von notwendigen pflegerischen Maßnahmen, aufgrund eines Mangels an zeitlichen, personellen und/oder fachlichen Ressourcen. Eine der Fragen aus den RN-4Cast-Studien, die die Situation der Akutpflege untersuchen, lautet: „Welche Tätigkeiten konnten aus Zeitmangel nicht durchgeführt werden?“

Mit über 80% wurden die Patientenzuwendung und Patientengespräche genannt ^[5]. Man muss sich fragen, welches Bild der Pflege sich in der akutstationären Krankenbehandlung abzeichnet, wenn die Beziehungsgestaltung und der Aspekt der Gefühlsarbeit in bestimmten akuten und palliativen Pflegesituationen teilweise oder überwiegend wegfällt. ^[5] Die Beziehungsarbeit zwischen Pflegefachpersonen und den Patienten stellt die elementare Grundlage zur Reduktion von Leid, bedingt durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit, dar. Denn erst durch die Patientenkontakte im Rahmen der

pflegerischen Versorgung und Beziehungsgestaltung zum Patienten kann Zuwendung stattfinden, um das Patientenleid zu vergegenwärtigen und durch pflegerische Handlung Linderung zu erfahren.

Die Entwicklung und Aktualisierung von Pflegeprozessplanungen und die Beratungssituation und Anleitung von Patienten und Angehörigen wurde mit über 50% genannt ^[5]. Die aufgrund von Zeitmangel nicht durchgeführte Patientenüberwachung bzw. Krankenbeobachtung wurde mit über 37% genannt und die spezielle Mundpflege wurde in 29,4% aufgrund von Zeitmangel nicht durchgeführt. ^[5]

Insbesondere bei vulnerablen und pflegesensitiven Patientenkreisen ist die Patientenüberwachung und die Krankenbeobachtung elementar. Bei unzureichender Patientenüberwachung ist das positive Patientenoutcome entsprechend gefährdet. Auf der Grundlage der RKI-Richtlinie ist bekannt, dass insbesondere bei beatmeten Patienten die spezielle Mundpflege mit antiseptischer Mundspüllösung die Inzidenzrate von Respirator-assoziierten Pneumonien nachweislich reduziert. ^[7]

Jeder kann sich denken, was es im Umkehrschluss bedeutet, wenn aufgrund von Pflegepersonalmangel und Mangel an zeitlicher Ressource für die akutpflegerische Versorgung die spezielle Mundpflege bei der entsprechenden Patientenklientel ausbleibt, weil pflegerische Handlungen priorisiert werden. Die Entwicklung eines Problembewusstseins hinsichtlich eines bestehenden Pflegenotstandes in der BRD hatte sich auf der politischen

Ebene bereits vor der Covid-19-Pandemie abgezeichnet.

Euphemistisch ausgedrückt, könnte man „zum Glück“ sagen, aber faktisch lag das Kind zu dem Zeitpunkt schon im Brunnen, bedingt durch politische Versäumnisse in der Vergangenheit. Eines der Versäumnisse im Bereich der stationären Krankenbehandlung war zum Beispiel, dass die Leistungen der Akutpflege größtenteils im DRG-Abrechnungssystem bis 2020 pekuniär nicht abgebildet wurden. Ab 2020 ändert sich hier das DRG-Abrechnungssystem mit der Einführung des sogenannten risikoadjustierten Pflegeerlöskatalogs (Pflegelastkatalog integriert im DRG-Katalog 2020), wo ein pflegespezifisches Relativgewicht den jeweiligen DRGs zugewiesen wird. Pflegeleistungen werden abbildbar, somit auch abrechenbar und systemrelevant. Mal am Rande bemerkt: Pflege war schon immer systemrelevant, nicht erst jetzt! ^[8] Das Pflegesystem leistet nämlich einen für die Gesellschaft wichtigen Beitrag, weil es Komplexität im systemtheoretischen Sinne reduziert, in dem es Leiden lindert. Das ist ein gesellschaftlicher Auftrag, der u.a. an die Akutpflege im Sinne des § 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) definiert wird. Daher wäre zur Verbesserung der Versorgungsqualität neben der pekuniären Abbildung der Pflegeleistung im DRG-System und der zweckgebundenen Reinvestierung des Pflegeerlöses in die pflegerische Personalsituation auch ein Instrument wie z.B. die PPR 2.0 zur Erhebung des eigentlichen Pflegebedarfs auf den Stationen notwendig, um eine bedarfsorientierte Personalplanung im Pflegedienst zu ermöglichen.

Dr. Ismail Özlü

Literatur:

- [1] Michael Christ, Florian Grossmann, Daniela Winter, Roland Bingisser, Elke Platz: Triage in der Notaufnahme In: Deutsches Ärzteblatt | Jg. 107 | Heft 50 | 17. Dezember 2010 [2] Stefan Kluge · Uwe Janssens, Tobias Welte, Steffen Weber-Carstens, Gernot Marx, Christian Karagiannis: Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19. In: Medizinische Klinik- Intensivmedizin und Notfallmedizin 3 · 2020. S. 175-177. [3] Gabriele Mayer: Auswirkungen der Pflegekapazität auf die Versorgungs- und Ergebnisqualität. Halle-Wittenberg. 2015. [4] Aiken LH, et al.: Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care BMJ Qual Saf 2017; 26:559–568. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567. [5] B. Zander, J. Köppen, R. Busse: Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In: Klauber J. et al. (Hrsg.) Krankenhausreport 2017 [6] Deutsches Krankenhaus-Institut: Krankenhaus Barometer 2019. (<https://www.dki.de/barometer/krankenhaus-barometer>; Zugriff am 29.08.2020) [7] Robert-Koch-Institut. Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 1578-1590 [8] Ismail Özlü: Pandemie trifft Pflegenotstand In: Intensiv. Thieme, 2020; 28: 122–125. [9] Aiken, L. et al. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ, 344, e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717 [10] Deutsche Krankenhaus Gesellschaft DKG: Mitteilung der aktuellen Fakten und Daten zur Corona-Krise: (<https://www.dkgv.de/dkg/coronavirus-fakten-und-infos/> Zugriff am 04.09.2020)

Kennen auch Sie interessante Themen, die von Lernenden in der Pflege kürzlich erfolgreich bearbeitet wurden? Dann melden Sie sich bitte bei uns! Wir freuen uns, darüber zu berichten. Einen kurzen Leitfaden zu den Anforderungen zur Veröffentlichung erhalten Sie unter info@kathpflegeverband.de.



Der Nachwuchs berichtet:
Wirkungen der Arbeit
Ehrenamtlicher auf die
Pflegefachpersonen.

Umgang mit Menschen nach Suizidversuch auf Intensivstationen

Eine explorative Studie zur Arbeit ehrenamtlicher Krisenbegleiter/innen auf Intensivstationen.

Im Jahr nehmen sich ca. 10.000 Menschen das Leben. Wie viele Suizidversuche es gibt, ist nicht eindeutig zu ermitteln, die Zahl liegt aber vermutlich deutlich über der von Menschen, die durch Suizid verstorben sind (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. 2019). Viele Menschen, die einen Suizid versuchen, landen auf Intensivstationen und werden dort medizinisch betreut. In Heilbronn werden Menschen nach einem Suizidversuch durch den Arbeitskreis Leben Heilbronn e.V. (AKL) begleitet. Die ehrenamtlichen, systematisch ausgebildeten Krisenbegleiter/innen (AEK) werden zuvor für ihren Einsatz auf der Intensivstation ausgerüstet und begleitet. Diese AEK rufen zwei Mal täglich auf der Intensivstation an und fragen, ob ein Mensch nach einem Suizidversuch eingeliefert wurde. Sollte dies der Fall sein, kommt ein AEK in die Klinik und führt ein erstes Gespräch direkt am Bett.

Diese direkte Intervention kann häufig nicht durch andere Stellen geleistet werden. Schauen wir uns die Theorie dazu an. Die direkte Intervention ist unabdingbar. Je mehr Zeit zwischen dem Suizidversuch und einer ersten Intervention verstreicht, desto mehr hat der Mensch bereits kognitive Strukturen in Bezug auf die Suizidhandlung aufgebaut und der Zugang zum Menschen und dessen spezifischer Problematik wird erschwert (Dorrmann 2018:32/33).

Theoretische Vorüberlegungen

Um einem Menschen in so einer existenziellen Situation emphatisch und u. U. hilfreich begegnen zu können, ist es wichtig, dass wir uns bewusst machen, wie es zu einer Suizidhandlung kommt. Dazu gibt es zwei grundlegende Modelle der suizidalen Krise. Beide Entwicklungsmodelle stammen aus dem 20-Jahrhundert und sind nach wie vor weithin anerkannt. Walter Pöldinger beschrieb 1968 die Stadien und Dynamik der suizidalen Entwicklung in drei Phasen: Erwägung (der Gedanke an einen Suizid wird eine mögliche Option zur Problemlösung), Ambivalenz (der Gedanke an Suizid nimmt immer mehr Raum ein und lässt sich kaum noch verdrängen; die Suizidgedanken werden in dieser Phase in 70-80% der Fälle geäußert)(Pöldinger 1968:20) und Entschluss (der Entschluss zum Suizid ist gefasst; die Betroffenen wirken ruhiger und weniger verzweifelt – man spricht auch von der Ruhe vor dem Sturm)(Pöldinger 1968:21).

Erwin Ringel beschreibt in seinem präsuizidalen Syndrom im wesentlichen drei Aspekte, die in keiner bestimmten Reihenfolge und auch gleichzeitig auftreten können: die Eingengung (Entwicklung, das Erleben, Verhaltensmöglichkeiten und Ressourcen des Menschen reduzieren)(Ringel 1969:52),

die gehemmte Aggression (der Aggressionsdruck richtet sich, durch mangelnde Alternativen, gegen das Individuum selbst)(Ringel 1969:60/61) und die Suizidphantasien selbst (diese Phantasien treten zunächst nur als Vorstellung auf, tot zu sein, später dann mit dem Gedanken, sich etwas anzutun, bis hin zu konkreten Plänen, wie ein Suizid unter-
nommen werden soll)(Ringel 1969:63/66/67).

Beide Modelle beschreiben die Einengung und soziale Iso-
lation wie auch die Aggressionshemmung als wesentliche
Entwicklungen in einer suizidalen Krise. Die Betroffenen se-
hen keinen anderen Ausweg mehr, wie ein Pferd mit Scheu-
klappen, das nur geradeaus sehen und keinen anderen Weg
von sich aus einschlagen kann.

Methodisches Vorgehen

Nun zurück zur eigentlichen Frage der
Arbeit. Welche Wirkungen hat die Ar-
beit des Arbeitskreis Leben Heilbronn
e.V. für die Pflegefachpersonen auf
Intensivstationen im Umgang mit Men-
schen nach einem Suizidversuch?

Unter dieser Fragestellung wurden drei leitfadengestützte,
teilstrukturierte Experteninterviews durchgeführt. Als kon-
zeptionelle Grundlage ist das Experteninterview nach
Meuser und Nagel ausgesucht worden (Meuser und Nagel
2009). Der Interviewleitfaden wurde nach dem S2PS2-
Verfahren nach Kruse erarbeitet (Kruse 2015:230–36). Die
Auswahl der Stichprobe erfolge anhand des Tätigkeitsberei-
ches des AKL Heilbronn. Dieser ist auf medizinischen und
operativen Intensivstationen in zwei Kliniken tätig. Unter
der Angabe von Zeitgründen wurde ein Interview auf der
medizinischen Intensivstation abgelehnt, weshalb auf die
operative Intensivstation ausgewichen wurde. Als Vergleich
diente ein Interview mit einer Pflegefachperson aus einem
Diakoniekrankenhaus. Dort gibt es kein vergleichbares Angebot.

Für die Auswertung der Experteninterviews wurde die quali-
tative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2015) gewählt,
da sie eine gegenstandsangemessene Auswertungsstrategie
sowohl zur deduktiven wie auch zur induktiven Identifizie-
rung von Kategorien darstellt. Am Ende dieser Auswertungs-
methode werden Kategorien über alle Interviews hinweg
gebildet, die Themenbereiche zusammenfassen.

Auswertung

Die Bachelorarbeit wurde unter zwei Leitfragen entwickelt:

- Welche Wirkungen (intendierte Hauptwirkung/Wechselwirkung/
Nebenwirkung) hat die Arbeit des Arbeitskreis Leben Heilbronn
e.V. für Pflegefachkräfte auf Intensivstationen im Umgang mit
Menschen nach Suizidversuch?
- Welche Bedarfe/Entwicklungspotentiale sehen die Pflegefach-
personen im Hinblick auf den Umgang mit Menschen nach
einem Suizidversuch und wie sind sie auf diese Patient/innen
vorbereitet?

Im Allgemeinen wird die Arbeit der
ausgebildeten ehrenamtlichen
Krisenbegleiter/innen des
Arbeitskreis Leben Heilbronn
e.V. als positiv aufgefasst. Jedoch
wird der unmittelbare Mehrwert
von den Pflegefachpersonen bei den
Patient/innen gesehen. Jemand, der
oder die den Bedürfnissen durch mehr Zeit gerecht
werden kann. Vorstellbar ist jedoch durch die erreichte
Bedürfnisbefriedigung der Patient/innen eine psychische
Entlastung der Pflegefachpersonen sowie eine Reduzierung
des Gefühls der Machtlosigkeit und des Frustes darüber,
dass sie nichts tun können, was den Patient/innen nützt.
Auch wurde die Präsenz des Arbeitskreis Leben Heilbronn
e.V. in der Vergangenheit als Novum erlebt, was das Thema
Suizidalität aus der Tabuisierung gehoben hat und hier
immer noch aktiv wirkt. Dies ist als Erfolg der Arbeit zu
werten.

