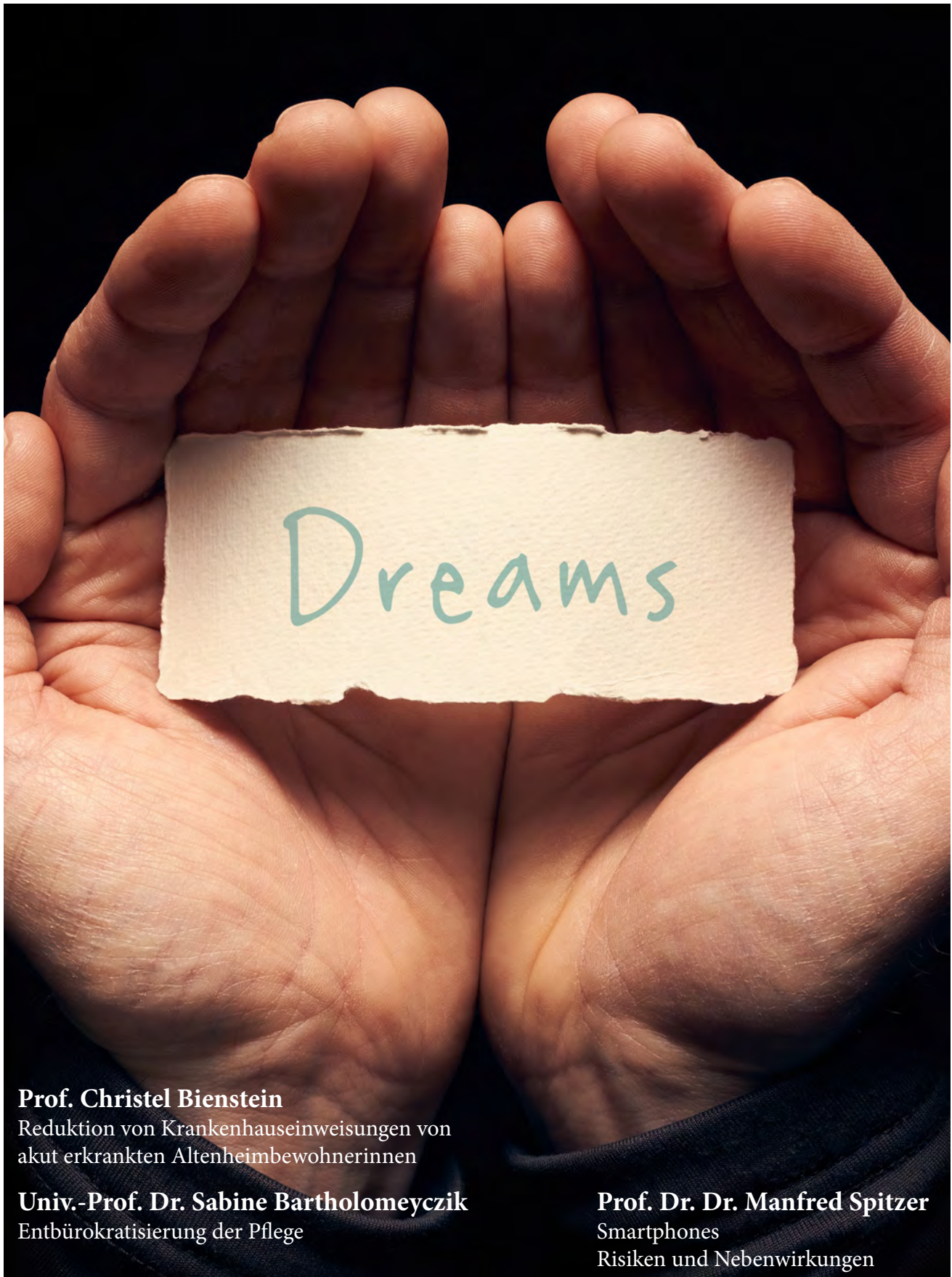


RP Pflege Professionell

Das Open Source Fachmagazin für den Gesundheitsbereich

Frühjahr 2016



Prof. Christel Bienstein

Reduktion von Krankenhauseinweisungen von
akut erkrankten Altenheimbewohnerinnen

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Entbürokratisierung der Pflege

Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer

Smartphones

Risiken und Nebenwirkungen

BILDUNG & MANAGEMENT

- 03 „VisionärInnen verändern die Welt“
Vom Weg des Erfolgs und der Visionen im Pflegealltag
 Markus Golla, BScN
- 11 **Erfolgreiche Teamarbeit in Gesundheitsorganisationen - Wichtige Rahmenbedingungen echter Mitarbeitermotivation**
 Dr. Herbert Gruner

GESUNDHEITSPOLITIK

- 19 **Entbürokratisierung der Pflege: Ein Vereinfachungsprojekt aus dem deutschen Bundesgesundheitsministerium**
 Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
- 25 **Pflegeheime in Deutschland eine Geschäft für Anleger**
 Heimleiter Armin Rieger

ALTENPFLEGE

- 27 „Ich erzähle Dir von mir. Also bin ich.“
Das Erzählen der Lebensgeschichte als identitätsstiftendes Moment in der Altenpflege
 Sonja Schiff, M.A.
- 33 **Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität Versorgung akut erkrankter Altenheimbewohner im Altenheim**
 Prof. Christel Bienstein, Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Nino Chikhradze MSc, Almut Hartenstein-Pinter MSc, Cäcilia Krüger MSc

FACHWISSEN

- 41 **Umsetzung von evidenzbasierter Pflege im Bereich Intensivstation - Denn wir wissen nicht was wir tun?**
 Matthias Drossel, MScN & Frank Feick, BA
- 49 **Schmerz messen**
 Svetlana Geyrhofer, BA
- 55 **Smartphones - Risiken und Nebenwirkungen**
 Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer
- 59 **Guter Schlaf im Wechsel - Ein Traum!**
 Karin Grössing

ERLEBEN

- 63 **Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) Gefangen im eigenen Körper - Eine Angehörige erzählt...**
 Markus Golla, BScN

67 REZENSIONEN

IMPRESSUM

MedieninhaberIn

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

Herausgeber

Markus Golla

Chefredaktion

Markus & Kathrin Golla

Lektorat

Kathrin Golla

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion

Markus Golla

Webseite & kostenfreies PDF Abo

www.pflege-professionell.at

Printausgabe

bestellbar über die Webseite
<http://www.facultas.at>

Druckerei & Printausgabe

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

Kontakt

golla@pflege-professionell.at
 0043/6507006615

Titelbild (C) Stockpics - stock.adobe.com
 (C) 2016 Markus Golla

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.



DGKP Markus Golla

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Lassen wir für einen Moment die Realität beiseite...

Nehmen wir einmal an sie sterben an einem Herzinfarkt und ständen plötzlich vor einem Tribunal, bei dem Sie sich für alle Ihre Taten, Gedanken, Wünsche und Ängste verantworten müssten. Dem Richter geht es aber nicht um gut oder böse, richtig oder falsch, sondern darum, was sie aus ihren Träumen und ihrer Lebenszeit gemacht haben.

Sind Sie ihren Träumen und Visionen gefolgt? Haben Sie ihre Komfortzone verlassen, um sich an Neuem zu probieren? Gibt es viele „Was wäre wenn...“?

Auf den ersten Blick scheint die Pflege brav in ihren vorgegeben Bahnen zu arbeiten. Wie eine Arbeitsbiene erfüllt sie tägliche Abläufe, gehorcht Strukturen ohne oft zu hinterfragen, in der Hoffnung eines Tages in diesem Ordnungssystem zu steigen. Schließlich möchte man ja geliebt werden und Ärger aus dem Weg gehen. Ja, Weiterentwicklung bedeutet Veränderung und manchmal auch außerordentliche Anstrengung und Konflikt...

Das Leben bietet mehr wenn man nur etwas wagt. Visionäre und Wegbereiter würden vor diesem Tribunal aufrecht stehen und mit Stolz ihren Weg begutachten. Von diesen Menschen gab und gibt es in der Pflege so einige. Ohne diese Personen hätte sich unser Berufsstand nicht weiterentwickelt.

Jeder von uns trägt diese Möglichkeit in sich. Die Frage ist, ob sie den ersten Schritt wagen und die Segel setzen, um den sicheren Hafen zu verlassen. Boote sind sicher im Hafen, aber Boote sind nicht für den Hafen gemacht. Dies wäre der Beginn einer neuen abenteuerlichen Reise. Ihrer Reise! Vielleicht haben Sie dies bereits gemacht und schmunzeln über meine Zeilen.

Wenn nicht, wird es Zeit ihren Träumen einen Platz zu geben!

Markus Golla
Herausgeber



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

Erfolgreiche Teamarbeit in Gesundheitsorganisationen

Wichtige Rahmenbedingungen echter Mitarbeitermotivation

(C) Coloures-pic



Eine gelungene Teamarbeit ist heute im Gesundheitswesen im Allgemeinen sowie im Pflegebereich im Besonderen nicht mehr aus dem Alltag wegzu-denken. Sie zählt zu den entscheidenden Erfolgsfaktoren. Eine Vielzahl von Studien und Fachartikeln bestätigt immer wieder, dass Menschen, die in einem funktionierenden Team arbeiten, verantwortungsvoller, motivierter und kreativer sind. Sie erleben die Vorteile einer engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit. Ob in Krankenhäusern, in Praxen, in ambulanten Einrichtungen, auf Stationen im Operationssaal oder in einzelnen Projekten - ein reibungsloser Ablauf und eine gute Teamarbeit sind von außerordentlich hohem Wert. Wir treffen dabei sowohl professionelle als auch inter- bzw. multiprofessionelle Teams an - Teams, die auf längere Dauer angelegt sind oder sich kurzfristig bilden (z.B. OP-Teams) an. Oft treffen wir in der Praxis jedoch auch auf Personenmehrheiten und Gruppen, die sich etikettenartig als Teams bezeichnen, jedoch in keiner Weise wie Teams agieren („Pseudo-Teams“).