In einem Interview wird eine lange, vertrauensvolle und
wertschätzende Zusammenarbeit deutlich, was ebenso als
Erfolg zu verbuchen ist. Die Niederschwelligkeit des Ange-
bots wird in einem anderen Interview im Wesentlichen an
dem proaktiven Handeln der ausgebildeten ehrenamtlichen
Krisenbegleiter/innen festgemacht, die von sich aus auf der
Intensivstation anrufen. Dieser Vorteil kommt auf der ope-
rativen Intensivstation in einem Krankenhaus nicht zum Tragen,
da hier die Initiative von den Pflegefachpersonen ausgehen
muss.

Die zweite Frage zielt auf den aktuellen Stand sowie Ent-
wicklungspotenziale im Umgang mit Menschen nach einem
Suizidversuch auf Intensivstationen und die konkrete
Zurüstung der Pflegefachpersonen ab.

Sowohl in Ausbildung
wie auch in Fortbil-
dung scheint der The-
menkomplex Suizidali-
tät nicht tiefgreifender
behandelt zu werden,
wie die Interviews na-
helegen.

About



Niko Markert

B.A. Diakoniewissenschaft,
Student der Sozialen Arbeit
an der Evangelischen Hoch-
schule Ludwigsburg und an-
gehender Diakon

Kontakt:
nicomarkert@gmx.de

Die Vorsichtsmaßnahmen (z.B. Fenster abschließen), im Sinne von konkreten Handlungen, werden in allen Interviews relativ deckungsgleich beschrieben. Daraus lässt sich schließen, dass diese bekannt sind und angewandt werden. Das heißt, das Entwicklungspotenzial ist relativ gering.

Größer scheint der Bedarf im Bereich der konkreten Methoden im psychosozialen Bereich zu sein. Die interviewten Pflegefachkräfte verfügen über sehr unterschiedliche Kenntnisse zum Themenkomplex generell. Auch die Methodenkompetenz ist möglicherweise ausbaufähig. So ist zwar allen klar, dass Gespräche hilfreich sind, welche Grundhaltungen hierfür aber wichtig sind oder welche Methoden der akuten Krisenintervention angewandt werden können, ist eher nicht bekannt. Die Frage, die sich nun stellt, ist, ob dies überhaupt Aufgabe der Pflegefachpersonen ist. Dies kann in dieser Arbeit nicht abschließend beantwortet werden. Fasst man den Pflegeprozess aber als ganzheitlichen Prozess auf, der sich in einer helfenden Beziehung ausdrückt, könnte auch die psychosoziale Komponente der Patient/innen eine Rolle spielen, und eine Zurüstung der Pflegefachpersonen in diesem Bereich wäre wünschenswert. Konkret bedeutet dies, die psychosoziale Begleitung durch die Klinikseelsorge oder auch durch externe Unterstützung, wie der Arbeitskreis Leben Heilbronn e.V. sie bietet, abzudecken. Hier können Strukturen und Prozesse ausgebaut werden. Auch die Angehörigen-Fürsorge, wie es in einem Interview genannt wird, ist eine Aufgabe, die Zeit und Kommunikationskompetenz benötigt. Dies können Pflegefachpersonen oft schon aus Zeitmangel nicht leisten. Hier würde die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Einrichtungen wie der Klinikseelsorge oder der Arbeitskreis Leben Heilbronn e.V. kurzfristig Abhilfe schaffen, da diese bereits die nötigen Kompetenzen besitzen. In einem zweiten Schritt könnte auch die Fortbildung der Pflegefachpersonen helfen, unter der Voraussetzung, dass der Zeitmangel behoben wird.



Auch die Unterstützung der Pflegefachpersonen im Hinblick auf ihre persönliche Psychohygiene ist sehr unterschiedlich. In einem Klinikum scheint dieses Thema angegangen zu werden. Alle Angebote müssen aber von den Pflegefachpersonen aktiv eingefordert werden. Niederschwelligere aufsuchende Formen wurden in den Interviews nicht genannt und sind, sofern sie existieren, vermutlich bei den Pflegefachpersonen nicht ausreichend präsent.

In dem anderen Klinikum scheint auf Basis des Interviews die Situation ähnlich schwierig. Möglicherweise könnte Hilfe eingefordert werden, institutionalisierte Vorgänge und Angebote wie in Heilbronn gibt es aber nicht. Hier kann ein Entwicklungspotenzial erkannt werden.

Fazit und Ausblick

Zusammenfassend hat sich dargestellt, dass die Arbeit der AEK durchaus zu einer Entlastung der Pflegefachpersonen führt, jedoch nicht unmittelbar. Durch die psychische Entlastung der Patient/innen wird auch eine psychische Entlastung der Pflegefachpersonen erreicht. Die Gewissheit, dass die Patient/innen mit ihren Problemen auch von anderer

Seite betreut werden, entlastet die Pflegefachpersonen.



Im Hinblick auf die Frage nach dem möglichen Bedarf und Entwicklungspotenzialen aus Sicht der Pflegefachkräfte konnte ein erster Überblick gewonnen werden. Es stellte sich heraus, dass die Pflegefachpersonen sehr unterschiedliche Kenntnisse und Kompetenzen mitbringen. Konkret waren Fortbildungen meist gewünscht. In welcher Art hier Fortbildungen angeboten werden können, wirft die Frage nach der vorhandenen Methodenkompetenz der Pflegefachpersonen auf, die an dieser Stelle unbeantwortet bleibt.

Alles in allem kann die Arbeit einen ersten Eindruck dieses doch sehr unterschiedlichen Feldes geben und weiteren Anlass zur Forschung bieten. Hier könnte z.B. die Entwicklung spezifischer Fortbildungsangebote die Frage nach den vorhandenen Kompetenzen aufwerfen. Aber auch die Wirkungen der Arbeit der ausgebildeten ehrenamtlichen Krisenbegleiter/innen aus Sicht der Patient/innen könnten interessant sein für eine größer angelegte Forschung.

Auch der Hinweis aus einem Interview, ob überhaupt noch an die Vorgeschichte gedacht wird, wenn die Patient/innen nach relativ langer Zeit erst wieder ansprechbar sind und verlegt werden, halte ich für berechtigt. Diesen Gedanken möchte ich dem Arbeitskreis Leben Heilbronn e.V. ans Herz legen und hoffe, dass dieser hier aktiv wird. Ebenso halte ich auch die Idee der Ausweitung des Angebotes der ausgebildeten ehrenamtlichen Krisenbegleiter/innen auf weitere Stationen für überlegenswert. Ob dies mit der Zahl der Ehrenamtlichen zu bewerkstelligen ist, kann ich an dieser Stelle natürlich nicht beurteilen.

Zuletzt möchte ich noch einmal auf die wichtige und, wie sich gezeigt hat, auch erfolgreiche Arbeit des Arbeitskreis Leben Heilbronn e.V. hinweisen und dazu ermutigen, an weiteren Kliniken vergleichbare Angebote, möglicherweise gemeinsam mit der Klinikseelsorge, zu etablieren.

Niko Markert

Literaturauszug:

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. 2019. „Suizidalität“. Abgerufen (<https://www.suizidprophylaxe.de/suizidalitaet/allgemeine-informationen/>); Dorrman, Wolfram. 2018. Suizid: therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Neunte, aktualisierte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta; Kruse, Jan. 2015. Qualitative Interviewforschung: ein integrativer Ansatz. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa; Mayring, Philipp. 2015. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Beltz Verlag; Meuser, Michael und Ulrike Nagel. 2009. „Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage“; in: Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: neue Entwicklungen und Anwendungen, herausgegeben von S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Lauth und D. Jahn. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften; Pöldinger, Walter. 1968. Die Abschätzung der Suizidalität - Eine medizinisch-psychologische und medizinisch-soziologische Studie. Bern: Verlag Hans Huber; Ringel, Erwin. 1969. Selbstmordverhütung. Bern: Verlag Hans Huber.

Hautpflege bei Menschen in hohem Alter

Von Wolfgang Schanz

Im Laufe meiner beruflichen Arbeit als Krankenpfleger und Lehrer für Pflegeberufe habe ich mich täglich mit der Beobachtung, der Pflege und medizinischen Behandlung der Haut beschäftigt. Parallel dazu habe ich mich in der täglichen Versorgung von Menschen jeder Altersstufe gefragt, ob mein Wissen und meine Erfahrungen im jeweiligen individuellen Fall ausreichen, um dem flächengrößten Organ des Menschen die Pflege-Qualität zu bieten, die es braucht. Schon in den ersten Berufsjahren hörte ich wiederholt die Redewendung: „Die Haut ist das Fenster zur Seele“, sei es bei der täglichen Verwendung unterschiedlichster Hautpflege-Produkte, bei der Einschätzung des Dekubitus-Grades oder bei der speziellen Behandlung von Hauterkrankungen.

Aus dieser meiner beruflichen Biografie hat sich das Ziel meines Artikels entwickelt: allen Lesern von „Pflege leben“, vor allem den alt und sehr alt gewordenen Verbandsmitgliedern und ehemals Pflegenden Mut zu machen, ihr vielfältiges Wissen für die eigene Hautpflege einzusetzen. Vielleicht braucht es dazu die Erinnerung an die eigene Pflegeausbildung, in der folgende Schwerpunkte in jedem Ausbildungsjahr, zum Teil mühenhaft wiederholt wurden:

- Erfassung der aktuellen Hautsituation und des Hautturgors
- Einfluss der Biografie auf die Haut
- Hautphysiologie-fördernde und -hemmende Faktoren
- Anwendung verschiedener Hautpflegemittel und ihre Effektivität, speziell auf die älter gewordene Haut bezogen

Erfassung der aktuellen Hautsituation und des Hautturgors

Im Alltag wird nach meiner Einschätzung hauptsächlich auf die Gesichtshaut, vielleicht noch auf den Zustand

der Haut an den Händen geachtet. Solange die Haut keine Schmerzen verursacht oder Hautdefekte von Schürfwunden bis tiefer Ulcera zeigt, bleiben die anderen Körperflächen eher unbeachtet.

Mit zunehmendem Alter (hier werde ich immer gefragt, ab wann die Haut denn alt ist?) verändern sich nicht nur die Hautschichten z.B. durch die Abnahme des Unterhaut-Fettgewebes, sondern auch die darunter liegenden Strukturen von Muskeln, Sehnen und Gelenken. In jungen Jahren machen sich Wenige Gedanken darüber, wie eine „Pergamenthaut“ oder eine „Altershaut“ mit vielen „Altersflecken“ aussieht oder sich anfühlt. Geschweige denn, wie der Alltag mit entzündlichen oder malignen Hautveränderungen auszuhalten ist. Ich erinnere mich noch gut an eine 40-jährige Mutter von drei Kindern, die sich wegen ihrer venösen Ulcera und starker Sekretbildung an den Unterschenkeln nicht getraut hat, mit feuchten oder durchnässten Strümpfen ihre Kinder in der Schule abzuholen oder im Kaufhaus in den Aufzug zu stellen, aus Angst, sie könnte unangenehm riechen.

Einfluss der Biografie auf die Haut und fördernde bzw. hemmende Faktoren

Aus folgenden Gründen ist es schwer, die Frage zu beantworten, ab wann die Haut alt ist:

- Einfluss der erworbenen und gelernten Körper- und Hautpflege-Kenntnisse
- Aussagen der Werbung zu den vielfältigen Produktangeboten
- Unterschiedlichste Einflüsse von sog. Noxen auf die Haut (Sonnenstrahlen, Hitze-/Kälteschäden, Farbstoffe /Detergentien in Cremes/Lotions)
- Zunehmende Krankheitsbilder mit Auswirkungen auf die Haut



Anwendung verschiedener Hautpflegemittel und ihre Effektivität, speziell in Bezug auf älter gewordene Haut

Solange wir unsere Körper-/Hautpflege noch selbstständig durchführen können und wir außer den altersentsprechenden Veränderungen keine zusätzlichen Hauterkrankungen haben, gibt es wenig Sorgen.

Nehmen aber die Mobilität, Sehkraft, Talg- und Schweißproduktion und die Durchblutung der Hautareale ab, dann bekommen vorhandene Intertrigo-Räume, gesunkener Harnstoffgehalt in der Haut und Austrocknung mit Rissbildung über Gelenkvorsprüngen eine andere Bedeutung.

Bei den unzähligen Hautpflegeprodukten ist es ratsam, sich die unterschiedliche Wirkung von sogenannten W/O- oder O/W-Präparaten erklären zu lassen. Sei es im bisher besuchten Kosmetik-Studio oder eben über Pflegefachkräfte. Auch wenn in den Fachartikeln von „ph-neutralen“ und „parfümfreien“ Produkten vorteilhaft berichtet wird, spielten die eigene Erfahrung und das eigene Gespür für die Haut die wesentlichere Rolle. Ich habe viele ältere Frauen begleitet, die über Jahrzehnte ihre parfümierte Seife benutzt hat, weil diese Seife zu ihrer Person gepasst haben. Genauso habe ich zahlreiche Männer beim Rasieren unterstützt, die sich ohne den Geruch ihres Rasierschaums und abschließenden Rasierwassers nicht an den Frühstückstisch gesetzt haben. Dieses Wohlfühlgefühl auf der Haut ist eben „das Fenster zur wohligen Seele“.

Projektbericht

Hand in Hand für chronisch kranke Menschen

Der gesamte Gesundheitssektor gilt mit seinen Berufsgruppen als systemrelevant. Benannt werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales insbesondere die Krankenhäuser, Rettungsdienste, die Pflege, der Bereich der niedergelassenen Ärzte, Medizinproduktehersteller, Arzneimittelhersteller, Apotheken und Labore. Gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen benötigen innerhalb dieses Systems ihre eigenen Gesundheitsnetzwerke. Sie nutzen unterschiedliche Versorgungsformen und Behandlungsprogramme, um ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren.

Bislang wurden Pflegefachpersonen selten in die Versorgungssettings von chronisch kranken Menschen in Deutschland in die Primärversorgung eingebunden. Die Debatte um eine erweiterte Pflegepraxis führte zu der Idee, Pflegeexpertinnen und -experten im Rahmen des Projektes „HandinHand“ in die ambulanten Versorgungsstrukturen einzubinden und eine neue Versorgungsform zu entwickeln und zu beforschen. Der Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses fördert das dreijährig angelegte Projekt mit rund 8 Millionen Euro.

Seit Beginn der Covid-19-Pandemie werden im Projekt Patientinnen und Patienten von ihren Hausärztinnen und Hausärzten und den Pflegeexpertinnen und -experten gemeinsam betreut. In diesem Beitrag wird das Projekt aus der Perspektive des Handlungsfeldes der Pflegeexpertinnen und -experten vorgestellt und von den Erfahrungen in der Begleitung chronisch kranker Menschen zu Pandemiezeiten berichtet. Die Neu- und Umgestaltung der Gesundheitsversorgung ist zu einer zentralen Aufgabe der Pflegeexpertinnen und -experten im Projekt „HandinHand“ geworden, so dass diese

Erfahrungen auch nach der Pandemie Denkanstöße geben, wie Versorgungsstrukturen mit qualifizierten Pflegefachpersonen weiter ausgestaltet werden können.

Pflegeexperten in der Primärversorgung – ein neues Handlungsfeld?

In ländlichen Regionen steigt der Anteil älterer Menschen mit einem hohen medizinischen Versorgungsbedarf. Die Anzahl der Hausärzte reduziert sich zunehmend und es fehlen Nachwuchsärzte, die den steigenden Versorgungsbedarf auf dem Land künftig sicherstellen könnten. Die Wege zu den wenigen Praxen sind häufig zu weit, um von älteren chronisch kranken Menschen selbstständig bewältigt zu werden. Hausbesuche sind oft die einzige Option, den Kontakt zwischen Arzt und Patient sicherzustellen. Dadurch kommt es zu medizinisch nicht indizierten Hausbesuchen, die die zeitlichen Ressourcen der Praxen belasten. Die Überlastung ländlicher Arztpraxen verursacht wiederum unnötige Krankenhauseinweisungen und -aufenthalte. Das Projekt „HandinHand“ soll dieser Entwicklung entgegenwirken. Einige der Hausbesuche werden auf speziell fort- und akademisch ausgebildete Pflegeexperten übertragen. Die Pflegeexperten entlasten damit die Hausärzte bei der zeitintensiven Begleitung chronisch kranker Menschen und tragen gerade jetzt in der Pandemiesituation zur Stabilisierung von Versorgungsarrangements bei. Die professionelle Pflege kann in diesem Projekt Versorgungsstrukturen für chronisch kranke Menschen auf dem Land stärken und zeigt damit eine weitere Facette der Systemrelevanz von Pflegefachleuten auf, die innerhalb von berufsgruppenübergreifenden Netzwerken eine professionelle Sorgearbeit leisten.

Neben den üblichen Anforderungen eines Projektes zur Entwicklung einer neuen Versorgungsform kommt aktuell eine alles beeinflussende Größe, die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die aktuelle Versorgungssituation der Zielgruppe der chronisch kranken Menschen, hinzu. Die Covid-19-Pandemie fordert alle Akteure des Gesundheitssystems heraus, neu auftretende Probleme und Fragestellungen spontan, aber dennoch mit großer Besonnenheit zu meistern. Neue Projekte, wie das Projekt „HandinHand“, entfalten daher eine besondere Dimension. Die Pandemie wirkt wie ein Brennglas, das die Schwachstellen des Versorgungssystems in den Fokus nimmt und von den Akteuren im System Pflege und Medizin „models of good practice“ einfordert, gemeinsam Versorgungsprozesse lösungsorientiert zu gestalten.

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) wurde zur Bewältigung der Pandemie Ende März 2020 geändert und sieht gemäß § 5a für eine begrenzte Zeit Ausnahmeregelungen im Hinblick auf die den Ärzten vorbehaltenen heilkundlichen Tätigkeiten vor. Vor diesem Hintergrund sollen die Möglichkeiten der Delegation heilkundlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen flexibel und pragmatisch genutzt werden. Unabhängig von der Pandemiesituation regt diese aktuelle gesetzliche Regelung dazu an, breiter darüber nachzudenken, inwiefern Pflegefachpersonen zukünftig in Versorgungsstrukturen eingebunden werden können. Die Ergebnisse des Projektes „HandinHand“ können in dieser Diskussion sicherlich einen Beitrag leisten, die Möglichkeiten der Delegation heilkundlicher Tätigkeiten weiter auszugestalten.

Start zu Pandemiezeiten

Nach einer intensiven Vorbereitungsphase werden im Projekt „Handin-



Hand“ seit März 2020 chronisch kranke Menschen, die nicht mehr eigenständig die Praxis ihres Hausarztes aufsuchen können, von Pflegeexpertinnen und -experten und ihren Hausärztinnen und Hausärzten gemeinsam versorgt. Ziel ist es, diese Zielgruppe intensiver betreuen zu können und die Aufgaben berufsgruppenübergreifend auf mehrere Schultern zu verteilen. Dies hat sich gerade in schwierigen Pandemiezeiten als hilfreich erwiesen. Die Praxen waren durch die Covid-19-Pandemie überlastet, so dass den Hausärztinnen und Hausärzten wenig Zeit für Hausbesuche blieb. Chronisch kranke ältere Menschen, als definierte Risikogruppe, waren zum Teil verunsichert, ob sie sich mit ihren gesundheitlichen Anliegen an die Hausärztinnen und Hausärzte wenden sollten, weil es Ängste gab, sich in den Praxen mit dem Covid-19-Virus zu infizieren. Die schwierige Anreise zur Praxis auf sich zu nehmen, bedeutet für viele ältere und chronisch kranke Menschen eine große Anstrengung, die sie zum Teil nur mit Hilfe der Bezugspersonen oder mit dem Taxi leisten können. Das Projektsetting erweist sich vor diesem Hintergrund als genau passend, denn nichts ist naheliegender, als Routinekontrollen z.B. des EKG oder Blutentnahmen zu Hause durchzuführen. Das Pflegeexpertenteam hat sich kurzfristig auf die Covid-19-Pandemie eingestellt, Hygienestandards zum Schutz der Risikogruppe erarbeitet und sich auf die neuen Rahmenbedingungen erfolgreich eingelassen.

Unterstützung der pflegenden Angehörigen

Auch die Bezugspersonen der chronisch kranken Personen profitierten von der Unterstützung der Pflegeexpertinnen und -experten. Die Rolle der pflegenden Angehörigen intensivierte sich, weil innerhalb der häuslichen Versorgungsarrangements diverse Säulen wie Tagespflege, 24-Stunden-Betreuungskräfte und informelle Hilfen durch Nachbarn und Freunde durch die Kontakteinschränkungen wegbrachen. Hier wurden die Pflegeexperten zu wichtigen Ansprechpartnern, um Lösungen vor allem für alleinlebende Patientinnen und Patienten zu finden.

Den Versorgungsprozess gemeinsam gestalten

Im ersten Schritt führen die am Projekt teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ein definiertes Screening innerhalb ihrer Patientengruppe durch, um passende Patientinnen und Patienten zu bestimmen, die dann über ein Zuweisungsverfahren in die Versorgung der Pflegeexpertinnen und -experten überführt werden. Die Pflegeexpertinnen und -experten führen ein spezielles Assessment durch und entwickeln einen Versorgungsplan, der mit dem Hausarzt abgestimmt wird. Es wird festgelegt, in welchen Abständen die Patientinnen und Patienten aufgesucht werden, welche Parameter regelmäßig beobachtet werden, welcher Betreuungs- bzw. Beratungsbedarf im

Hinblick auf deren Erkrankungen besteht. Ziel ist es, spezifische Beschwerden der Patientinnen und Patienten zeitnah wahrzunehmen und damit Komplikationen und Exazerbationen frühzeitig zu erkennen. Durch zusätzliche Patientenedukation kann mehr Sicherheit für die Patientinnen und Patienten durch die Hausbesuche der Pflegeexpertinnen und -experten gewonnen werden. Die Selbstmanagementkompetenzen werden gezielt gefördert. Innerhalb kurzer Beratungssituationen werden auch kleine Schulungsbausteine genutzt, die von den Pflegeexperten selbst entwickelt wurden. Oft werden auch die Angehörigen mit einbezogen und gezielt unterstützt. Dazu findet nicht selten Vernetzung mit weiteren Institutionen wie z.B. den ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen, der Gemeindeschwester plus und dem Hospizdienst statt. Ziel ist es, die Gesundheit zu fördern und im Hinblick auf bestehende Gesundheitsrisiken präventiv gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu arbeiten. Krankenhausweisungen und auch der Drehtüreffekt nach Krankenhausaufenthalten können durch diese neue Versorgungsform, die von Hausärzten und Pflegeexperten gemeinsam gestaltet wird, vermieden werden. Die Dokumentation erfolgt in einer elektronischen Patientenakte, die in der Vorbereitungsphase von den Pflegeexperten gemeinsam mit den zuständigen Fachleuten entwickelt wurde. Nach jedem Hausbesuch erfolgen Statusberichte an den Arzt.

Qualifikation der Pflegeexperten

Pflegeexperten sind nach dem KrPflG ausgebildete Personen mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung, die zum Zeitpunkt des Projekts einen Bachelorstudiengang Klinische Pflegeexpertise absolvieren und zum Teil über pflegespezifische Fort- und Weiterbildungen verfügen. Vor dem unmittelbaren Beginn der Patientenversorgung haben die Pflegefachleute eine Zusatzqualifi-

kation nach 300 Stunden spezifischer Fortbildung erworben, in denen zusätzliche Kompetenzen entwickelt wurden, die im Rahmen des Projekts erforderlich sind. Die Fortbildung war modular aufgebaut und umfasst die Module: im neuen Praxisfeld professionell agieren, chronisch kranke Menschen im häuslichen Umfeld begleiten, chronisch kranke Menschen beraten und ihre Selbstkompetenz fördern, den Versorgungsprozess steuern und im Notfall sicher handeln. Das Fortbildungscurriculum ist neben der grundständigen Qualifikation nach dem KrPflG die normative Grundlage der individuellen Delegationsvereinbarung, die zwischen den Hausärztinnen und -ärzten und den Pflegeexpertinnen und -experten geschlossen wird. Die Delegationsvereinbarung bringt beiden Seiten – sowohl den teilnehmenden Ärzten als auch den Pflegeexperten – die rechtliche Sicherheit der Zusammenarbeit. Das im Projekt genutzte rechtliche Grundgerüst einer auf das Handlungsfeld zugeschnittenen Delegationsvereinbarung kann als „model of good practice“ als erstes handfestes Ergebnis des Projektes in weitere Überlegungen der weiteren Ausgestaltung von neuen Handlungsfeldern von Pflegefachpersonen mit einfließen.

Institution Pflegeexperten-Center

Die Pflegeexperten sind am Pflegeexperten-Center der Marienhaus Holding GmbH in Bad Neuenahr-Ahrweiler an-

gestellt und sind somit keine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arztpraxen. Das Pflegeexperten-Center ist eine neu gegründete Institution mit hohem Innovationscharakter. Die Pflegeexperten haben in einem Workshop die Leitgedanken „Innovativ, wissenschaftlich fundiert, präventiv und partnerschaftlich für unsere Patientinnen und Patienten in der Region“ formuliert, um ihr Versorgungsangebot innerhalb des Projekts stetig weiterzuentwickeln. Das pflegfachliche Angebot der Pflegeexperten soll dazu beitragen, die Ziele des Projekts zu erreichen, so dass die Patientinnen und Patienten von dieser neuen Versorgungsform profitieren. So sollen die Krankenhausaufenthalte bei der Zielgruppe um 15% reduziert werden. 1.500 chronisch kranke Patienten im Alter von mehr als 60 Jahren im Kreis Ahrweiler, Rheinland-Pfalz, werden an dem Projekt teilnehmen. „HandinHand“ wird wissenschaftlich begleitet, damit die verschiedenen Versorgungsansätze, deren Kosten und Ergebnisse verglichen und bewertet werden können. Sollte sich herausstellen, dass das Projekt „HandinHand“ eine effektive und sinnvolle Versorgungsform für chronisch kranke, ältere Menschen in der Primärversorgung hervorgebracht hat, ist es denkbar, dass das Modell in die Regelversorgung übernommen werden kann. In diesem Fall könnten sich Pflegeexperten-Center mit qualifizierten Pflegeexperten auch an anderen Orten etablieren.