Echte Pflegeteams unterscheiden sich bereits in ihrem Aufbau deutlich von (Arbeits-)Gruppen; professionelle Führungskräfte halten besonders die Wechselwirkungen zwischen Leitung, informeller Führung und Rangdynamik in dynamischer Balance; die wesentlichen Faktoren in den Teamentwicklungsphasen werden bewusst beachtet;

die Rahmenbedingungen für eine echte Mitarbeitermotivation werden geschaffen; die echten Problemfelder der Teamarbeit werden erkannt und umgehend konstruktiv bearbeitet und man ist sich dabei der überwiegenden Vorteile von Teamarbeit gegenüber reiner Einzelarbeit bewusst. In diesem Artikel sollen wichtige Aspekte für die Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine echte Mitarbeitermotivation herausgearbeitet und etwas näher ausgeführt werden.

Motivation und Teamsteuerung

Motivation ist ein ganz entscheidender Themenbereich in der Teambildung bzw. -entwicklung und -stärkung. Im Zusammenhang mit Gruppen bzw. Teams stellt sich stets eine Kernfrage: Wie gelingt es Pflegeführungskräften, dass Mitarbeiter/innen bezüglich der (Gesamt-)Zielerreichung aus sich heraus bereit sind, ihr Bestes zu geben. Motivationsansätze und -theorien gibt es in der Literatur sehr viele.

Extrinsische und intrinsische Motivation

Die intrinsische Motivation beschreibt den inneren Antrieb eines Menschen, etwas zu leisten. McClelland fand heraus, dass für ca. 10% der Menschen der Umstand, etwas geleistet zu haben, an sich sehr motivierend ist. Weitere Formen der

intrinsischen Motivation sind z.B.: Freude am Erkenntnisgewinn oder die Befriedigung, Teil einer Gruppe zu sein.

Die extrinsische Motivation beinhaltet die Rahmenbedingungen der Arbeit. Dazu zählen u.a. die Bezahlung, Prämien, Belohnungen, angenehme Arbeitsbedingungen und Incentives. Deci meinte sogar, dass die intrinsische Motivation darunter leiden könnte, wenn die Bezahlung zu unmittelbar mit der Leistung zusammenhängt.

Die meisten Forscher und Praktiker in diesem Bereich sind der Meinung, dass die intrinsische Motivation das Kernelement darstellt, das jedoch durch extrinsische Faktoren wie Bezahlung, Prämien etc. u.a. verstärkt werden kann. In einer Formel könnte man dies nach dem Autorenteam Schlick (Führung leicht gemacht, 2003, S. 52) folgendermaßen sehr gut zum Ausdruck bringen:

$$\text{Gesamtmotivation} = I \times (E + 1)$$

I.....Intrinsische Motivation

E.....Extrinsische Motivation

Aus dieser Formel ergeben sich folgende Ableitungen:

- Ist die intrinsische Motivation null, so bleibt die Gesamtmotivation null – unabhängig davon, wie hoch die extrinsischen Faktoren sind
- Beträgt die extrinsische Motivation null, so beläuft sich die Gesamtmotivation auf den Wert der intrinsischen Motivation.
- Sind die externen Faktoren allerdings demotivierend, so vermindern sie die Gesamtmotivation.

Die Zwei-Faktoren-Theorie von F. Herzberg

Die Zwei-Faktoren-Theorie, die auf F. Herzberg, Arbeitswissenschaftler und klinischer Psychologe, zurückgeht, setzt auf der Bedürfnispyramide von Abraham Maslow auf. Trotz verschiedenster Diskussionen gehört diese Theorie nach wie vor zu den populärsten Theorien der Arbeitsmotivation.

Um den Inhalt der Arbeitsmotivation zu spezifizieren, befragten Herzberg und dessen Team-Kollegen etwa 200 Personen nach Arbeitssituationen, in denen sie sich besonders motiviert gefühlt hatten

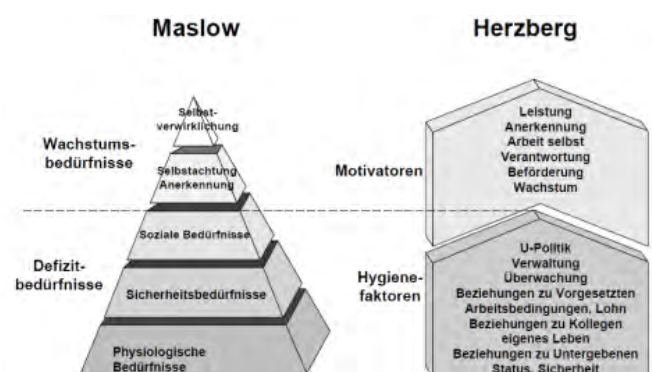
und nach solchen, in denen sie sich besonders schlecht gefühlt hatten. Die Ergebnisse machten deutlich, dass in den „guten“ Situationen andere Aspekte aufgezählt werden, als in den „schlechten“. Herzberg und sein Team folgerten daraus, dass zwei voneinander unabhängige Faktorenkategorien für Mitarbeiter in Arbeitsorganisationen wichtig sind:

- Hygienefaktoren („dissatisfier“, extrinsische Faktoren oder Kontextfaktoren), welche Unzufriedenheit der Arbeiter auslösen, wenn sie nicht erfüllt werden.

Zu den Hygienefaktoren zählt Herzberg jene Merkmale der Arbeit, die Außerhalb der Arbeit selbst gelegen sind, wie Bezahlung, Arbeitsplatzsicherheit, Arbeitsbedingungen, Reglementierungen und Verwaltungsprozesse der Organisation, Verhalten der Führungskräfte und die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz.

- Motivatoren („satisfier“, intrinsische Faktoren oder Kontext-Faktoren), welche Zufriedenheit der Arbeitnehmer bewirken, wenn sie in der Arbeit gegeben sind.

Die Motivatoren werden durch Merkmale wie der Arbeitstätigkeit selbst und der Person, welche die Arbeit ausführt, beschrieben: Leistung, Anerkennung, Verantwortung, Beförderung, die Arbeit selbst, Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung gelten als wichtige Beispiele für Motivationsfaktoren (Weinert, 1998, S. 149-150).



(Abbildung: Vergleich Maslow - Herzberg)

Herzberg und seine Kollegen stellten mit ihrer Zwei-Faktoren-Theorie fest, dass Hygienefaktoren nicht zur Zufriedenheit führen, allenfalls zur Nicht-Unzufriedenheit; umgekehrt führen Motivatoren zur Zufriedenheit und im Falle des Fehlens zur Nicht-Zufriedenheit, aber nicht zur Unzufriedenheit.

Sie fordern, dass einerseits Hygienefaktoren optimiert werden, andererseits auch die „psychologische Anreicherung“ von Arbeitstätigkeiten, welche als „job enrichment“ bezeichnet wird und Garant für die Zufriedenheit der Mitarbeiter sein kann.

Schlussfolgerungen für Pflegeführungskräfte aus der Zwei-Faktoren-Theorie von F. Herzberg:

- Hygienefaktoren sind nicht unwichtiger als Motivatoren.
- Die negativen Aspekte in den Hygienefaktoren sollen eliminiert werden.
- Konzentration auf die Motivatoren:
 - o Leistung: Klare Zielvorgabe, Rückmeldung über den Grad der Zielerreichung
 - o Anerkennung der eigenen Leistung: Bewertende Stellungnahme durch den Vorgesetzten (Anerkennung und Kritik als Führungsmittel)
 - o die Arbeit selbst: Interessanter Arbeitsinhalt, der den Mitarbeiter fordert und fördert (Erweiterung des Handlungsspielraums, job enrichment)
 - o Verantwortung: Dem Mitarbeiter sollte mehr Handlungs- u. v. a. mehr Entscheidungsspielraum übertragen werden
 - o Aufstieg: Möglichkeiten des Erreichens von Positionen mit mehr Handlungs- und Entscheidungsspielräumen
 - o Möglichkeit zum Wachstum: Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten

Motivation und Motivierung

Der Psychologe und Managementtheoretiker Reinhard K. Sprenger vertritt vor allem in seinem Buch „Mythos Motivation“ die Auffassung, dass jeglicher Versuch, Mitarbeiter zu motivieren, fehlschlagen muss. Er führt dies darauf zurück, dass jede „Motivierung“ einen extrinsischen Charakter hat und üblicherweise auf folgendem Vorurteil beruht: „Der Mitarbeiter ist nicht bereit, 100% dessen, was er leisten könnte zu leisten; deshalb muss ich ihn motivieren, mehr zu leisten.“

Sprenger unterscheidet daher deutlich zwischen Motivation und Motivierung:

- Motivation kommt von innen und ist der Zustand, den der Manager erreichen möchte.
- Motivierung ist der Versuch, von außen Motive zu erzeugen.

Das Hauptproblem hierbei liegt laut Sprenger darin, dass dieses Misstrauen den Mitarbeitern

bewusst oder unbewusst auffällt und sie darauf reagieren - es beeinträchtigt ihr Selbstwertgefühl. Jedes Unternehmen bzw. jede Organisation „pflegt“ bewusst oder unbewusst eine Organisationskultur, die sowohl die Arbeitsintensität, die Arbeitsqualität, das Betriebsklima als auch die Arbeitsmotivation prägt.

Motivierung führt zu Demotivierung / Demotivation

Der Versuch, Mitarbeiter sehr oft durch Motivierung zu höheren Leistungen anzuspornen, führt diese permanent an ihr Leistungsmaximum und darüber hinaus. Einerseits führt diese Motivierungsstrategie laut Sprenger unter Umständen zu Krankheit oder innerer Kündigung, andererseits erbringt kein Mitarbeiter nach mehrfach erfolgter Motivierung ohne zusätzliche Prämie noch 100% seines dauerhaften Leistungsvermögens.

Innere Kündigung und Krankheit

Jeder Mensch hat Leistungsreserven, die er nur im Notfall (Angst, Panik, usw.) nutzen kann, jedoch nur für kurze Zeit. Danach ist er erschöpft und muss seine Reserven wieder auffüllen. Tut er dies nicht, wird er nach einiger Zeit zusammenbrechen und für das Unternehmen nicht mehr die erwartete Leistung erbringen. Dies führt häufig zur Kündigung des Mitarbeiters bzw. zur „inneren Kündigung“. Unter innerer Kündigung wird das Verrichten von „Dienst nach Vorschrift“ verstanden. Das heißt, der Mitarbeiter verrichtet genau so viel Arbeit, wie unbedingt für den Erhalt des Arbeitsplatzes notwendig ist. Der Mittelpunkt des Lebens wird auf die Freizeit verlagert.

Weiter konzentriert sich der Mitarbeiter in Zukunft nicht mehr darauf, wie er seine Leistung am besten in das Unternehmen bzw. die Organisation einbringt, sondern wie er sich seine nächste Belohnung abholt (z.B. Misserfolgsvermeidung, niedriges Ansetzen von Zielen etc.). Hinzu kommt, dass diese Belohnungen sehr schnell an Wert verlieren und durch bessere ersetzt werden müssen – man spricht dann von der Gewöhnung an den Reiz. Dieser „Teufelskreis“ treibt die Kosten für das Unternehmen bzw. die Organisation deutlich in die Höhe, aber die Wirkung auf die Motivation der Mitarbeiter wird mit jedem Mal geringer und verflüchtigt sich immer schneller. Das Generieren von extrinsischer Motivation führt im Allgemeinen zum Abbau der intrinsischen Motivation.

Deshalb schließt Sprenger, dass es im Allgemeinen besser ist, keine extrinsischen Motivationsfaktoren einzusetzen.

Motivation aus neurobiologischer Sicht

Die beiden Neurobiologen, Joachim Bauer und Gerald Hüther haben sich in mehreren Artikeln bzw. Büchern diesem sehr aktuellen Thema aus neurobiologischer Sicht gewidmet und dessen Bedeutung für Führungskräfte herausgearbeitet. J. Bauer, habilitierter Mediziner und Neurobiologe, der als Professor am Universitätsklinikum Freiburg lehrt, ist ein deutscher Internist, Psychotherapeut und Psychiater. Sein Spezialgebiet ist die Psychosomatische Medizin. J. Bauer ist Autor mehrerer wissenschaftlicher Sachbücher und hat sich speziell in seinem Buch „Prinzip Menschlichkeit - Warum wir von Natur aus kooperieren“ um die Bedeutung der Motivationssysteme beschäftigt. Wesentliche Kernpunkte werden in der Folge zusammengefasst:

Nach J. Bauer haben die biologischen Antriebsaggregate des Menschen – die Motivationssysteme – ihren Sitz sehr zentral im Mittelhirn und sind über Nervenbahnen mit vielen anderen Hirnregionen verbunden. Der „Treibstoff“ dieser Motivationssysteme besteht aus drei Botenstoffen:

1. **Dopamin**, das ein Gefühl des Wohlbefindens erzeugt und den Organismus in einen Zustand von Konzentration und Handlungsbereitschaft versetzt. Damit hat Dopamin die Funktion einer physischen und psychischen Antriebs- und Motivationsdroge.

2. Es werden **endogene Opiode** freigesetzt, deren Wirkung derjenigen von Opiaten entspricht. Damit haben sie positive Effekte auf das Ich-Gefühl, auf die emotionale Gestimmtheit und die Lebensfreude. Unabhängig davon vermindern sie die Schmerzempfindlichkeit und stärken das Immunsystem.

3. Der dritte Wohlgefühl-Botenstoff ist **Oxytoxin**, das sowohl Ursache als auch Wirkung von Bindungserfahrungen ist. D.h. Oxytozin wird erzeugt, wenn es zu einer Vertrauen stiftenden Begegnung kommt, und es kann Bindungen rückwirkend stabilisieren. So konnte nachgewiesen werden, dass Personen als Folge einer geschäftlichen Transaktion, in denen ihnen Vertrauen entgegengebracht wurde, erhöhte Oxytoxin-Werte aufweisen.

Was aktiviert nun die Motivationssysteme des Menschen? Nichts stimuliert Menschen so sehr,

wie der Wunsch, von anderen gesehen zu werden, die Aussicht auf soziale Anerkennung, das Erleben positiver Zuwendung und letztlich die Erfahrung von Liebe. Kern aller Motivation ist es also aus neurobiologischer Sicht, zwischenmenschliche Anerkennung, Wertschätzung und Zuwendung zu finden oder zu geben.

Die Einsicht, dass Akzeptanz und Anerkennung, die wir bei anderen finden, der tiefste Grund aller Motivation ist, ergab sich erst in den letzten Jahren, und ist das Ergebnis einer Vielzahl von teilweise überaus aufwendigen Untersuchungen und Forschungen. Entdeckt wurde dabei folgendes: Die Motivationssysteme schalten dann ab, wenn keine Chance auf soziale Zuwendung besteht, und sie springen an, wenn das Gegenteil der Fall ist. Die Tatsache, dass länger dauernde soziale Isolation oder der Verlust wichtiger zwischenmenschlicher Bindungen zu einem Absturz der Motivationssysteme führen können, macht etwas Entscheidendes deutlich: Alle Ziele, die wir im Rahmen unseres normalen Alltags verfolgen, finanzielle Ziele, Anschaffungen, die Ausbildung oder den Beruf betreffend, etc., haben aus der Sicht unseres Gehirns ihren tiefen, uns meist unbewussten Sinn dadurch, dass wir damit letztlich auf zwischenmenschliche Beziehungen zielen, das heißt, diese erwerben oder erhalten wollen. Das Bemühen des Menschen, als Person gesehen zu werden, steht noch über dem, was landläufig als Selbsterhaltungstrieb bezeichnet wird.

Was heißt das für die Arbeitswelt und das Führen von Mitarbeitern im Pflegebereich? Wer bei anderen Menschen nachhaltig für Motivation sorgen will, muss ihnen die Möglichkeit geben, mit anderen zu kooperieren und Beziehung zu gestalten. Gelingende Beziehungen gehen - wie oben ausgeführt - mit der Ausschüttung der Botenstoffe Dopamin, Oxytoxin und Opiode einher und sind damit das unbewusste Ziel allen menschlichen Bemühens. Die Botenstoffe „belohnen“ uns nicht nur mit subjektivem Wohlergehen, sondern auch mit körperlicher und mentaler Gesundheit, daher werden die Motivationssysteme gerne auch als Vitalitätssysteme bezeichnet. Dopamin sorgt für Konzentration und mentale Energie, Oxytoxine und Opiode reduzieren Stress und Angst.

Was passiert nun bei zwischenmenschlichen Konflikten? Diese müssen nicht zwingend zu Beeinträchtigungen führen - vorausgesetzt, der Konflikt wird angesprochen, offen ausgetragen und

bereinigt. Dagegen führen schwere Störungen oder Verluste wichtiger Beziehungen zu einer Mobilmachung biologischer Stress-Systeme bis hin zu Burn-out bzw. Depression. Dies macht deutlich, dass der Mensch nicht für eine Umwelt bzw. Arbeitswelt geschaffen ist, die durch Isolation oder ständige Konflikte gekennzeichnet ist.

Zudem konnten verschiedene wissenschaftliche Experimente wie der Trierer Stresstest belegen: Vertrauen schafft Vertrauen. Misstrauen und Ablehnung begünstigen Aggression.

Wesentlichen Voraussetzungen für das Gelingen von Beziehung oder von kooperativen Projekten sind lt. J. Bauer:

1. Sehen und Gesehen werden (z.B. den Mitarbeiter als Person beachten),
2. gemeinsame Aufmerksamkeit gegenüber etwas Drittem (z.B. gegenüber einer Idee des Mitarbeiters),
3. emotionale Resonanz (z.B. echtes Mitgefühl bei Negativerlebnissen),
4. gemeinsames Handeln (z.B. Mitpacken oder gemeinsame Unternehmungen) und
5. das wechselseitige Verstehen von Motiven und Absichten (z.B. die Motive der Mitarbeiter erkennen und dadurch Potenziale zu entfalten).

Keine dieser Voraussetzungen ist als banal zu bezeichnen, da bei dauerhaftem Ausfall nur einer dieser Komponenten Beziehungen - ob am Arbeitsplatz oder privat - scheitern können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt von Beziehungen ist Wechselseitigkeit bzw. Komplementarität. Das heißt als Führungskraft im Pflegebereich, dass ich den Mitarbeiter wirklich sehe, wahrnehme und mich auf ihn einlasse. Gleichzeitig sollte man als Leitung darauf achten, dass man gesehen, geachtet und verstanden wird. Dazu muss man einen aktiven Beitrag leisten: Signalisieren, was man will, und welche Vorstellungen und Absichten man hat. Damit repräsentiert bildlich gesprochen die Gegenspur das Verstehen, die eigene Fahrspur bedeutet Menschlichkeit und zu seinen Überzeugungen stehen. Viele Menschen stecken in dem Dilemma, dass sie im (Arbeits-)Alltag nur einspurig unterwegs sind. „Dauer-Versteher“ sind ganz mit dem Gegenüber beschäftigt, dass sie nur noch Rücksicht nehmen.