Silke Doppelfeld

About



Silke Doppelfeld
Leiterin des
Pflegeexperten-Centers

Kontakt:
Pflegeexperten-Center
Marienhaus Holding GmbH
Heerstraße 109, Haus 9
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Telefon: 02641 9185974
Fax: 02641 2077 957
E-Mail: silke.doppelfeld@marienhaus.de

Literaturauszug:

1 Vgl. <https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Informationen-Corona/Kurzarbeit/liste-systemrelevante-bereiche.html>; 2 Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/c/chronisch-krank-menschen.html>; 3 Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192>; 4 Köhler et al 2020, S. 87; 5 Hellige, B. 2020; 6 Igl G., 2020 S. 101-102; 7 Hellige, B. 2020, Köhler et al 2020; 8 Bundesärztekammer: Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V; 9 Igl G. 2020, S. 102; 10 Counsell et al 2007, Levine et al 2012, Chavez et al 2017; Bundesärztekammer: Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, Stand vom 01.01.2019, online unter: https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Delegationsvereinbarung.pdf; Chavez, K. S., Dwyer, A. A., & Ramelet, A. S. (2017). International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. *International journal of nursing studies*; Counsell, S.R., Callahan, C.M., Clark, D.O., Tu, W., Buttar, A.B., Stump, T.E. and Ricketts, G.D., 2007. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *Jama*, 298(22), pp.2623-2633; Gerwin, B. (Ed.). (2005). *Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen: unter Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells* (Vol. 1). LIT Verlag Münster; Hellige, B. (2020) *Sorge und Carearbeit in Zeiten von Corona*, in: *Pflegewissenschaft Sonderheft Corona-Epidemie*, S. 53-57; Haslbeck, J. W., & Schaeffer, D. (2007). Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. *Pflege*, 20(2), 82-92; Igl, G. (2020) Zeitlich begrenzte heilberufliche Ausnahmemaßnahmen bei einer epidemischen Lage mit nationaler Tragweite: Pflegefachberufe dürfen den Ärzten vorbehaltene heilkundliche Tätigkeiten ausüben, in: *Pflegewissenschaft Sonderheft Corona-Epidemie*, S. 87-90; Köhler et al. (2020) Gefährdet die Covid-19-Pandemie die Stabilität der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz? Eine Reflexion, in: *Pflegewissenschaft Sonderheft Corona-Epidemie*, S. 87-90; Levine, S., Steinman, B.A., Attaway, K., Jung, T. and Enguidanos, S., 2012. Home care program for patients at high risk of hospitalization. *The American journal of managed care*, 18(8), p.e269; Zwerink, M., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P.D., Zielhuis, G.A., Monnikhof, E.M., van der Palen, J., Frith, P.A. and Effing, T., 2014. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Library*; <https://www.pflegeexperten-center.de/startseite>; <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192>; <https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Informationen-Corona/Kurzarbeit/liste-systemrelevante-bereiche.html>

Corona-Pandemie-Erfahrungsbericht aus Sicht der stationären Pflegeeinrichtung

Für alle im Folgenden beschriebenen Akteursgruppen stellte die Corona-Pandemie eine hohe Verunsicherung dar. Diese war geprägt von massiven Veränderungen der Lebens-, Berufs- und Ausbildungswelt. Einhergehend damit war die mehr oder minder ausgeprägte Angst stets präsent, selbst an Covid-19 zu erkranken.

Bewohner*innensicht

Die Besuchseinschränkungen, die zeitweise ein komplettes Besuchsverbot darstellten, waren für viele Bewohner*innen ein herber Einschnitt in die bisherige Lebensgestaltung. Besonders schwierig stellte sich hierbei die Situation für Menschen mit Demenz dar. Personen, die zuvor regelmäßig besucht wurden und plötzlich keine Besuche mehr erhielten, aber die Situation als solche nicht erfassen konnten, veränderten sich – machten z. B. den Eindruck, dass sie sich „verlassen und vergessen“ vorkommen. Kompensativ konnten teilweise durch Briefe, abgegebene Geschenke, Benutzung von Telefon oder Video die Kontakte zu potentiellen Besucher*innen aufrechterhalten werden – aber dies war und ist für viele Bewohner*innen aufgrund kognitiver, aber auch körperlicher (z. B. Schwerhörigkeit) Einschränkungen nicht möglich. Hinzu kommt der Verlust der leibhaftigen Begegnung und das Fehlen von Berührungen mit den An- und Zugehörigen. Auch dass plötzlich das komplette Personal nur noch mit Mund- und Nasenschutz anzutreffen war, hat viele Bewohner*innen sehr irritiert (vereinzelt wurde an der Maske gezupft). Fehlende Wahrnehmung der Mimik und Lippenbewegungen führten auch zu Kommunikationsproblemen.

Mitarbeitendensicht

Die Personalsituation in der Pflege war vor Corona bereits angespannt. Durch die vermehrten Hygienemaßnahmen stieg das Arbeitsvolumen. Als zusätzlich belastend wurde das Tragen von Schutzausrüstung empfunden. Auch fehlten die An- und Zugehörigen z. B. bei der Tagesgestaltung, aber vor allem in der Beziehungsarbeit. Die Durchsetzung der Besuchsregelungen und Quarantänemaßnahmen, ohne eine entsprechende Kompensation anbieten zu können, empfanden viele Pflegenden als psychisch belastend. Zudem veränderten sich viele Vorgaben oft in kurzer Zeit. Hier nichts zu übersehen und eine zeitnahe Umsetzung der Regelungen zu gewährleisten, erhöhte den Druck auf die Akteure. Außerdem gab es Erklärungsbedarf bei jeder neuen Regelung und die Betreuung der An- und Zugehörigen bekam eine neue Dimension. Eine Krise bewirkt auch Zusammenhalt. Sichtbar wurde dies zu Beginn der Pandemie durch eine hohe Solidarität und Einsatzbereitschaft der Mitarbeitenden. Aber die hohe Arbeitsbelastung über Monate führte bei einigen Mitarbeitenden auch zu Ermüdungserscheinungen.

Auswirkungen auf Ausbildung und Praxisanleitung

Anfangs war die Situation in der Pflegeausbildung von Unsicherheiten geprägt und trat unter den aufkommenden Horrorszenarien zugunsten der Sicherung der Versorgung in den Hintergrund. Danach wurden Formen gesucht und gefunden, wie Unterricht und Lehre wieder stattfinden können (Homeschooling, Online-Semester, Hygienekonzepte). In der Praxis fielen mit dem Besuchsverbot auch die Praxisbegleitungen (Praxisbesuche der Lehrpersonen) weg. Das praktische Examen wurde aus diesem Grund zum Teil in fachpraktischen Übungsräumen abgehalten. Praxisanleitungen konnten jedoch durchgeführt werden. Insgesamt war der Gesprächsbedarf bei den Auszubildenden deutlich höher. Zum einem betraf dies die Veränderung in der Ausbildung, aber auch den Umgang mit den erlebten Situationen und den eigenen Ängsten.

Gertraud Mayer





Schutz und Würde des alten Menschen angesichts der Corona-Krise

45 Altenpflege-SchülerInnen berichten über die Auswirkungen von Corona in ihren Pflege-Einrichtungen

Wangen / Bad Wurzach. „Ich bin doch nicht giftig!“ So die heftige Reaktion einer älteren Dame in einem Pflegeheim, als eines Morgens eine Pflegeschülerin mit Mund-, Nasen- und Gesichtsschutz ihr Zimmer betrat. Ein Beispiel für die vielen unterschiedlichen, zwiespältigen Erfahrungen, über die 45 Altenpflege-SchülerInnen der Fachschulen für Altenpflege (IfsB) in Wangen und Bad Wurzach berichten.

Die Folgen und Auswirkungen der strengen Schutzmaßnahmen wie Besuchsverbot, Quarantäne, Ausgangsbeschränkungen und Maskenpflicht in den Pflegeeinrichtungen waren aus der Sicht der SchülerInnen, die jetzt kurz vor ihrem Abschluss-Examen stehen,

teilweise niederschmetternd und traurig, teilweise aber auch überraschend positiv. So gab es durchaus viele ältere Bewohner, die entspannter, ruhiger und ausgeglichener wirkten, weil sie durch das Besuchsverbot „endlich mal ihre Ruhe hatten vor den stressigen Angehörigen.“

Mit dem Inkrafttreten der Corona-Verordnung am 17. März 2020 wurden Besuchseinschränkungen von Kliniken, Alten-, Pflegeheimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe festgelegt. Um die Bewohner von Alten-, Pflegeheimen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung zu schützen, wurden am 07. April 2020 für diese strenge Ausgangsbeschränkungen

erlassen. Ab dem 06. Mai 2020 wurde die Ausgangsbeschränkung für Bewohner gelockert, die Bewohner durften das Gelände wieder verlassen, jedoch nach der Rückkehr die Gemeinschaftsbereiche nur mit Maske betreten. Rückblickend betrachten die meisten Pflege-SchülerInnen die strengen Maßnahmen als sinnvoll und angemessen, trotz der teilweise „sehr befremdlichen“ Erfahrungen und schwierigen Situationen.

Eine Schülerin schreibt: „Am schwersten haben es jetzt diejenigen, die an Demenz erkrankt sind.“ Besonders deren Angehörige hätten Angst, nach dieser Zeit nicht mehr von ihnen erkannt zu werden, ja vergessen zu sein. Ange-



hörige wurden gebeten, Fotos zu schicken, um die Erinnerung immer wieder wecken zu können. Einige Bewohner suchen vermehrt die Nähe des Personals. Erschwerend sei für alle das Tragen des Mundschutzes. Gerade bei Menschen mit Demenz sind Mimik und Gestik ganz wichtig. Nun wird mehr gezwinkert, geklimpert und mit den Augen gelächelt. Ganz schwierig wurde es, wenn ein Bewohner im Sterben lag und keinen Abschied von seinen Angehörigen nehmen konnte: „Seine letzten Worte zu der ganzen Situation waren: „Ich will es verstehen, ich kann es aber nicht. Wieso muss ich alleine



sterben?“ Andere SchülerInnen berichten darüber, dass einige Bewohner sogar das Essen und Trinken verweigert haben und mit der Zeit sehr depressiv, traurig und apathisch wurden. Manche weinten, wieder andere wünschten sich gar den Tod herbei. Eine ältere Dame formulierte es ganz drastisch: „Lieber gleich an Corona sterben, als wochenlang einsam und allein, wie in einem Gefängnis, dahin zu siechen!“

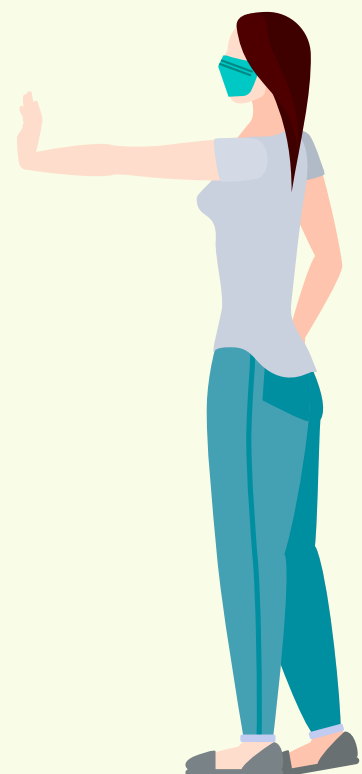
Es gab aber auch erfreuliche und schöne Erfahrungen, von denen die SchülerInnen berichten. Die neuen Wege der Kommunikation über Skype und andere moderne Medien wurden entdeckt und fleißig genutzt. Manche Bewohner entdeckten ihre Liebe zum Nähen wieder. Eine ältere Dame setzte sich an die Nähmaschine, um Masken für Bewohner und Pfleger herzustellen. Manche Bewohner hätten dem Pflegepersonal beim Putzen oder beim Reinigen der Rollatoren geholfen oder im Wohnbereich die Blumen gegossen. Der Zusammenhalt im Pflege-Team und zwischen Pflegern und Bewohnern wuchs, und dabei entdeckte man gemeinsam viele kreative Lösungen, um mit der Ausnahmesituation umzugehen.

Trotz mancher positiven Erfahrungen gibt es auch SchülerInnen, die das strenge Besuchsverbot im Nachhinein hinterfragen: „Mit der Zeit wurde die Stimmung gereizter und drückender. Es gibt Bewohner, die ihre schlechte Laune an uns Pflegekräften auslassen. Da wir auch nur Menschen sind, geht das mit der Zeit auch nicht spurlos an uns vorüber. Es macht betroffen. Ich persönlich habe angefangen nachzudenken, ob das Besuchsverbot nicht hätte anders gelöst werden können. Mit Abstand halten, zum Beispiel.“ Ein anderer Schüler schreibt: „Auf einmal

war ich fremd! Es wurde durch das Tragen der Maske alles sehr unpersönlich, da man nicht einmal den Menschen hinter der Maske erkannt hat, weder die Mimik noch ein Lächeln im Gesicht.“ Viele Bewohner erkannten ihre Pflegekräfte, die hinter der Maske und dem Gesichtsschutz steckten, nicht mehr: „Sie fragten immer wieder, was das genau ist und warum ich es tragen muss.“

In einem persönlichen Fazit brachte es schließlich eine Schülerin auf den Punkt: „Eine Situation wie diese wäre auf längere Sicht für Bewohner und Pflegekräfte nicht auszuhalten!“ Darum freuen sich alle Betroffenen über die aktuellen Lockerungen, in der Hoffnung, dass eine zweite „Corona-Welle“ nicht erneut diese strengen Schutzmaßnahmen erforderlich macht.

Edgar Rohmert



Pflege vor Tönnies

Pflege kommt vor Tönnies, so wurden Berichte der Tagesschau am 15.7.2020 zur Prime Time gesendet. Welch ein Erfolg – auf den ersten Blick ja, gut – super so. So stellen wir uns aus der Pflege Berichterstattung vor. Aber sieht Wertschätzung so aus? Was steckt wirklich dahinter?