„Selbst-Spezialisten“ dagegen sind unfähig, die Spur des Gegenübers zu sehen und andere zu verstehen. Einspurige Beziehungsarrangements müssen- ob im Beruf oder im Privatleben- auf lange Sicht scheitern.

Für gute Führung gilt folgende Verfahrensweise als Empfehlung: Einerseits kommt es darauf an, Mitarbeiter und Kollegen wahrzunehmen, zu verstehen, ihre Leistungen anzuerkennen und sie fair zu behandeln. Andererseits gilt es, für die eigene Position zu stehen, Mitarbeiter und Kollegen nicht aus ihrer Mitverantwortung für die Gestaltung guter Beziehungen zu entlassen, Konflikte zu erkennen, aufzugreifen und Führung zu zeigen.

Überall dort, wo Menschen als Führungskräfte Verantwortung für andere tragen, sollte die Fähigkeit, Beziehungen zu gestalten, zu einer Art Meisterschaft entwickelt sein.



(C) FotolEdhar

Der deutsche Neurobiologe und Hirnforscher G. Hüther hat in einem transkribierten Vortrag im Buch von Renate Daimler (Basics der Systemischen Strukturaufstellungen, S.63ff - „Führen als erfolgreiche Navigation im Dickicht eigener und fremder Synapsen“ (Pflege-)Führungskräften aus neurobiologischer Sicht folgende Empfehlungen gegeben:

- Wir sollten darauf achten, was in unseren Mitarbeiter/innen vorgeht und den Verbindungsaspekt fördern und an den inneren Einstellungen arbeiten. Mitarbeiter/innen, die sich verbunden fühlen, sind eine kostbare, positive Ressource. Ein Mangel an Verbindung fördert Missgunst, Frust, Intrigen - und damit wird der gemeinsamen Aufgabe Energie entzogen.

- Verbessern Sie Ihr Betriebsklima, nehmen Sie die Angst aus dem System. Angst blockiert das Gehirn und verschwindet in dem Maß, in dem das Vertrauen steigt.

- Lernen passiert am besten durch Begeisterung, Neugier und Erfahrungen, die als angenehm gespeichert werden können. Das stärkt das Selbstwertgefühl.

- Besondere Fähigkeiten kann man erlernen. In Wirklichkeit geht es aber darum, sie zu »entdecken« (sie nicht im klassischen Sinn des Lernens zu lernen). Lassen Sie Ihre Mitarbeiter/innen Dinge »entdecken«, das heißt auf allen Ebenen spüren.

- Ermutigen Sie Ihre Mitarbeiter/innen, ihre eigenen Fähigkeiten einzusetzen, und pflegen Sie eine fehlerfreundliche Unternehmenskultur.

- Geben Sie Ihren Aufgaben, an denen sie wachsen können, und fördern Sie Weiterbildung.

- Geben Sie Ihren die Gelegenheit zu merken, dass es toll ist, in einem Team zu arbeiten, und dass vieles leichter gelingt, wenn man es gemeinsam schafft. Geben Sie Ihren die Chance, wieder an das heranzukommen, was sie schon aus ihrer pränatalen Entwicklung kennen (Verbindung).

- Abwertung ist pures Gift für Effizienz und Kreativität. Bringen Sie Ihren Mitarbeiter/innen Achtung und Wertschätzung entgegen. Unsere bildgebenden Verfahren zeigen uns minutiös, was im Gehirn passiert, wenn es auf diese Weise »behandelt« wird. Ein Gehirn, das Angst hat, blockiert - da ist überall zu viel Strom drauf, das löst negative Gefühle aus. Nach nur einem Monat Abwertung, z.B. durch den Chef, reicht es schon, wenn die Person nur an den Chef denkt (ohne ihn zu sehen), dass negative Gefühle ausgelöst werden! Und damit wird auch jede Kreativität blockiert. Es ist ein Kreislauf, aus dem Mitarbeiter/innen, wenn sie da erst einmal drin sind, von selbst meist nicht wieder herauskommen. Das sind vergeudete Potenziale.

- Und erinnern Sie sich daran: Einstellungen verändern sich nicht, indem Sie mit den Leuten reden oder sie dauernd umarmen, wenn die innere Haltung dahinter nicht stimmt - wenn die Authentizität fehlt, macht das wenig Sinn.

Motivation und Burnout - Entfremdung von der Arbeit

Es gibt viele Definitionen für Burnout, da es bis heute ein schwer abgrenzbares und unscharfes Phänomen sowohl in der Medizin als auch in der Psychologie ist. Der Begriff Burnout oder Burnoutsyndrom (vom engl. burn out: ausbrennen) bezeichnet einen besonderen Fall berufsbezogener chronischer Erschöpfung und wurde nach ersten bekannten Forschungen zu diesem Thema von Kurt Lewin im Jahre 1974 von den klinischen Psychologen Herbert Freudenberger und Christina Maslach in die wissenschaftliche Diskussion eingeführt.

Studienergebnisse zur Burnout-Entstehung im Berufsfeld

In den vergangenen 20 bis 30 Jahren hat sich die Situation am Arbeitsmarkt stark verändert. Der Leistungsdruck sorgt dafür, dass immer mehr Menschen am sog. Burnout-Syndrom leiden. Während zahlreiche Studien die Erkrankung als Folge von Arbeitsstress beschreiben, hat die Wirtschaftswissenschaftlerin Lisbeth Jerich, Institut für Organisations- und Personalmanagement der Universität Graz sowie Psychotherapiewissenschaftlerin an der Sigmund Freud PrivatUniversität in Wien, andere Erklärungen:

Lediglich bzw. gerade der Stress, der vom Entfremdungsaspekt ausgeht, führt zum Burnout.

Dabei spielen die Beziehung der Menschen zu ihrer Arbeit eine große Rolle. Waren es vor rund 30 Jahren noch in erster Linie idealistische Bestrebungen, die für die Hinwendung zu einer bestimmten Arbeit verantwortlich waren, sind es heute eher eigennützige Motive, wie das Streben nach Geld, Macht und Prestige. Die Suche nach der Selbstverwirklichung bleibt zunehmend auf der Strecke. Das führt zu einem verstärkten Wertekonflikt und daraus resultierend zu einer inneren Gleichgültigkeit, eine Sinnleere und bloßem Materialismus. Die Folge davon sind Entfremdungsgefühle gegenüber der Arbeit und den Kollegen. Der Verlust dieser Ideale ist für Jerich die gesellschaftliche Hauptursache von Burnouts.

Burnout-Fälle in Organisationen sollten ein deutliches Warnsignal für das oberste Management/die kollegiale Führung sein, sich über die Unternehmenskultur Gedanken zu machen, meint L. Jerich. Viele Mitarbeiter könnten ihre Arbeit nicht mehr lieben, weil die Selbstentfaltung zu kurz kommt.

Zudem habe der Wandel der Wirtschaft seine Spuren auch im zwischenmenschlichen Bereich hinterlassen. So sei das Arbeitsklima in so genannten „modernen Unternehmen“ oft durch systematische Schikanen gekennzeichnet. Konkurrenzorientiertes Klima - mit hohem Leistungsdruck, drohendem Arbeitsplatzabbau oder Reorganisationsmaßnahmen kommen noch hinzu.

Zwar gibt es Menschen, die durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale eher zu Burnouts neigen als andere. Allerdings können diese Merkmale nicht als Auslöser angesehen werden. Gesellschaftliche, institutionelle und interpersonelle Faktoren spielen immer eine entscheidende Rolle, fasst L. Jerich zusammen.

Literatur

Bauer, J.: Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. Hamburg: Hoffmann und Campe, September 2008, aktualisierte Ausgabe.

Bauer, J.: Arbeit: Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht. Karl Blessing Verlag, April 2013.

Hüther, G.: Wozu brauchen Berater/innen Wissen über Hirnforschung, in Daimler, R.: Basics der Systemischen Strukturaufstellungen. München: Kösel, 2008.

Hüther, G.: Führen mit Hirn. Campus Verlag, Frankfurt a.M., 2015.

Jerich, L.: Burn out - Ausdruck der Entfremdung. Graz: Grazer Universitätsverlag, 2008.

Kirchler, E.: Arbeits- und Organisationspsychologie: Wien: UTB, 2011, 3.Aufl.

König, O./Schattenhofer, K.: Einführung in die Gruppendynamik. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2014, 7.Aufl.

Leuzinger A./Luterbacher, Th.: Mitarbeiterführung im Krankenhaus. Bern: Huber, 2000, 3. Aufl.

Möller, S.: Einfach ein gutes Team. Teambildung und -führung in Gesundheitsberufen. München: Springer-Verlag, 2010.

Schlick (Autorenteam): Führung leicht gemacht. Berlin: Ueberreuter, 2003.

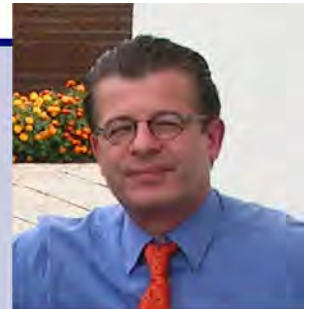
Sprenger, R. K.: Mythos Motivation. Campus Verlag, Frankfurt a.M., 2014, 20.Aufl.

Stahl, H. K.: Leistungsmotivation in Organisationen: Ein interdisziplinärer Leitfaden für die Führungspraxis. Berlin: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co, 2012.

Autor & Links



www.hpd-gruner.at



Dr. Herbert Gruner

Systemischer Organisations- und Teamentwickler, Personalentwickler & Coach, Referent sowie langjähriger Lehrveranstaltungsleiter im Gesundheitswesen an österreichischen Universitäten, Fachhochschulen und Akademien, Supervisor und Coach (Mitglied der Expertenpools für Supervision und Burnoutberatung der WKO).



(C) iamo

Entbürokratisierung der Pflege: Ein Vereinfachungsprojekt aus dem deutschen Bundesgesundheitsministerium

Hintergrund

Die Klage über zu viel Schreibarbeit für Pflegende und darunter speziell die umfangreichen Anforderungen für die Pflegedokumentation sind wahrscheinlich keine speziell deutsche und schon gar nicht eine neuzeitliche Erscheinung. Aus der Betrachtung von außen und aus Gesprächen mit Professionellen aus der direkten Pflege vermittelt sich oft der Eindruck, dass eine große Unsicherheit vorherrscht, die durch Unkenntnisse darüber gekennzeichnet ist, was wirklich das Wichtige ist und wofür es wichtig sein soll. Es hat sich vor allem in der Langzeitpflege und hier speziell im stationären Bereich ein Eigenleben entwickelt, das mit „Dokumentationspflichten“ überschrieben werden kann. Es wundert daher auch nicht, dass zwar vielerlei Formulare ausgefüllt werden, dass aber oft kein Bezug untereinander zu erkennen ist, vor allem, dass sich geplante Maßnahmen kaum auf das Assessment oder die Anamnese beziehen. In Deutschland hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) zudem die Aufgabe, die Qualität der Versorgung, insbesondere die der Pflege zu prüfen und nutzt dazu zu großen Teilen die Pflegedokumentation. Dies hat vielerorts zu der Auffassung geführt, dass das Wichtige für die Pflegedokumentation die MDK-Prüfungen seien. Ein weiterer wichtiger Maßstab ist die Erfassung von Leistungen als Grundlage für Abrechnungen. Erst mit letzter

Priorität scheint die Funktion zur Informationsübermittlung für alle an der Versorgung Beteiligten handlungsleitend zu sein.

Zur Komplexität von Dokumentationssystemen trug eine oft falsch verstandene pflegfachliche Diskussion zur Anwendung von Assessmentinstrumenten und die Empfehlung in vielen Expertenstandards des DNQP, Assessmentinstrumente zu nutzen bei. Vielfach führte dies dazu, dass ein Formular auf das andere gestapelt und ausgefüllt wurde mit einer Reihe von überflüssigen Doppeldokumentationen und dem häufigen Ergebnis, dass alles fein säuberlich abgeheftet in Erwartung von Qualitätsprüfungen aber ohne inhaltliche Nutzung herumstand. Vor diesem Hintergrund wurden die Klagen über den Aufwand der Pflegedokumentation in der stationären Altenpflege mit Zeitangaben angereichert, nach denen ein hoher Prozentsatz – die Zahlen schwanken, sie liegen angeblich bei 20-30% der täglichen Arbeitszeit (http://www.bagfw.de/uploads/media/Effizienzsteigerung_Pflegedokumentation_Beikirch.pdf)– die Zeit der Pflegenden binde und daher allzu wenig Zeit für die direkte Pflege verbleibe. Diese Klagen fielen allgemein auf Bemühungen, Bürokratie im Pflegebereich abzubauen. Hierfür gab es nach einer Analyse durch das Statistische Bundesamt verschiedene Vorschläge (Destatis 2013).

Der größte Anteil der in diesem Bericht nach Angaben von Einrichtungen ermittelten finanziellen Belastungen durch die Pflegedokumentation entstehe durch das Ausfüllen von Leistungsnachweisen, weil sie täglich und für jeden Pflegebedürftigen erfolgen müssen (Destatis 2013, S. 36). Verständlich ist daher, dass bei den Empfehlungen Vereinfachungen an dieser Stelle stark hervorgehoben werden.

Maßnahmen und Ziele

Zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wurde ein Konzept verfasst, dessen inhaltlicher Kern ein relativ abstraktes „Strukturmodell Pflegedokumentation“ ist, das eine sinnvolle Struktur des Pflegeprozesses darstellen kann. Im Einzelnen beinhaltet es relativ breite Interpretationsspielräume. Einen konkreten Teil der Empfehlungen stellt ein Bogen dar, der als „Strukturierte Informationssammlung“ (SIS) zur Pflegediagnostik/ Anamnese/ Assessment dienen soll. Er besteht aus drei Teilen, von denen zwei offene Fragen enthalten. Teil A: Eine Frage nach der explizit subjektiven Sichtweise der Bewohnerin/ Patientin zu ihren Wünschen oder Problemen. Teil B: Offene Fragen zu fünf Themenfeldern, die die Fähigkeiten und potentiellen Pflegeanlässe der Bewohner/ Patienten betreffen. Teil C: Eine sog. Risikostrukturmatrix.

Als wesentliche Grundprinzipien werden genannt (Beikirch et al. 2014, S. 7f.):

„...aus fachlicher Sicht

- die Stärkung der konsequenten Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen.
- Die Begrenzung der Verschriftlichung des Pflegeprozesses auf vier Schritte.
- Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) auf der Grundlage von fünf wissenschaftsbasierten Themenfeldern.
- Ein rationaler und fachlich begründeter Umgang mit der Risikoeinschätzung.

... aus juristischer Sicht

- Die obligate Beibehaltung von Einzelleistungsnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege.
- Der Wegfall von Einzelleistungsnachweisen in der stationären Pflege für routinemäßig wiederkehrende Abläufe in der Grundpflegerischen Versorgung und Betreuung.

- Die haftungsrechtliche Sicherstellung dieses Vorgehens durch verbindlicher Vorgaben des internem Qualitätsmanagement (QM) und das Vorhandensein standardisierter Leistungs- und Stellenbeschreibungen.“

Kommentierung der Ziele

Dem kommentierenden Text im Abschlussbericht des Projektes ist zu entnehmen, dass die Individualität und Selbstbestimmung vor allem durch einen Teil der frei zu beschreibenden Themenbereiche in der SIS zu erreichen sei, der sich auf die subjektive Beschreibung der Pflegebedürftigen ihres Hauptproblems bezieht (Teil A). Im Zusammenhang mit der Pflegediagnostik ist die subjektive Perspektive des Betroffenen grundsätzlich eine äußerst wichtige Dimension, ohne die die Situation kaum beurteilt werden kann. Das gehört zum Grundlagenwissen der Pflege und ist nicht neu. Es spricht nichts dagegen, dies mit einem expliziten einführenden Frage anzusprechen, garantiert allerdings keineswegs „die konsequente Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung“.

- *Die Begrenzung der Verschriftlichung des Pflegeprozesses auf vier Schritte.*

Prozessuales Handeln im Sinne der Lösung eines vorhandenen Problems kann in unterschiedlich vielen Schritten beschrieben werden. Die Schritte stellen lediglich eine strukturelle Aufteilung dar und sollten je nach Handlungs- oder Analyseinteresse unterschiedlich differenziert sein. So kann der diagnostische Prozess alleine schon in vier Schritte aufgeteilt werden: (1) Informationen sammeln, (2) Informationen bewerten, (3) Pflegediagnosen als Zusammenfassungen von Informationen formulieren, (4) Prioritäten als Grundlage für Maßnahmen setzen. Dieser Prozess kann aber auch zusammenfassender beschrieben werden; wichtig sind die Inhalte, auf die nicht verzichtet werden kann. So hat es wenig Sinn, Informationen zu sammeln und sie nur aneinander zu reihen, ohne sie zu bewerten und zu einer Fallbeschreibung zusammen zu führen. Vor allem muss es im Ablauf des Pflegeprozesses Informationen darüber geben, wohin die Pflege führen soll. Ohne diese Informationen kann auch nicht bewertet werden, ob Ziele erreicht wurden, es können allenfalls Weiterentwicklungen beschrieben werden. All dieses verbirgt sich möglicherweise hinter den Begriffen „professioneller Filter“ und „Aus-

handlungsprozess“ in dem Strukturmodell (Beikirch et al. 2014, Anlage 3a und b). Wie auch immer der Gesamtprozess und seine Schritte beschrieben werden und in wie viele Schritte er aufgeteilt wird, es bleibt ein komplexes Geschehen. Worin sich mit dem Hinweis auf die Vierschrittigkeit eine Vereinfachung ergeben soll, erschließt sich mir nicht.

• *„Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) auf der Grundlage von fünf wissenschaftsbasierten Themenfeldern.“*

Bei der SIS wird großer Wert darauf gelegt, dass sie wissenschaftlich fundiert sei, da sie die Themenbereiche des Neuen Begutachtungsassessment (NBA) aufgreift. Die Struktur des NBA wurde auf Basis einer Literaturanalyse entwickelt (Wingefeld et al. 2008). Es stellt ein neues Instrument dar, mit dem zukünftig anhand eines inhaltlich normalisierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) Pflegebedürftige in verschiedene Pflegeintensitätsgrade eingeteilt werden sollen. Nach den Pflegegraden richten sich die Zuwendungen aus den Pflegekassen. Der Hinweis auf die Wissenschaft ist also richtig. Auch ist es naheliegend, eine Struktur zu bevorzugen, nach der in Zukunft der Grad der versicherungsrelevanten Pflegebedürftigkeit beurteilt werden soll. Falsch ist jedoch zu behaupten, dass manche andere, häufig genutzte Strukturierungen zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit wissenschaftsfremd seien.