Es wurde über das Pflegestärkungsgesetz berichtet, wonach die gesetzlichen Kassen 13.000 zusätzliche Stellen in der Altenpflege bezahlen würden. Die traurige Tatsache ist aber, dass gerade 2.600 Stellen geschaffen wurden bzw. durch die Kassen finanziert werden. Einhellig wurde gesagt, dass der Fachkräftemangel an erster Stelle steht. Nicht nur in der Altenpflege, sondern auch im Krankenhaussektor. Selbst der Kassenvertreter nannte eine bessere Bezahlung und verbesserte Arbeitsbedingungen als Hauptgrund des jetzigen Mangels. Leider haben sie auch vergessen, dass in den letzten Jahrzehnten die Ausbildungsplätze in allen Versorgungssektoren wohl vermehrt wurden, aber nicht besetzt werden konnten. Stimmt dies wirklich? Auch die letzte Umfrage unter Jugendlichen über ihre Gedanken zu den sozialen Berufen zeigt, daß die schlechten Arbeitsbedingungen – also zu wenige Stellen und unterdurchschnittliche Bezahlung – ein No-go für viele Jugendliche darstellt. Sollten uns diese Berichte stutzig machen, wie marode der pflegerische Sektor in der Bundesrepublik daherkommt? Es liegt nicht an der einzelnen Pflegekraft, die ihr letztes Hemd (also Mehrarbeitsstunden leisten) hergeben würden, um die Bewohner oder Patienten ordentlich und angemessen zu versorgen. Es liegt leider am System: ein Konglomerat von Politik, Krankenkassen, Trägern und leider auch Gewerkschaften, die einerseits über die Zustände bestürzt sind, aber andererseits als Träger diese Bedingungen akzeptieren, um ihre „Geschäfte“ am Laufen zu halten und trotz Beteuerungen alles systemge-

recht – also Heimaufsichts- und MDK-konform – gestalten. Bestes Beispiel ist eine Pressemitteilung vom 15.7. über die Tarifverhandlungen zwischen Gewerkschaft und der Stiftung Liebenau – Sparte: Liebenau leben im Alter. Seit Monaten wird um einen Tarifvertrag gerungen, leider hat die Coronakrise einen Stillstand erzwungen. Höhere Löhne können wohl nicht gezahlt werden, weil die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen so schlecht geworden sind. Wenn nach einem Gespräch der Gewerkschaftsspitzen mit den Spitzen der Stiftung Liebenau keine Ergebnisse herauskommen, wird ein Arbeitskampf in Erwägung gezogen! Wie sieht dann der Arbeitskampf aus? Ein Arbeitskampf ist gerechtfertigt, aber es sollte noch eine Schippe darauf gelegt werden. Ich bin mir sicher, dass jede Pflegekraft in kürzester Zeit in der näheren und weiteren Umgebung des Wohnorts eine adäquate Arbeitsstelle in der Pflegebranche mit besseren finanziellen Gegebenheiten als bisher findet. Dies spüren die Bewohner als Erste – leider, aber der Imageverlust eines Sozialkonzernes würde ihn nachhaltig schädigen, und dies wissen die Vorstände sehr wohl und werden hoffentlich einlenken. Wie hoch dann dieses Einlenken als Lohn für Pflegekräfte aussieht, hängt vom Verhandlungsgeschick der Gewerkschaft ab. Ein Vertreter der GKV meint, dass der „Job“ mit der Lebenswirklichkeit der Personen zusammenpassen soll, und dazu gehört mehr Lohn. Auch die Vorsitzende des VDK Fr. Bentele fordert: Rendite und Gewinn sollen nicht im Vordergrund stehen sondern dieses Geld soll in die Pflege investiert werden. Die Regierung verweist auf die Konzertierte Aktion Pflege und wünscht sich mehr Ausbildungsplätze und den Pflegemindestlohn als Grundlage für eine bessere Bezahlung. Hier müssen die Gewerkschaften sehr genau aufpassen, damit

dieses Tarifwerk für die Pflege nicht zum Rohrkrepierer wird und es im Endeffekt etwas mehr Lohn für in der privaten Pflegewirtschaft Tätige gibt, aber die Mitarbeiter bei schon bisher tarifgebundenen Einrichtungen dann weniger verdienen. Noch ein paar Worte zu Tönnies: Es beschämt mich, dass eine Firma ihr Kerngeschäft – Schlachten und Zerlegen – fremd vergeben hat (Subunternehmer mit Werkverträgen), weil diese beiden Kerne eine Metzgerei ausmachen. Wohl ist diese Arbeit, so wie ich es sehe, optimal organisiert, aber leider auf Kosten der Menschen, die diese Arbeit machen, und auf Kosten der Bauern, die immer weniger mit ihrer Arbeit – Aufzucht und Hege von Tieren – verdienen. Bemühungen der Regierung, einen Riegel (wegen den Werkverträgen) vorzuschieben, finde ich gut, aber die Firma Tönnies und ihre Verbände werden, höchst aktiv werden um die Regierungsbemühungen soweit wie möglich zu unterlaufen, oder anders gesagt: Es werden wieder Schlupflöcher gesucht, gefunden und genutzt. Zu der Pflegebranche sehe ich so gewisse Parallelen: Das Kerngeschäft – Pflege und Betreuung – wird für die Träger immer schwieriger werden zu betreiben, weil immer weniger Menschen bereit sind, unter diesen Bedingungen zu arbeiten. Das heißt aber auch, die Träger müssen immer mehr „Leiharbeiter“ einsetzen, um den Betrieb am Laufen zu halten. Dies ist eine sehr teure Variante. Sind die Träger vielleicht nicht schon auf dem Weg, das „Kerngeschäft“ abzugeben? Dann wären wir nicht mehr weit weg von Tönnies! Was kommt dann? Was wäre wichtig? Vielleicht: „Proletarier (= Pflegekräfte), vereinigt euch!“, damit mehr erreicht werden kann. Ein Zusammenrücken von Berufsverbänden, Gewerkschaften und Pflegekammern wäre dann von Nöten!

Ernst Olbricht





Treue Mitglieder

70 Jahre

Ilse Klar, Witten

60 Jahre

Charlotte Schenk, Augsburg
Rita Siefer, Freiburg
Edith Bulling, Schwäbisch Gmünd
Ursula Weckenmann, St. Leon-Rot

50 Jahre

Rosina Kirchner, München
Maria Bauernfeind, Greding-Grafenberg
Vroni Ochs, Haslach
Anneliese Grossmann, Aalen
Anna Lingel, Schorndorf
Marianne Sperka, Lauchheim
Traudel Steiner, Essingen

40 Jahre

Gesine von Hofmann, Hechingen
Waltraud Klatt, München
Christel Karbe, Berlin
Hildegard Stuckenschneider, Kirchzarten
Christine Seitz, München

30 Jahre

Katharina Adelhütte, München
Anna Maria Luger, Regenstauf
Edith Raasch, Aalen-Wasseralfingen

Barbara Autenried-Roth, Waldbüttelbrunn
Dorothee Speicher, Püttlingen
Klaus Heyer, Kerken
Britta Heyer-Sarbok, Kerken
Veronika Stohmann, Weißwasser
Jürgen Zwick, Haltern
Katja Schirner, Großinzenmoos
Bärbel Johanna Fast, Bremen
Jutta Meyer, Dresden

25 Jahre

Claudia Calero, Köln
Irene Till, Duisburg
Karin Roth, Bad Schwalbach
Catherine Eklou, Burkina Faso
Dr. Markus Jüngerhans, Osnabrück
Claudia Schwarz, Würzburg
Irmengard Berger, Übersee
Magdalena Böhm, Wenzelbach
Irene Kisgen, Berlin

20 Jahre

Stefan Kullmann, München
Irmgard Reitzig, Weiden
Anne Wiggenhorn, Münster
Nicole Wolf, Thurmannsbang



Wir gedenken unserer verstorbenen Mitglieder

Frau Marlene Geier, Oberding, Bayern
Herr Werner Hüning, Kempt-Lintfort, Mitte-Nord

Baden-Württemberg:

Karibische Reiseerlebnisse im Januar 2020

Adelheid Kessner im Interview
mit Ernst Olbricht

„Eine Kreuzfahrt mit meinem Bruder in die Karibik sollte ein wunderschönes Erlebnis sein. Warmer Wind, schöne weite Strände, keine Hektik und mit dem edlen Komfort eines Kreuzfahrtschiffes verbunden. Die spannenden Ausflüge sind Teil des Gesamtpakets. Dies war so, bis zu diesem Fehltritt in ein Erdloch auf dem Weg zu einem dieser wunderbaren Strände auf Barbados.

In Deutschland wird man innerhalb weniger Minuten in einem Krankenwagen liegend zum nächstliegenden Krankenhaus gebracht. Auf Barbados wartete ich eine halbe Stunde, bis ein Ambulanzfahrzeug kam und mich in das nächste Krankenhaus brachte. Voraus muss man sagen, Barbados war eine englische Kolonie und nach der Unabhängigkeit 1966 ein Teil des Commonwealth. Das englische Pflegesystem gilt in vielen, auch unseren Augen, als fortschrittlich und modern. In diesem staatlichen Krankenhaus wurde ich auf dem Flur abgestellt – ja, abgestellt – auf einer Trage nur 10 cm über dem Boden liegend, sah nur Füße von Menschen, und dies von 14 bis 21 Uhr. Nach einiger Zeit kam ein Arzt vorbei und schickte mich zum Röntgen, ein Helfer mit einem Rollstuhl sollte mich in den Röntgenraum bringen. Dieser forderte mich auf, aufzustehen und mich in den Rollstuhl zu setzen. Ich konnte mich nicht aufrichten, weil ich keinerlei Schmerzmittel erhalten hatte, und diese Fraktur schmerzte ungemein. Der Helfer meinte, nicht aufstehen – nicht röntgen. Nach einer weiteren Stunde kam nochmals ein Arzt vorbei und veranlasste, mich mit der Trage in den

Röntgenraum zu bringen. Dabei herauskam eine Trochanter major- Fraktur.“

Vorausschickend muss erwähnt sein, dass Adelheid Kessner über viele Jahre in Indien auf einer Leprastation arbeitete und die englische Sprache bestens beherrscht. Aber was hilft es, wenn keine Pflegefachkraft kommt, für die bei uns übliche Triage, und einem vielleicht noch ein Getränk bringt oder den Arzt auf Trab hält für die anfängliche Behandlung. „Nach dem Röntgen wurde ein Zehn-Bett-Zimmer mit meist älteren Menschen für die nächsten fünf Tage zu meinem Aufenthaltsort. Fenster und Türen offen, damit die Schwüle erträglich ist. Patientenrufanlage fehlt am Platze. „Nurse, Nurse“ war der Ruf der Patienten, und nach einiger Zeit kam dann jemand.

So gegen 22 Uhr abends erhielt ich einen venösen Zugang und mit Tramal hat die Schmerzbekämpfung eingesetzt, gleichzeitig benebelte mich das Schmerzmittel, und dies war gut so in diesem meinem Zustand. Angehörige waren im Zimmer meist die Begleiter der älteren Frauen mit Schenkelhalsfrakturen. Ich schlief dann die Nacht durch.

Am nächsten Tag kam ein Arzt und eröffnete mir, dass aktuell keinerlei OP-Kapazität auf Grund von vielen eigenen Notfällen, für meinen Fall, zur Verfügung steht. Erst in der nächsten Woche könnten sie mich operieren. Zum großen Glück war mein Bruder an meiner Seite, der sich um mich kümmerte. Er fotografierte meinen Zustand, obwohl überall „Fotos strictly forbid-

den“ stand. Mein verbluteter und verdreckter venöser Zugang interessierte niemand, auch gab es keine Ermahnungen, dass ich mein gebrochenes Bein in der Braun' schen Schiene halten sollte.

Die Verpflegung der Kranken, die keine Angehörigen an der Seite hatten, die ihn Essen brachten, bestand meist auf getoastetem Brot, gekochtem Ei, Gemüse und etwas Fisch. Täglich zur Mittagszeit ging ein Pizzaservice durch das Zimmer und fragte nach Bestellung. Um seine kleinen und großen „Geschäfte“ zu erledigen, mussten die Nurses oder die Orderlies (Hilfskräfte, unter Anleitung von Pflegefachkräften in der Pflege tätig) meist etwas unwillig einen Paravant um das Bett stellen, meine 40-jährige einheimische Bettenachbarin, beidseits Unterschenkelfrakturen, und ich haben dies immer nacheinander erledigt. Sie war noch nie in einem Krankenhaus und wollte sich später über diese Zustände beschweren.

Ein privates Krankenhaus gab es wohl in der Nähe, und es hatte bessere Zustände als dieses staatliche Krankenhaus, aber es kommt halt immer darauf an, welche Ambulanz dich wohin bringt.