Wissenschaftsbasiert wurden ebenfalls Strukturen entwickelt, die sonst in der Pflegediagnostik genutzt werden, wie die die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL, Roper et al., 2002), die darauf aufbauenden Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL und ihre Weiterentwicklung ABEDL, Krohwinkel 1993, 2013) oder die von Gordon erarbeitete Struktur für die NANDA-Pflegediagnosen (Gordon et al. 2001). Da Pflegebedürftigkeit ein inhaltlich äußerst breites Konstrukt ist, für das zudem bei unterschiedlichen Menschen verschiedene Schwerpunkte gesetzt werden sollten, kann der gesamte Bereich pflegeauslösender Beeinträchtigungen unterschiedlich strukturiert werden. Dazu gibt es bekanntermaßen neben den genannten, in der deutschsprachigen Praxis genutzten Strukturen eine große Fülle an Theorien (z.B. Fawcett 1996). Alle diese Strukturen können immer nur eine Unterstützung für die Pflegediagnostik bieten, denn das Allerwichtigste ist, dass die Pflegenden pflegediagnostische Kompetenzen besitzen, um die vorrangigen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen wahrzunehmen und entsprechend

zu bewerten, um zu einem Gesamtbild der pflegebedürftigen Person zu kommen. Das kann durchaus mit unterschiedlichen Strukturen gestützt werden.

Ganz sicher falsch ist, was der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung in einer Pressemitteilung verlauten ließ (GKV 2014): „Waren dafür (die Pflegediagnostik, Anm. d. Autorin) bisher 13 Themenfelder beim Pflegebedürftigen überprüft worden, werden es demnächst nur noch fünf sein.“ Die 13 Themenfelder beziehen sich wahrscheinlich auf die AEDL-Struktur, die in der deutschen Altenpflege sehr häufig genutzt wurde. Die Frage bei der Pflegediagnostik ist jedoch nicht, wie viele Themen in einer vorgegebenen Struktur angesprochen werden, sondern ob diese zu einer handlungsleitenden, alle wichtigen Dimensionen erfassenden Fallbeschreibung führen.

Gleichzeitig wird die Ablehnung der „ATL-ABEDL-Struktur“ im Abschlussbericht damit begründet, dass man sich auf Leitfragen begrenzen wolle, einen Freitext bevorzuge, und das oft genutzte Ankreuzverfahren ablehne, weil es nicht individuell genug sei. Auch hier wird wieder etwas unterstellt, was keine der Autorinnen beabsichtigt hatte, denn abzuhakende Checklisten waren keineswegs die Intention der jeweiligen Autorinnen; im Gegenteil: Freitextverfahren wurden immer bevorzugt, weil sie (hoffentlich) zu genauerem und individuellerem Hinsehen und Austausch verleiten. Ankreuzverfahren wurden wegen der Schnelligkeit und vorgeblichen Einfachheit oft aus der Praxis heraus gefordert und gerne von den Firmen, die Dokumentationssysteme vertreiben, genutzt.

• *„Ein rationaler und fachlich begründeter Umgang mit der Risikoeinschätzung.“*

Teil der SIS ist eine Matrix, anhand derer das Vorhandensein von Risiken und Phänomenen dokumentiert werden soll. Um meine Kommentare dazu besser zu verstehen, sei sie hier abgebildet.



Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene

	Dekubitus		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Sonstiges	
	weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten												
2. Mobilität und Beweglichkeit												
3. Krankheitsbez. Anforderungen u. Belastungen												
4. Selbstversorgung												
5. Leben in sozialen Beziehungen												

Abb. 1 Risikostrukturmatrix im SIS (Beikirch et al., 2014, S. Anlage 4a und b)

Irritierend finde ich mehreres: Zum einen geht es hier doch wieder um das Ankreuzen, ein Verfahren, das zum Ausschluss von Risiken durchaus sinnvoll sein kann. Zum Zweiten jedoch wird die Matrix sehr kompliziert, weil Risiken und Phänomene nur in Bezug auf die Themenbereiche des NBA angegeben werden können. Kann ein Sturzrisiko sinnvollerweise entweder Mobilitätsproblemen oder Problemen der Selbstversorgung zugeordnet werden? Oder anders gefragt: kann es ein Dekubitusrisiko oder ein Sturzrisiko ohne Mobilitätsprobleme geben? Und muss nicht ohnehin bei einem festgestellten Risiko eine differenzierte Diagnostik einsetzen, damit eine Maßnahmenplanung sinnvoll möglich ist? Hier ist die als einfach gedachte Matrix unnötig schwierig.

Schließlich ist die Itemauswahl ebenfalls irritierend. Sie ist durch die Themen der DNQP Expertenstandards geleitet, sicherlich wichtige Themen für die Erfassung von Pflegebedürftigkeit (DNQP 2015). Was aber ist mit Risiken, zu denen bisher keine Expertenstandards vorliegen, wie z.B. Kontrakturen, Thrombose, Pneumonie? Was ist mit chronischen Wunden, für die ein Standard längst existiert? Auf diese Fragen hin wird auf die Kategorie „Sonstiges“ verwiesen, die ohnehin relativ selten genutzt würde. Hier scheint die Argumentation Ursache und Wirkung zu verwechseln. Es ist wohl eher so, dass nicht vorgegebene Inhalte in strukturierten Instrumenten weniger beachtet werden, weil es kein Stichwort dazu gibt und nicht, weil sie so selten vorkommen.

Schließlich wird hier der Eindruck erweckt, dass mit dieser Matrix eine erste zusammenfassende Beurteilung der Situation des Pflegebedürftigen getroffen werden soll. Das aber kann sie keinesfalls leisten. Als feste vorgegebene Matrix erscheint sie mir keineswegs schlüssig und durchdacht.

In der Fachöffentlichkeit wurde vor allem und immer wieder hervorgehoben, dass es eine wesentliche Erleichterung bei der Dokumentation bei den hier beschriebenen „Grundprinzipien aus juristischer Sicht“ gibt:

• „Der Wegfall von Einzelleistungsnachweisen in der stationären Pflege für routinemäßig wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung.“

• Die haftungsrechtliche Sicherstellung dieses Vorgehens durch verbindlicher Vorgaben des internem QM und das Vorhandensein standardisierter Leistungs- und Stellenbeschreibungen.“

Wenn es einen Pflegeplan gibt und dieser regelmäßig wiederkehrende Maßnahmen vorsieht, dann müssen diese – allerdings nur in der stationären Altenpflege - nicht täglich dokumentiert werden und dürfen trotzdem als geleistet angesehen werden. Dies hat vor dem Hintergrund eine große Bedeutung, da lange als juristisch begründetes Argument für eine detaillierte Leistungsdokumentation galt, alles, was nicht dokumentiert sei, müsse als nicht getan gewertet werden. Aus der Praxis ist allerdings bekannt, dass derartige „Routineaufgaben“, die täglich anfallen, schon bisher in stationären Einrichtungen nicht unbedingt dokumentiert werden mussten, wenn die Einrichtungen dafür entsprechende Regelungen getroffen hatten. Standardisierte Leistungs- und Stellenbeschreibungen sind daher als eine unbedingt sinnvolle Vorgabe zu bewerten.

Aus meiner subjektiven Erfahrung als Gutachterin bei Streitigkeiten, bei denen oft anhand der Pflegedokumentation fachliche Fragen zur Qualität der Pflege beantwortet werden müssen, kann ich nur feststellen, dass die Dokumentation der täglich anfallenden Pflegemaßnahmen in der Regel vollständig war; so vollständig, dass eher der Eindruck entstand, dass Leistungen angekreuzt werden, weil das Formular dies vorgibt und nicht, weil sie tatsächlich in der immer gleichen Weise durchgeführt wurden. Das mag eine Unterstellung sein, im Kontext mancher Pflegebedürftigkeitsverläufe scheint das plausibel. Probleme fanden sich aber nahezu regelmäßig bei Veränderungen der gesundheitlichen Situation, bei der durch eine sehr lückenhafte Dokumentation oft nicht nachzuvollziehen war, wie der Verlauf tatsächlich gewesen sein könnte, welche Maßnahmen wann ungefähr durchgeführt

wurden und ob diese etwas an der Situation verändert hatten. Bei gesundheitlichen Veränderungen der Betroffenen muss auch in Zukunft differenziert genug dokumentiert werden. Diese so bezeichnete Erleichterung der Dokumentation gilt auch nicht für die ambulante Pflege.

- *„Die obligate Beibehaltung von Einzelleistungsnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege.“*

Wenn z.B. Medikamente verordnet werden, deren Darreichungsform und Dosis täglich und über Monate hinweg gleich sind, muss trotzdem jede Medikamentengabe einzeln dokumentiert sein. Dies gilt auch für andere ärztlich verordnete Maßnahmen, die von Pflegenden durchgeführt werden.