Einmal hatte ich gegen 18 Uhr Schmerzen und verlangte von der Nurse Schmerzmittel, diese verwies mich auf die Schmerzmittelgabe um 20 Uhr – da hatte ich keine Chance – wie fortschrittlich sind wir da in Deutschland. Ich beobachtete sehr oft die Nurses und Orderlies bei der Arbeit und meist hatten sie wenig Interesse an dieser Arbeit. Nur

einmal in diesen fünf Tagen hat eine Nurse (war eine Aushilfe) ein wenig Zeit für ein paar Worte mit mir, dies tat mir gut. Irgendwie hatte das „System“ wenig Interesse an mir als Ausländerin, dies gab man mir immer wieder zu spüren. Auch Gespräche mit den Bettnachbarn waren sehr eingeschränkt. Diese emotionale Isolierung machte mir am meisten in diesen fünf Tagen zu schaffen. Die täglichen Besuchszeiten am Mittag und am Abend von jeweils zwei Stunden wurden strikt eingehalten. Wenn pflegerische Tätigkeiten oder Behandlungen durchgeführt wurden, mussten alle Besucher draußen warten. Meine Körperpflege beschränkte sich darauf, dass ich mir mit Mühe das Gesicht und die Achseln aus der hingestellten Waschschiüssel wusch, etwas Intimtoilette rundete meine geringen Aktivitäten ab. Durch das erzwungene Liegen bemerkte ich einen beginnenden Dekubitus am Steiß, obwohl ich dies dem Arzt mitteilte, interessierte dies niemand von den Pflegekräften. Zum Glück hatte ich eine Auslandsreiseversicherung mit Rückholung abgeschlossen. Mein Bruder suchte Kontakt mit der Versicherung in Deutschland. Schickte Fotos von den Zuständen in der Klinik. Die Versicherung hat dann meine Rückholung nach Deutschland organisiert. Als das Personal des Rückholfliegers in die Klinik

kamen, verlangte die Ärztin, dass ich einen Blasenkatheter für den Rückflug benötige. Drei Pflegefachkräfte brauchten 20 Minuten, um den Katheter zulegen, meine Einwände, einen etwas kleineren Katheter zu nehmen, interessierte sie nicht, mit dem Ergebnis eines „dicken Harnwegsinfekts“.

Der Rückflug war bestens organisiert, die medizinischen und pflegerischen Begleiter waren emphatisch und man fühlte sich gut aufgehoben. Ein weiterer Deutscher wurde von der Insel Puerto Rico (amerikanisches Außengebiet) mitgenommen, dieser berichtete von einem sehr guten Service in der Klinik, so unterschiedlich kann es zugehen.

Die weitere Behandlung in meinem heimischen Krankenhaus empfand ich als angenehm, fachlich und emotional gut. Der beginnende Dekubitus, der Harnwegsinfekt und die Fraktur heilten aus. Eine orthopädische Reha schloss sich der Krankenhausbehandlung direkt an. Nun bin ich wieder mobil und selbständig. Um die emotionale Leere zu überbrücken, hatte ich zum Glück meinen MP3-Player dabei, das Hörbuch „Dann bin ich mal weg“ von Hape Kerkeling hörte ich sehr oft an. Dies hat mir geholfen, über schlechte Momente hinweg zu kommen.

Noch zwei Anmerkungen zur medizinischen Versorgung auf Barbados: Auszug von: visitbarbados.org/de/ihre-reise-planen/medizinische-Dienste:

„Wir sind die Heimat des höchsten Gesundheitsstandards in der östlichen Karibik und verfügen über eine ganze Reihe staatlicher und privat geführter medizinischer Einrichtungen auf der ganzen Insel, die von hochqualifizierten Fachleuten unterstützt werden.“ Reisehinweise des deutschen Außenministeriums: „Medizinische Versorgung: Das Angebot zur Gesundheits- und Notfallversorgung ist zwar vergleichsweise gut, es kann allerdings nicht gewährleistet werden, dass in jeder medizinischen Einrichtung mit europäischen technischen und hygienischen Standards zu rechnen ist.“ Größer kann der Unterschied der Sichtweisen von offiziellen Stellen nicht sein.

Ich lernte aus diesem Aufenthalt, dass Kommunikation wichtig ist, ansonsten verkümmere ich als Patient emotional. Pflege ist nicht nur als Geldverdienen zu verstehen, es gehört auch Menschlichkeit dazu. Eine Auslandsreiseversicherung ist immer eine gut angelegte Ausgabe, um in das deutsche Gesundheitssystem zurückzukommen.

Und: Augen auf, wohin man tritt.“

Bayern

Salzburger Pflegekongress 2020 in etwas anderem Format

Wie sollen wir in diesem Jahr den herkömmlichen Pflegekongress, der in enger und immer konstruktiver Zusammenarbeit der (Erz-)Diözesen Salzburg, München/Freising, Regensburg und Augsburg sowie dem KPV, Landesgruppe Bayern, veranstaltet wird, organisieren? Dieser Frage musste sich das Organisationsteam im späten Frühling stellen. Das Ergebnis: Wir veranstalten einen Online-Kongress!

Unter dem Motto „Angesagt statt abgesagt. Der ausgefallenste Pflegekongress des Jahres“ loggten sich am 23. Oktober 2020 am späten Nachmittag die Teilnehmenden aus dem gesamten Bundesgebiet und aus Österreich ein. Geboten war ein gut dreistündiges Programm mit allen Elementen des herkömmlichen Kongresses. Das Flair von Salzburg wurde durch virtuelle Besuche von bedeutenden, aber eher unbekannten „Fleckerln“ mit Erläuterungen durch Mitglieder des Salzburger Ensembles des Off-Theaters vermittelt. Dazu gab es gute Musik von Worship Oida, der Band, die bereits in ver-

gangenen Jahren im Gottesdienst den Kongress bereicherte. Auch wertvolle Begegnungen zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern konnten in Gruppen stattfinden. Und natürlich waren spannende und nachdenklich machende Vorträge im Angebot. Es referierten die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin Lisa Kornfeld aus dem Landesklinikum Neunkirchen in Niederösterreich, Prof. Dr. Franziskus Knoll aus Köln und Prof. Dr. Sandra Bensch aus Mainz. Nach Online-Impulsen von Vortragenden (Prof. Lob-Hüdepohl, Hr. Schindlbeck und Maga. Schweighofer) für den Kongress im kommenden Jahr schwenkten die Kameras aus Salzburg flugs und ohne Probleme hinweg über die Grenze nach Regensburg zu einer Hoffnung machenden Live-Andacht mit Pfarrer Christoph Seidl.

Das Fazit: Trotz oder vielleicht sogar wegen der Corona-Pandemie – der „ausgefallenste“ 44. Salzburger Pflegekongress ist gelungen!

Baden-Württemberg

Bericht von der Auftaktveranstaltung: „Informationen zur Gründung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg“ am 28.07.2020 in Stuttgart-Hospitalhof

Nach der Begrüßung durch die Sprecherin des Beirates Frau Kiefer und einer eingehenden Einweisung in die Hygienemaßnahmen im Hospitalhof eröffnete Fr. Mielich, Staatssekretärin im Ministerium für Soziales und Integration, die Veranstaltung und betonte den Sinn einer Pflegekammer. Breite Informationen über das Wesen einer Pflegekammer sind wichtig. Es soll in diesen Veranstaltungen über die Kompetenzen und die Grenzen einer Pflegekammer informiert und diskutiert werden. In den Infoveranstaltungen sollen Befürworter wie auch Kritiker zu Worte kommen.

„Wer soll uns denn unseren Beruf aufbauen, wenn wir es nicht selbst tun? Wir haben gar kein Recht zu verlangen, dass andere das tun“, so lautet das Zitat von Agnes Karll und das ist schon über 120 Jahre alt – aber immer noch aktuell, wie Frau Mielich meinte.

Die Erfahrung aus der Pandemie zeigt, dass Pflege eine Systemrelevante Berufsgruppe ist, aber keine Lobby hat!

Der Koalitionsvertrag wurde und wird umgesetzt. Die 5. Pflegekammer in Deutschland gibt es dann in Baden-Württemberg. Durch das Anhörungsverfahren und das Beteiligungsportaal wurde Transparenz geschaffen.

Auch stellte sie den neuen Zeitplan vor: Nach der Sommerpause soll der geänderte Gesetzesentwurf ins Kabinett, daran anschließend gibt es noch eine zwei wöchige Anhörungs-

phase. Bis zum Jahresende soll das neue Heilberufekammergesetz verabschiedet werden. Der Gründungsausschuss soll zum 1.4.2021 gegründet werden und die weiteren Schritte einleiten, um dann die Pflegekammer zu gründen.

Frau Kiefer informierte in der ersten Präsentation über das Wesen der Pflegekammer auf Grundlage des jetzigen Wissens- und Gesetzesstandes. Sie stellte den weiteren Gesetzesweg dar.

Sie erläuterte auch die geplanten Veranstaltungen und Aktivitäten der AG Öffentlichkeitsarbeit. Neue Medienwege und die bekannten Informationswege wird es geben, aber die zukünftige Entwicklung der Pandemie wird eine Anpassung der Informationswege eventuell nötig machen.

Die anschließende Austauschrunde wurde von Ernst Olbricht, stellvertretender Sprecher des Beirates, moderiert. Viele Fragen wurden aufgeworfen und konnten von Frau Kiefer, teilweise auch vom anwesenden SPD-Landtagsabgeordneten Herr Kenner beantwortet werden. Anregungen von den Teilnehmern wurden aufgenommen, um in die zukünftige Arbeit des Beirates einzufließen.

Es zeigte sich, dass eine grundlegende Information über die Pflegekammer notwendig ist, um die Akzeptanz unter den Pflegefachkräften zu heben.

Ernst Olbricht



Pflege im Umbruch

Ein Vermächtnis der Caritasschwestern

Prüfet aber alles und das Gute behaltet! (1. Thessalonicher 5:21)

Ein Forschungsprojekt soll die Begegnung und den Austausch von Caritasschwestern und jungen Pflegenden mit der Fragestellung ermöglichen, was in der sich wandelnden Pflegewelt bewahrt werden kann und will. Eine zweckgebundene Erbschaft eröffnet die Chance, die Veränderungen der zurückliegenden 50 bis annähernd 75 Jahre, die sich zwischen der Ausbildung der heute (hoch)betagten Caritasschwestern, ihrer Berufstätigkeit und dem aktuellen Ausbildungsbeginn unserer neuen Kolleg*Innen in den Fokus zu rücken. Vor dem Hintergrund der in naher Zukunft anstehenden zahlreichen Veränderungen (generalistische Pflegeausbildung, Personalbemessung, Qualitätsentwicklungen, Akademisierung, Internationalisierung, Entkirchlichung und vieles mehr) soll das Projekt Raum bieten, Perspektiven, Erfahrungen, Visionen und Werte über die Generationen hinweg zu diskutieren und auszutauschen.

Aufgrund der Tatsache, dass die Anzahl der Caritas-schwestern aufgrund der demografischen Entwicklungen stetig abnimmt und aus der historischen Pflegeforschung zu dieser Personengruppe in ihrer Zeit sowie den Transformationen kaum geforscht wurde, sollen Antworten auf die Fragen gefunden werden, ob und wie ein „Vermächtnis“ der Caritasschwestern Einfluss auf die heutige Pflege nehmen kann, ob die Generationen gleiche oder ähnliche Erfahrungen teilen, wie sie (unterschiedlich) damit umgehen. Angesprochen werden sowohl Caritasschwestern (aus verschiedenen Qualifikations-/Leitungsebenen), als auch jüngere be-

ruflich Pflegenden einschließlich Auszubildenden und Studierenden. Anhand aktueller Themen, aber auch von Originalia der damaligen Zeit, wird ein Begegnungsraum von Caritasschwestern und jungen Pflegenden geschaffen, der in Bild und Ton mit dem Ziel festgehalten werden soll, Gedanken, Erinnerungen, verbindende und trennende Haltungen ehemals und aktuell professionell Pflegenden festzuhalten, in den Kontext der jeweiligen Zeit (insbesondere der Vergangenheit) zu stellen und anderen Menschen zugänglich zu machen.

Der Landesverband Baden-Württemberg gibt eine pflegewissenschaftliche (historische) Studie in Auftrag, den Br. Prof. Dr. Peter Schiffer OSCam und Prof.in Dr. Katarina Planer ausführen. Ein erstes vorbereitendes Treffen fand im Konvent der Kamillianer zu Freiburg i. Breisgau mit Frau Heinzmann und Frau Sträter statt.

Die Arbeitsgruppe bittet insbesondere die Caritasschwestern um Mithilfe. Haben Sie noch originale Unterlagen, Brosche, Tracht, Haube, Urkunden, Erinnerungsstücke, Fotoalben oder andere Gegenstände, die Ihr Selbstverständnis geprägt haben? Es wäre schön und hilfreich, wenn Sie uns diese zur Verfügung stellen könnten.

Kontaktadresse:

Br. Prof. Dr. Peter Schiffer OSCam, Alleenstr.
48, 71732 Tamm, 0049(0)7141.4876699 oder
0049(0)173.1585991,
peter_schiffer2003@yahoo.de



Von links nach rechts:
Frau Prof. Planer, Frau Heinzmann,
Bruder Peter Schiffer, Frau Sträter

Online-Seminare für Praxisanleiter*innen

In das Tätigkeitsfeld eines Praxisanleiters fallen schwerpunktmäßig die Einarbeitung, das Begleiten, Beraten und Anleiten von Auszubildenden, die dazugehörige Dokumentation, das Führen von Reflexionsgesprächen sowie die kooperative Zusammenarbeit mit allen an der Pflegeausbildung beteiligten Berufsgruppen. Praxisanleiter coachen Auszubildende und ermöglichen es ihnen, individuelle Lernziele zu erkennen und zu erreichen, Gesamtzusammenhänge zu sehen und berufliche Handlungskompetenz zu erreichen. Dazu bieten wir Ihnen folgende Online-Seminare an:

- 28. Januar 2021 | 15 – 19 Uhr (4 UE)
Innovative Lehr-Lern-Methoden
Kennenlernen von Anleitungsmethoden, die ohne viel Zeitaufwand in den Arbeitsalltag integriert werden können.
- 17. Februar 2021 | 11 – 15 Uhr (4 UE)
Praxiscurriculum
Einblick in den Rahmenlehrplan und in den Rahmenausbildungsplan. Roter Faden für das Erstellen eines Praxiscurriculums.
- 16. März 2021 | 15 – 19 Uhr (4 UE)
Pflegeberufegesetz
Generalistische Ausbildung: Was ist das und was bedeutet es für mein Arbeitsfeld?
Neuerungen in der Praxisanleitung. Einblick in den Rahmenlehrplan und in den Rahmenausbildungsplan.
- 13. April 2021 | 9 – 11 Uhr (2 UE)
Kommunikation in der Pflegeausbildung
Feedback geben. Professionalität durch Kommunikation. Lernziele formulieren.
- 08. Juni 2021 | 15 – 19 Uhr (4 UE)
Umgang mit Fehlern
Aus Fehlern lernen. Wie können gemachte Fehler aktiv für den Lernfortschritt genutzt werden?