Leider findet sich hier auch wieder die unglückselige Aufteilung in sog. Grund- und Behandlungspflege, Begriffe, denen ungleiche Bedeutungen zugeordnet werden, deren Grenzen je nach Interessenlage von Kranken- und Pflegekassen variabel sein können (Müller, 2001). Die sog. Grundpflege scheint keine gesundheitsrelevante Bedeutung zu haben, sie scheint eine pflegerische Grundlage für tatsächlich gesundheitsrelevante Maßnahmen bilden zu sollen, nämlich ärztliche Verordnungen, die durch Pflegenden ausgeführt werden, die sog. Behandlungspflege. Die angebliche Einfachheit und Bedeutungslosigkeit für die Gesundheit führt auch dazu, dass sog. grundpflegerische Maßnahmen gerne an Hilfskräfte delegiert werden. Völlig übersehen wird dabei, dass gerade die Vernachlässigung der sog. grundpflegerischen Maßnahmen zu den in der Presse so gerne breit getretenen Skandalen in der stationären Langzeitpflege führen, wie z.B. Mangelernährung, Dekubitus, Kontrakturen etc., sie also eine wichtige gesundheitsrelevante Bedeutung haben. Nebenbei: Behandlungspflege ist also keine pflegerische Behandlung, sondern ärztliche Behandlung, die durch Pflegenden ausgeführt wird. Diese die Pflege herabwürdigende Verwendung von Begriffen stellt ein umfassenderes Thema dar, das ausführlicher diskutiert werden müsste.

Zusammenfassung

Das Strukturmodell und die SIS sind in weiten Bereichen so sinnvoll oder so ergänzungsbedürftig wie andere Dokumentationsstrukturen und –systeme auch. Besonders kritikwürdig, den Ansprüchen der Autoren des Modells widersprechend und wenig sinnvoll scheint allerdings die sog. Risikostrukturmatrix.

Wenn mit einem einfachen Screening Risiken ausgeschlossen werden sollen, dann sollte es auch wirklich einfach sein und nicht gleichzeitig eine Zuordnung erfordern, die es unnötig kompliziert macht. Ein festgestelltes Risiko erfordert ohnehin eine vertiefte Diagnostik, damit gezielte Maßnahmen daraus abgeleitet werden können. Wenn man doch wieder auf diesem Wege zu einer Checkliste kommen möchte, dann stellt sich die Frage, ob die Risikostrukturmatrix nicht thematisch deutlich erweitert werden müsste.

Ob das Ganze tatsächlich eine Entbürokratisierung darstellt, bleibt zu hinterfragen. Regeln und Gesetze wurden nicht abgebaut, neue Regeln im Sinne einer Struktur für das Assessment allerdings eingeführt. Alles andere als neu Bezeichnete, wie z.B. das Strukturmodell als Ganzes, scheint wenig Neues zu enthalten.

Besonders ärgerlich finde ich das Heilsversprechen, mit dem die ungeliebte Dokumentationsarbeit nunmehr so unendlich viel einfacher würde, dass nun die direkte Pflege wieder ihre Bedeutung erhalten könne, die sie benötige. Im Zusammenhang mit Sparmaßnahmen in der Altenpflege könnte das sogar gefährlich werden, wenn das Strukturmodell dafür herhalten könnte, Personaleinsparungen zu begründen.

Pflegedokumentation und ihre Umsetzung in der Praxis stellten von jeher für viele Pflegenden eine Belastung dar, weil „Schreibtischarbeit“ als Gegensatz zu direkter Pflege wahrgenommen wurde. Verbunden war diese Abwehr mit Argumenten, dass dadurch die zu Pflegenden zu kurz kämen. Entwickelt hat sich auf dieser Grundlage oft eine Doppelwelt mit einerseits einer individuell am Pflegebedürftigen orientierten Pflege und andererseits einer Dokumentation, die sich viel mehr an vermeintlichen Vorschriften, Prüfungsanforderungen, rechtlichen Anforderungen als an der Pflegepraxis ausrichtete, alles Symptome einer Bürokratisierung. Hinzu kam eine diese Doppelwelt unterstützende Vermittlung des Pflegeprozesses als eines Dokumentationsprozesses. Pflegediagnostik wurde zunächst als unabhängig vom Pflegeprozess wahrgenommen anstatt sie als Basis jeglichen praktischen Handelns zu fördern zu lernen.

Leider scheint es mir überhaupt nicht so, dass mit der sog. Entbürokratisierung durch das Strukturmodell die grundlegenden Probleme gemindert werden. Es besteht eher die Gefahr, dass eine

neuerliche, von außen aufgesetzte Maßnahme, verbunden mit einem Heilsversprechen die eine Seite der Doppelwelt nur etwas anders füllt als bisher. Schade, dass das zur Verfügung gestellte Geld nicht dafür genutzt wird, pflegediagnostische Kompetenzen zu fördern und eine mächtige Stimme zu entwickeln, mit der begründete pflegerische Inhalte gegenüber Prüfungsinstanzen und Softwarefirmen durchgesetzt werden können.

Literatur

Beikirch, E., Breloer-Simon, G., Rink, F., Roes, M. (2014): Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)

Destatis (Statistisches Bundesamt) (2013): Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege. (www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Download/Pflegebericht.pdf?__blob=publicationFile) 21.12.2015

DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards Version, Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Juni 2015 (<http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/DNQP-Methodenpapier2015.pdf>) 21.12.2015

Fawcett, J. (1996): Pflegemodelle im Überblick. Bern: Huber

GKV (2014): Pressemitteilung vom 4.7.2014 (www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_150784.jsp) 21.12.2015

Gordon, M., Bartholomeyczik, S. (2001): Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. München: Urban & Fischer

Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitierender Prozesspflege. Baden-Baden: Nomos

Krohwinkel, M. (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. Bern: Huber

Müller, E. (2001): Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Bern: Huber

Roper, N., Logan, W., Tierney, A.J. (2002): Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA). Bern: Huber

Wingenfeld, K., Büscher, A., Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld/Münster: IPW/MDK WL (<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/begutachtungsinstrument.html>) 15.3.15

Autorin



Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Krankenschwester, Dipl. Soz., Dr.rer.pol., habil. Pflegewissenschaft, Univ.-Professorin Epidemiologie-Pflegewissenschaft seit 2001, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, davor Professorin Fachhochschule Frankfurt am Main seit 1993

Pflegeheime in Deutschland eine Geschäft für Anleger

Wer glaubt, dass in Deutschland die alten und pflegebedürftigen Menschen in den Pflegeheimen gut versorgt werden, der unterliegt leider einem Irrtum. Es gibt zwar Heime die sich bemühen, den Bewohnern eine gute Pflege und ein menschenwürdiges Altwerden zu ermöglichen, die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel und der von den Pflegekassen angesetzte Personalschlüssel lassen dies aber nur bedingt zu. Der Kostendruck zwingt die Heime auf Kosten der Pflegebedürftigen an allen Ecken und Enden zu Einsparungen.

Angesichts dieser Tatsache ist es um so verwunderlicher, dass große Träger und Pflegeheimketten als börsennotierte Unternehmen im Portfolio großer internationaler Investmentfonds, wie zum Beispiel der niederländischen Waterland oder der englischen hg-capital, auftauchen. Renditen von 6 % und mehr sind da keine Seltenheit. Hier stellt sich nun die Frage wie dies möglich ist. Schließlich wird trägerübergreifend kundgetan, dass eben zu wenig Geld für die Pflege zur Verfügung steht. Diese Aussage, die leider auch eine unbestrittene Tatsache ist, steht doch im krassen Widerspruch zu den Gewinnen börsennotierter Pflegeketten. Zu wenig Geld und doch Gewinne, die den Gang an die Börse ermöglichen, das geht doch nicht, möchte man meinen. Es geht! Die Pflegebranche in Deutschland macht

Gewinne und zwar nicht zu knapp.

Während in den meisten Wirtschaftszweigen nur mit guten Produkten ein höherer Absatz und somit höhere Gewinne erzielt werden, ist in der Pflegebranche leider das Gegenteil der Fall. Gute Pflege wenig oder kein Gewinn, schlechte Pflege viel Gewinn. Alle Heime haben je nach Pflegestufe einen bestimmten Tagessatz, welcher anteilig von den Pflegekassen und von den Bewohnern bzw. deren Betreuer bezahlt wird. Es gibt Heime die etwas teurer sind und andere, die geringere Tagessätze haben. Die hohen Gewinnmaximierungen werden aber viel mehr durch Einsparungen erzielt. Bei großen Ketten mit 15.000 Betten rentiert es sich schon bei Kleinigkeiten zu sparen. Das Essen wird von einem Cateringservice gebracht. Einen Nachschlag gibt es dann nicht. Entweder das Essen reicht aus oder der Bewohner hat eben Pech. Einen Kaffee am Nachmittag oder eine Zwischenmahlzeit fällt einfach weg. Bei 15.000 Bewohnern ist dies eine enorme Einsparung. Das ein solches Fertiggerichten schmeckt kann wohl bezweifelt werden. Darum geht es aber solchen Trägern auch nicht.

Das größte Einsparpotential ist jedoch beim Personaleinsatz möglich. Per Gesetz ist ein Personalschlüssel vorgeschrieben, welcher von jedem



(C) Eyetronic

Heim einzuhalten ist. Eine personelle Mindestbesetzung gibt es aber nur für das Pflegepersonal. Für die Hauswirtschaft schreibt das Gesetz nur vor, dass eine solche vorgehalten werden muss. In den Pflegegesetzen wird nicht vorgeschrieben, dass das Pflegepersonal nur pflegerische Tätigkeiten ausführen darf. Seltsamerweise ist gesetzlich genau geregelt, wie hoch ein Waschbecken zu hängen hat und wie viele Zentimeter es von der Wand entfernt sein muss. Die Vorgaben zum Personal sind aber so lax, dass dem Missbrauch Tür und Tor geöffnet sind. Und diese Gesetzeslücke wird dann teilweise in menschenverachtender Weise ausgenutzt.