Worauf es ankommt

Ein WEB-Seminar des Katholischen Pflegeverbandes e.V. :

Mitgefühl und Abgrenzung (B 37) – 26. November 2020

Ob bei der Arbeit helfender Berufe oder bei mitmenschlicher Hilfsbereitschaft im privaten Alltag, immer ist einfühlsame Anteilnahme am Schicksal des Leidenden ebenso wichtig wie die Fähigkeit, sich vom Gegenüber klar unterscheiden und abgrenzen zu können. Nur so können wir den zwei wichtigsten psychischen Gefahren im sozialen Verhalten begegnen:

1. Dass aus Hilfe Bevormundung wird oder gar unangemessene Einmischung und Demütigung.
2. Dass der Helfer durch die Wucht der Probleme und Gefühle des Bedürftigen seelisch überflutet und überfordert wird, dass ihm sein Schlaf geraubt und seine seelische Stabilität aus dem Gleichgewicht gebracht wird.

Hilfe leisten ohne innere emotionale Einfühlung ist problematisch, und Hilfe leisten und dabei sich selbst zu verlieren, ist ebenso problematisch.

Es geht bei diesem Seminar darum, unsere eigenen seelischen Vorgänge als „Helfer“ besser wahrzunehmen, ihre hintergründige Dynamik zu verstehen und für sich die Wege zu finden für ein lebendiges Mitgefühl wie für eine gesunde Abgrenzung, damit wir keine „hilflosen Helfer“ werden.

Das Seminar findet am 26. November 2020 von 9 – 12.30 Uhr statt. Ihre Referent ist Manfred Hanglberger, Kath. Pfarrer und Familientherapeut (i.R.), Autor.

Weitere Informationen zu den Veranstaltungen und Seminaren erhalten Sie unter der Telefonnummer 0941/604877-0, unter info@kathpflegeverband.de oder über unsere Homepage www.kathpflegeverband.de





Seminare und Veranstaltungen in der Übersicht

O-1 – 28.01.21
**Seminar für Praxisanleitungen/
Innovative Lehr-Lern-Methoden**
Referentin: Kathrin Altmann
Ort: Online-Seminar | 15.00–19.00 Uhr

B 01 – 30.01.21
Filmeinkehrtag
Gott existiert. Ihr Name ist Petrunya
Referent: Dr. Christoph Seidl
Ort: Regensburg Akademie
Weitere Informationen unter:
www.seelsorge-pflege.de

O-2 – 10.02.21
Mitgefühl und Abgrenzung
Referent: Manfred Hanglberger
Ort: Online-Seminar | 13.00–16.30 Uhr

O-3 – 17.02.21
**Praxiscurriculum Aufbau und Inhalte
Rahmenausbildungsplan. Erstellen
eines Praxiscurriculums**
Referentin: Kathrin Altmann
Ort: Online-Seminar | 11.00–15.00 Uhr

O-5 – 10.03.21
**Rückenschmerzen – psychodynamische
Ursachen verstehen und lösen**
Referent: Manfred Hanglberger
Ort: Online-Seminar | 9.00–12.30 Uhr

B 02 – 11.02.21
Geriatrische Pflege
„Schwerpunkt Rehabilitation“
Referentin: Maria Kammermeier
Ort: Lakumed Schlossklinik Rottenburg

B 03 – 23.02.21
Aktuelles aus dem Arbeits- und Tarifrecht
Referent: Ernst Burger
Ort: Landshut, Kinderkrankenhaus
St. Marien

B 04 – 03.03.21
Rezertifizierung.
M.O.I.S.T. Update Wundmanagement
Referent: Thomas Bonkowski
Ort: Dillingen a.d. Donau,
Kreisklinik St. Elisabeth

B 05 – 09.03.21
Gibt es einen „guten Tod“?
Referent: Dr. Christoph Seidl
Ort: Lappersdorf Kursana Domizil

Z 01 – 10.03.21
Palliative Care – vertiefte Aspekte
Referent: Dr. phil Peter Lux
Ort: Nordrhein-Westfalen,
nähere Information unter
www.kathpflegeverband.de

Z 02 – 11.03.21
**Aktuelles zum Hygienemanagement
für Hygienebeauftragte in Seniorenheimen**

und der ambulanten Krankenpflege
Referent: Dieter Rankl
Ort: Rheinland-Pfalz, Näheres unter
www.kathpflegeverband.de

O-6 – 16.03.21
**Pflegeberufegesetz: Relevante Inhalte
für Praxisanleiter*innen und Umsetzung
in die Pflegepraxis**
Referentin: Kathrin Altmann
Ort: Online-Seminar | 15.00–19.00 Uhr

B 06 – 22.03.21
**Mit Werten führen: Spannungsfeld
Betriebswirtschaft und Ethik - P**
Referentin: Dr. Tamara Gehring-Vorbeck
Ort: Lakumed Klinik Vilsbiburg

B 07 – 23.03.21
**Rezertifizierung Dekubitus –
ein drückendes Problem, leider ist noch
kein Ende in Sicht.**
Referent: Thomas Bonkowski
Ort: Schwandorf

O-7 – 13.04.21
**Seminar für Praxisanleitungen –
Kommunikation in der Pflegeausbildung**
Referentin: Kathrin Altmann
Ort: Online | 9.00–11.00 Uhr

B 08 – 14.04.21
**Fliegen lernen. Vom Umgang mit Schranken
im Kopf und von der eigenen Würde**
Referent: Dr. Christoph Seidl
Ort: Lakumed Schlossklinik Rottenburg

B 09 – 15.04.21
**Die Vielfalt macht's. Multimodales
Aktivierungsangebot zur Umsetzung
des NES Beziehungsgestaltung von
Menschen mit Demenz**
Referentin: Maria Kammermeier
Ort: KWA Georg-Brauchle-Haus München

Z 04 – 20.04.21
**Ethische Fallbesprechung –
eine Hilfe für den Alltag**
Referent: Dr. Peter Lux
Ort: Dresden

Z 05 – 20.04.21
**Rezertifizierung Dekubitus –
ein drückendes Problem, leider ist noch
kein Ende in Sicht.**
Referent: Thomas Bonkowski
Ort: Koblenz

Z 06 – 28.04.21
**Praxisworkshop: Neue Chancen für
Praxisanleitungen**
Referentin: Kathrin Altmann
Ort: Kloster Wiblingen

Z 07 – 04.05.21
**Es geht doch! Begleitung bei Abschied,
Trauer, Sterben und Tod**

Referent: Dr. Peter Lux
Ort: Dresden St. Marien

B 10 – 19.04.–20.04.2021
MBSR kennenlernen – Stress bewältigen
Referentin: Elisabeth HÜber
Ort: Kath. Akademie Regensburg

Z 08 – 06.05.21
**Es geht doch! Begleitung bei Abschied,
Trauer, Sterben und Tod**
Referent: Dr. Peter Lux
Ort: Siegen

B 11 – 06.05.21
**Aktuelles zum Hygienemanagement für
Hygienebeauftragte in Seniorenheimen
und der ambulanten Krankenpflege**
Referent: Dieter Rankl
Ort: Dillingen a.d. Donau,
Kreisklinik St. Elisabeth

Z 09 – 11.05.21
Rezertifizierung.
M.O.I.S.T. Update Wundmanagement
Referent: Thomas Bonkowski
Ort: Zweibrücken

B 12 – 10.06.21
**Aktuelle Probleme bei der
Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung**
Referent: Ernst Burger
Ort: Katholische Akademie Regensburg

Z 10 – 16.06.21
**Rezertifizierung. Strategien,
um Scham und Ekel zu überwinden**
Referent: Thomas Bonkowski
Ort: Dresden St. Marien

B 13 – 01.07.21
**Beziehungsgestaltung – wie kann
das gehen? Kommunikation mit
Demenzkranken als Element der
Umsetzung des Nationalen
Expertenstandards**
Referentin: Maria Kammermeier
Ort: München

B 14 – 05.07.21
Stressbewältigung durch Achtsamkeit
Referentin: Elisabeth Huber
Ort: Lakumed Klinik Vilsbiburg

B 15 – 21.07.21
Rezertifizierung.
M.O.I.S.T. Update Wundmanagement
Referent: Thomas Bonkowski
Ort: Straubing

Z 11 – 06.07.21
Rezertifizierung
M.O.I.S.T. Update Wundmanagement
Referent: Thomas Bonkowski
Ort: Koblenz

Alles, was Recht ist!



Benachteiligung eines schwerbehinderten Bewerbers – Einladung zu einem Vorstellungsgespräch – interne Stellenausschreibung

Geht dem öffentlichen Arbeitgeber die Bewerbung einer fachlich nicht offensichtlich ungeeigneten schwerbehinderten oder dieser gleichgestellten Person zu, muss er diese nach § 82 Satz 2 SGB IX in der bis zum 29. Dezember 2016 geltenden Fassung (aF)* zu einem Vorstellungsgespräch einladen. Das gilt auch bei einer (ausschließlich) internen Stellenausschreibung. Im März 2016 schrieb die Regionaldirektion Berlin-Brandenburg der Beklagten intern zwei Stellen als Personalberater aus, wobei eine Stelle bei der Agentur für Arbeit in Cottbus und die andere Stelle bei der Agentur für Arbeit Berlin-Mitte zu besetzen war. Der langjährig bei der Beklagten beschäftigte Kläger bewarb sich auf beide Stellen. Für beide Stellen, die identische Anforderungsprofile hatten, führte die für die Besetzung dieser Stellen zuständige Regionaldirektion Berlin-Brandenburg ein Auswahlverfahren nach identischen Kriterien durch. Der Kläger wurde nur zu einem Vorstellungsgespräch betreffend die Stelle in Berlin eingeladen mit dem Hinweis, dass die Ergebnisse des Auswahlgesprächs für die Stelle in Berlin in das Stellenbesetzungsverfahren für die Stelle in Cottbus einfließen würden. Beide Bewerbungen des Klägers blieben erfolglos. Der Kläger hat die Beklagte nach erfolgloser außergerichtlicher Geltendmachung gerichtlich ua.

auf Zahlung einer Entschädigung nach § 15 Abs. 2 AGG in Anspruch genommen. Er hat die Auffassung vertreten, die Beklagte habe ihn entgegen den Vorgaben des SGB IX und des AGG wegen seiner Schwerbehinderung benachteiligt. Dies folge daraus, dass die Beklagte ihn entgegen § 82 Satz 2 SGB IX aF nicht zu einem Vorstellungsgespräch auch für die Stelle in Cottbus eingeladen habe. Das Arbeitsgericht hat die Klage abgewiesen. Das Landesarbeitsgericht hat die Beklagte zur Zahlung einer Entschädigung nach § 15 Abs. 2 AGG in Höhe eines auf der Stelle erzielbaren Bruttomonatsentgelts verurteilt. Die hiergegen gerichtete Revision der Beklagten hatte vor dem Achten Senat des Bundesarbeitsgerichts Erfolg. Die Beklagte hat den Kläger nicht wegen seiner Schwerbehinderung benachteiligt und schuldet ihm deshalb nicht die Zahlung einer Entschädigung nach § 15 Abs. 2 AGG. Zwar muss der öffentliche Arbeitgeber, dem die Bewerbung einer fachlich nicht offensichtlich ungeeigneten schwerbehinderten oder dieser gleichgestellten Person zugeht, diese nach § 82 Satz 2 SGB IX aF auch bei einer (ausschließlich) internen Stellenausschreibung zu einem Vorstellungsgespräch einladen. Dieser Verpflichtung war die Beklagte allerdings dadurch ausreichend nachgekommen, dass die für die Besetzung beider Stellen

zuständige Regionaldirektion Berlin-Brandenburg den Kläger zu einem Vorstellungsgespräch betreffend die bei der Agentur für Arbeit Berlin-Mitte zu besetzende Stelle mit identischem Anforderungsprofil eingeladen hatte, das Auswahlverfahren nach identischen Kriterien durchgeführt wurde und eine Vertreterin der Regionaldirektion Berlin-Brandenburg den jeweils gebildeten Auswahlkommissionen angehörte.

*Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 25. Juni 2020 – 8 AZR 75/19 –
Vorinstanz: Landesarbeitsgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 1. November 2018 – 21 Sa 1643/17 –*

*§ 82 SGB IX aF: Besondere Pflichten der öffentlichen Arbeitgeber

¹Die Dienststellen der öffentlichen Arbeitgeber melden den Agenturen für Arbeit frühzeitig frei werdende und neu zu besetzende sowie neue Arbeitsplätze (§ 73). ²Haben schwerbehinderte Menschen sich um einen solchen Arbeitsplatz beworben oder sind sie von der Bundesagentur für Arbeit oder einem von dieser beauftragten Integrationsfachdienst vorgeschlagen worden, werden sie zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen. ³Eine Einladung ist entbehrlich, wenn die fachliche Eignung offensichtlich fehlt.

Betriebliche Altersversorgung – Auslegung einer Versorgungsordnung

Eine in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen enthaltene Versorgungsregelung, wonach befristet Beschäftigte nicht und Arbeitnehmer, die in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis stehen, nur dann versorgungsberechtigt sind, wenn sie bei Beginn des Arbeitsverhältnisses das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist dahin zu verstehen, dass sie auf das Lebensalter bei Beginn der Beschäftigung abstellt, wenn eine unbefristete Beschäftigung unmittelbar einer befristeten folgt. Werden Leistungen der betrieblichen Altersversorgung in einer Versorgungsordnung davon abhängig gemacht, dass eine schriftliche Vereinbarung über die Versorgungszusage zu treffen ist, ist dies keine echte Anspruchsvoraussetzung.

Der Kläger wurde von der Beklagten zunächst befristet und im unmittelbaren Anschluss unbefristet beschäftigt. Zu Beginn des Arbeitsverhältnisses hatte er das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet. Bei der Beklagten gilt eine Versorgungsordnung in Form von Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Danach ist versorgungsberechtigt, wer in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis zur Beklagten steht. Weitere Voraussetzung ist, dass bei Beginn des Arbeitsverhältnisses noch nicht das 55. Lebensjahr vollendet ist. Außerdem ist eine schriftliche Vereinbarung über die Versorgungszusage gefordert. Nicht teilnahmeberechtigt sind befristet Beschäftigte. Der Kläger meint, es komme nicht auf das Alter bei Beginn der unbefristeten Beschäftigung an, sondern auf das bei Beginn des Arbeitsverhältnisses. Daher sei auf sein Alter bei Aufnahme des – zunächst – befristeten Arbeitsverhältnisses abzustellen. Die Vorinstanzen haben der Klage stattgegeben.

Die Revision der Beklagten hatte vor dem Dritten Senat des Bundesarbeitsgerichts keinen Erfolg. Der Kläger hat Anspruch auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung. Die Versorgungsordnung der Beklagten war dahin auszulegen, dass das Höchstalter bei Beginn der Betriebszugehörigkeit maßgeblich ist. Das gilt unabhängig davon, ob zunächst ein befristetes Arbeitsverhältnis vorlag, sofern sich eine

unbefristete Beschäftigung unmittelbar an das befristete Arbeitsverhältnis anschließt. Die Voraussetzung einer „schriftlichen Vereinbarung über die Versorgungszusage“ ist nicht konstitutiv für den Versorgungsanspruch des Klägers. Dies hat nur bestätigende, dh. deklaratorische Wirkung. Die „Zusage einer Versorgungszusage“ ist bereits als Versorgungszusage iSv. § 1 Abs. 1 BetrAVG anzusehen, wenn und soweit das Erstarken einer Anwartschaft zum Vollrecht nur noch vom Fortbestand des Arbeitsverhältnisses und vom Eintritt des Versorgungsfalles abhängt, dem Arbeitgeber also kein Entscheidungsspielraum mehr über den Inhalt und den Umfang der zu erteilenden Zusage bleibt. Mit der Frage einer möglichen Diskriminierung von befristet beschäftigten Arbeitnehmern durch die fragliche Versorgungsordnung musste sich der Senat nicht auseinandersetzen.

Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 22. September 2020 – 3 AZR 433/19 – Vorinstanz: Landesarbeitsgericht Niedersachsen, Urteil vom 5. September 2019 – 4 Sa 5/19 B –

Impressum

Herausgeber und Verantwortung:

Katholischer Pflegeverband e.V.,
Adolf-Schmetzer-Str. 2 – 4,
93055 Regensburg,
Tel. (0941) 604877-0,
Fax (0941) 604877-9,
E-Mail: info@kathpflegeverband.de,
www.kathpflegeverband.de

V. i. S. d. P.: Rupert Brenninger, Vorsitzender

Redaktionsleitung: Irene Hößl

Redaktionsmitglieder:

Br. Peter Schiffer, Carola Nick, Ernst Olbricht,
Angelika Maase, Irene Hößl

Gestaltung / Druck:

bauer.com.gmbh, www.bauercom.eu /
Erhardi Druck, Regensburg

Bilder: Kath. Pflegeverband e.V.;
Adobe Stock: fotogestoeber (1, 4/5);
Fabian (1, 4/5); Jan Engel (7); MASP (8);
borysenko (10); Alexander Raths (13);
Mara Zemgaliete (13); nikolarakic (17);
Tierney (18); THPStock (19); MicroOne
(20); Studio Barcelona (22); rangizzz
(30); PhotoGranary (31); Kzenon (32)
Fotolia: apops (28)

Erscheinungsweise: 2-mal jährlich. Für
Mitglieder des Katholischen Pflegever-
bandes e.V. kostenlos. Für unverlangt
eingesandte Manuskripte wird keine
Gewähr übernommen. Artikel und
Leserbriefe, die mit dem Namen des Ver-
fassers gekennzeichnet sind, spiegeln
nicht unbedingt die Meinung des Katho-
lischen Pflegeverbandes e.V. wider.

Besuchen Sie uns online!

Ein Blick auf unsere Website
lohnt immer ...

www.kathpflegeverband.de



Interessante Bücher:



Birgit Heller / Andreas Heller
Spiritualität und Spiritual Care

Verlag: Hogrefe AG
Seitenzahl: 304
Preis: 29,95 €
ISBN: 13: 9783456858685

Spiritual Care beinhaltet eine existenzielle Auseinandersetzung, die jenseits von Schmerztherapie und Symptomkontrolle Sinn und Bedeutung des Todes für das menschliche Leben thematisiert. Dabei ist sie nicht auf die Sterbephase beschränkt, sondern auch bei Krankheit und in anderen kritischen Lebenssituationen bedeutsam. Sie ist eine Form professioneller menschlicher und gesellschaftlicher Partizipation, die Leiden und Tod in der Realität der Gemeinschaft neu verortet. Spiritual Care macht beides zu einem sichtbaren und spürbaren Teil des Lebenszyklus, gibt Gepflegten wie Pflegenden Würde und Wertschätzung. Ein wohltuendes Buch, um die Quellen innerer Kraft zu entdecken.

Thomas Hax-Schoppenhorst /
Michael Herrmann
Treue und Vertrauen

Verlag: Hogrefe AG
Seitenzahl: 464
Preis: 49,95 €
ISBN: 3456860099

Treue und Vertrauen sind Tugenden oder Ressourcen, ohne die zwischenmenschliches Leben und eine bedürfnisgerechte Behandlung und Pflege nicht möglich sind. Die Haltung der Treue ist zentral für das Verhältnis eines Menschen zu sich selbst und der Wahrheit. Treue ist lebenswichtig für die Gesellschaft im Sinne von Verbindlichkeit und Verlässlichkeit. Vertrauen ist eine Erfahrung, die es Menschen erlaubt, sich auf Unsicherheit und Ungewissheit einzulassen. Wenn auch Vertrauen ein riskantes Gefühl ist, so ist es auch ein sozialer Kitt und Klebstoff, der uns zu sozialen Wesen macht und verbindet und zur Software ethischen Verhaltens gehört. Obwohl es sich um zentrale Kategorien handelt, sind Treue und Vertrauen bislang in ihrer Bedeutung noch nicht ausreichend beschrieben, begriffen und mit Blick auf die Praxis reflektiert worden. Erörtert man dabei auch Synonyme wie Liebe, Loyalität, Solidarität und Verbundenheit, dann ergeben sich daraus viele für das Gesundheitswesen essenzielle Handlungsfelder. In seinen drei Teilen bietet das interdisziplinäre Handbuch Menschen, die in Gesundheitsberufen tätig sind, grundlegende Informationen, Konzepte sowie Empfehlungen und bezieht dabei aktuelle gesellschaftliche Diskussionen sowie Fragen der persönlichen Lebensgestaltung mit ein. Somit passt es in eine

komplizierte Zeit, die vielfach von Verunsicherung und Ungewissheit geprägt ist, da es angemessen provoziert, mahnt, aber auch Mut macht, anregt und Lösungen beschreibt. Treue und Vertrauen zwischen Einzelnen, Gruppen und innerhalb von Gesellschaften sind wie Wasser: im Idealfall überall, alles durchdringend, Leben nährend. Wie eine Landschaft ohne Wasser zur Wüste wird, vertrocknet auch Zwischenmenschliches und verdorren Lebensgemeinschaften aller Art. Treue und Vertrauen sind der Kitt, der Kontinente, Länder, Gesellschaften und Gemeinschaften jeder Art zusammenhalten könnte, würde man sich die Mühe machen, sie auch wirklich breitbandig zu leben. Was geschieht, wenn diese beiden Essenzen vernachlässigt werden, wird an den verschiedenen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Zerfallserscheinungen der letzten Jahre und Jahrzehnte mehr als deutlich.



Hinter der Maske dem Menschen begegnen!



Seit März hat uns die Corona-Pandemie fest in der Hand. Das private und öffentliche Leben hat sich massiv verändert. Nachdem Theater, Restaurants, Bars, Kinos oder auch Fitnessstudios zunächst geschlossen waren, blieb kein anderer Weg als ins Freie. Schließlich konnten die Sommermonate mit ihren Möglichkeiten einiges auffangen. Viel Zeit wurde unter freiem Himmel, auf Wiesen, in städtischen Parks oder auf den heimischen Balkonen verbracht. Man rannte, radelte, paddelte oder schwamm durch die Gegend – entdeckte Licht, Luft und Sonne neu. Jetzt stellen uns die dunklen Wintermonate – vor allem aber der Aufenthalt in den geschlossenen Räumen – vor besondere Herausforderungen.

Neben dem Abstandhalten und anderen hygienischen Maßnahmen wurden die Masken zum Symbol der Corona-Pandemie. Bilder mit maskentragenden Menschen in Asien hatten wir vermutlich alle schon mal gesehen. Hätte uns einer gesagt, dass Masken auch für uns einmal zum Alltag gehören würden, hätten wir vermutlich darüber gelacht. Seit Ende April gehört nun die Maskenpflicht auch bei uns in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens dazu. Und während sich die Mehrheit bereits an das Masken-Tragen gewöhnt hat, bleibt es für andere nervig – bei einigen vielleicht sogar verhasst.

Das Maskentragen stellt auch die Pflegeberufe vor neue Herausforderungen. Während die Bedeckung von Mund und Nase in Operationssälen oder auf In-

fektionsabteilungen zur festen Ausrüstung zählt, blieb das Maskentragen auf normalen Krankenhausstationen oder in Langzeitpflegeeinrichtungen doch eher die Ausnahme. Jetzt spüren die Betroffenen auf allen Feldern der Pflegepraxis: Die maskenverhüllten Gesichter beeinflussen die Kommunikation sogar ziemlich dramatisch! Denn: Was spielt sich auf einem nicht bedeckten Gesicht alles ab? Und was bleibt jetzt von der früher für andere sichtbaren Mimik noch übrig? Auch wenn es gemeinhin heißt, dass Augen nicht lügen – sie für manche gar als Fenster zur Seele stehen, bleiben doch viele Indikatoren der Stimmungswelt nun verhüllungsbedingt außen vor. Vieles verschwindet eben hinter einer Maske. Das (subtile) Mienenspiel des anderen kann nicht entschlüsselt werden. In Sachen Gefühlswelt tappt man möglicherweise im Dunkeln.

Da also die mimische Interaktion nicht mehr als Feedbackschleife funktioniert, stellen sich neue Herausforderung an unsere sozialen Kompetenzen und damit an unseren pflegerischen Auftrag. Es gilt, sich nicht hinter einer Maske zu verstecken, sondern trotz Maske im Anderen gerade den Menschen zu sehen und ihm als Mensch begegnen zu wollen! Denn: Trotz Gesichtsverhüllung, verschärfter Hygienemaßnahmen und veränderter Zugangs- oder Besuchsregelungen bleiben sowohl Pflegepersonen wie anvertraute Menschen vor allem eines: Mensch! Pflegende sind Menschen, die in einem ganz schön

harten Job arbeiten. Und genauso steht hinter jedem „Fall“ immer ein ganz konkreter Mensch mit seiner unverlierbaren Würde. Das sollten wir uns bewusst halten. Dem gilt es kreativ gerecht(er) zu werden – dazu neue Ausdrucks-, Kommunikations- und Pflegeformen zu entwickeln. Wir dürfen einen Blick aussenden (oder erwidern), der wirklich den Anderen meint und ihm als Mensch begegnen will.

Prof. Dr. Franziskus Knoll

About



Prof. Dr. Franziskus Knoll OP

Prof. Dr. Franziskus Knoll OP lehrt als Professor für Diakonische Theologie, Spiritualität und Pflegeethik an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Er ist Mitglied im Dominikanerorden, Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Diplom-Pflegepädagoge (FH).

Außerplanmäßiger Professor für Diakonische Theologie, Spiritualität und Pflegeethik (Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar)



Bei uns stehen Sie im Mittelpunkt



Tun Sie sich etwas Gutes!

Persönlich vorankommen, sich beruflich weiterentwickeln
und sich wohlfühlen im Kreise Gleichgesinnter.

Profitieren Sie von den Seminaren, Veranstaltungen und
den Angeboten des Katholischen Pflegeverbandes.
Ganz speziell auf Ihre Bedürfnisse ausgerichtet.

Katholischer
Pflegeverband e.V.