So gibt es Heime, die so gut wie kein Hauswirtschaftspersonal angestellt haben. Die meisten hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie Waschen, Putzen oder die Zubereitung von Essen sind outgesourct und an Fremdfirmen vergeben. Diese Fremdfirmen sind aber in den meisten Fällen dann auch noch irgendwelche Tochterfirmen, die dann nur zeitlich begrenzt anwesend sind.

In solchen Heimen muss das Pflegepersonal dann morgens das Frühstück zubereiten und bei Bedarf auch noch Putzen und Waschen. Die ohnehin schon zu knapp bemessene Zeit für pflegerische Tätigkeiten wird dann durch diese Einsparmaßnahmen nochmals verkürzt. Der Pflegebedürftige zahlt die Zeche.

So ist es nicht verwunderlich, dass in derartigen Heimen die Bewohner oftmals mittels Psychopharmaka ruhig gestellt werden. Weil die Zeit für Toiletengänge fehlt, werden bettlägerige Bewohner in 3-Literwindeln verpackt und müssen stundenlang in den eigenen Ausscheidungen ausharren. In der Nacht ist eine Pflegekraft für 60 - 80 Bewohner, verteilt auf mehrere Stationen, alleine zuständig. Das ist gefährliche Pflege. Die Pflege am Menschen verkommt zu Akkordarbeit. Dies führt wiederum dazu, dass Pflegekräfte am Limit arbeiten und ausgepowert sind. Burnouts sind vorprogrammiert.

Und solche Praktiken lässt der Deutsche Gesetzgeber zu. Dies ist die Folge des allgegenwärtigen Lobbyismus, welcher entsprechenden Einfluss auf unsere Politiker hat. Bestes Beispiel ist der frühere Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. Er war zuerst im Beirat der ERGO-direkt Versicherung, war dann Gesundheitsminister und wurde nach seinem Ausscheiden aus der Politik mit einer führenden Position bei der Allianz-Versicherung belohnt.

Für wen solche Politiker sich engagieren liegt ja wohl auf der Hand.

Die Gier nach Gewinn und Geld lässt manche großen Träger nicht davor zurückschrecken, auf Kosten hilfloser pflegebedürftiger alter Menschen, Gewinne zu machen. Menschen, die nach dem Krieg Deutschland dahin gebracht haben, dass es uns heute so gut geht. Nur um einmal die Dimensionen darzustellen: In meinem Heim mit 33 Bewohnern könnte ich durch solche menschenunwürdige Pflege jährlich zwischen 50.000,00 und 60.000,00 Euro mehr Gewinn machen. Das lässt erahnen, wie hoch die Gewinne bei Trägern mit 15.000 Betten sind. Der eigentliche Skandal ist aber, dass dies jeder in der Branche und auch in der Politik weiß. Unsere Politiker dulden oder soll man sagen fördern diese menschenunwürdigen Praktiken. Schließlich muss ein Politiker daran denken, was nach einem evtl. Ausscheiden aus der Politik aus ihm wird.

Autor



Armin Rieger

Heimbetreiber & Geschäftsführer Pflegeheim Haus Marie
Pflegekritiker & Heimrebell

Ich erzähle Dir von mir. Also bin ich.

Das Erzählen der Lebensgeschichte als identitätsstiftender Moment in der Altenpflege

Den Menschen ganzheitlich und individuell pflegen ist ein immer wieder postuliertes Anliegen der Altenpflege. Trotz dieses Mission Statements, bleibt Altenpflege weitgehend körperorientiert. Angeblich gibt es keine Zeit für einfühlsame Begegnungen, für Gespräche über vergangenes Leben, für Begleitung abseits von Grundpflege und Wundversorgung. Der nachfolgende Artikel geht dieser Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit nach. Er zeigt am Beispiel Erzählkultur/ Erinnerungsarbeit Möglichkeiten auf, psychosoziale Pflege in der Altenpflege zu etablieren.

Der Mensch ist ein erzählendes Wesen. Er definiert über Erzählungen sein Ich und erfährt über Erzählungen seine Welt. Wir Menschen erzählen von unserer Vergangenheit und von unserer möglichen Zukunft, wir berichten von erreichten Zielen, von Triumphen, aber auch von Verlusten und Krisen. Dabei sind wir die „Erschaffer“ unserer Realität. Wir erzählen unsere vielen Geschichten immer und immer wieder und so werden die vielen Erzählungen Jahr um Jahr immer mehr zu unserer ganz persönlichen und einzigartigen Lebensgeschichte, zu unserer persönlichen Identität.

Das Erzählen der Geschichten des Lebens dient nicht nur der Identitätsbildung, erzählend entwickeln wir uns auch weiter. Indem wir erzählen, ordnen wir unsere Gedanken und Eindrücke, finden wir Lösungen und verarbeiten wir Krisen. Mit Hilfe von Erzählungen sortieren wir Phänomene und Widersprüche, lernen wir Zusammenhänge zu verstehen, setzen wir Dinge und Menschen in Beziehung, erkennen wir wichtige Verbindungen und schaffen wir uns ein Bild von einer Situation. Über Erzählungen verarbeiten wir Vergangenheit und Gegenwart, erzählend schaffen und erfassen wir unsere Wirklichkeit.

Der Mensch ist ein erzählendes Wesen. Er braucht das Erzählen, um das JETZT zu begreifen. Insbesondere dann, wenn das JETZT krisenhaft ist und ihn als Mensch erschüttert. Als „Sich etwas von der Seele reden“ bezeichnet der Volksmund dieses Bedürfnis, in schwierigen Zeiten jemanden seine Gedanken anzuvertrauen und so eine belastende Situation zu verarbeiten.

Der Einzug ins Pflegeheim – Lebenskrise im Leben alter Menschen



Auch im Alter erleben Menschen Krisen, die sie in ihrem Sein im JETZT erschüttern. Zu den großen Lebenskrisen des hohen Alters gehören der Tod des Partners, der Verlust von Selbständigkeit, das Entstehen von Pflegebedürftigkeit und der Einzug ins Pflegeheim. Kritische Lebensereignisse werden als belastend oder gar als bedrohlich erlebt und fordern den betroffenen Menschen in seinen Bewältigungsstrategien. Er muss sich neu orientieren und dafür enorme Anpassungsleistungen erbringen.

Exemplarisch soll in diesem Artikel der Einzug ins Pflegeheim betrachtet werden. Selbst wenn er sich im Vorfeld bereits angekündigt hat, wird er von den betroffenen als Schock erlebt. Er stellt eine Gefahr dar, er bringt das Selbst ins Wanken und bedroht die Identität des alten Menschen. Sechs bis zwölf Monate brauchen neue BewohnerInnen für die Eingewöhnung im Pflegeheim. Häufig fühlen sie sich, vor allem zu Beginn, mit der Situation überfordert und alleine gelassen. Pflegepersonen werden in dieser Zeit zwar als nett und hilfsbereit erlebt, in der Begleitung dieser dramatischen Umbruchsituation werden sie aber als wenig hilfreich wahrgenommen.

In dieser Phase ihres Lebens versuchen alte Menschen Kontrolle und Macht über das eigene Leben zurück zu bekommen, sie versuchen ihre innere Stabilität wiederzuerlangen und ihre Identität zurückzuerobern. Eine ganz wesentliche Strategie dabei ist, wie in Krisen früherer Lebensjahre, das Erzählen und Erinnern.

Wenn die Welt aus den Fugen gerät, wenn die eigene Identität wankt, wenn die Zukunft Angst macht und es scheinbar keine würdige Zukunft mehr gibt, dann werden Erzählungen über das Leben und über die Vergangenheit zum Anker. Dann gibt das Erzählen der persönlichen Lebensgeschichte Halt, dann hat ein offenes Ohr, das vergangene Lebensleistungen würdigt, eine heilende Wirkung auf innere Stabilität und Identität.

Neu eingezogene BewohnerInnen suchen deshalb nach Menschen bei denen sie sich „ihr Leid von der Seele reden“ oder aus ihrem vorhergehenden Leben berichten können. Sie erzählen, um ihre Gefühle zu verarbeiten, um ihre Gedanken zu ordnen, um die erlebten Veränderungen positiv zu bewältigen. Sie reden mit Angehörigen, mit MitbewohnerInnen und sie versuchen mit ihren Gedanken und Erzählungen beim Pflegepersonal zu ankern. Dabei suchen sie nicht das oberflächlich offene Ohr zwischen Tür und Angel, zwischen Ganzkörperwaschung und

Ankleiden oder zwischen Vorspeise und Hauptspeise beim Mittagessen. Sie suchen vielmehr ein Gegenüber mit empathischer Grundhaltung, mit Zuwendung und wirklichem Interesse an der Erzählung. Kurz: Sie suchen nach der echten Begegnung.

Empathische Pflegearbeit – Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Seit die Altenpflege vor etwa 25 Jahren aufgebrochen ist sich neu zu entwickeln, postuliert sie die Umsetzung von „Ganzheitlichkeit“. Der Satz „Der Patient/ Bewohner im Mittelpunkt“ findet sich als oberstes Mission Statement im Leitbild der meisten Pflegeeinrichtungen, ambulant wie stationär. In der täglichen Pflegepraxis besteht allerdings eine Diskrepanz zwischen diesem beruflichen Anspruch und gelebter Realität.

Pflegende haben den Wunsch und die Vorstellung, alte oder kranke Menschen in den Mittelpunkt ihres pflegerischen Tuns zu rücken. Sie wissen, dass pflegebedürftige Menschen auf empathische Begegnung und auf die sensible Wahrnehmung ihrer persönlichen Bedürfnisse angewiesen sind. Trotzdem erleben Pflegebedürftige im Pflegealltag immer noch Abwertungen, Zwang, gleichgültiges Verhalten oder die Missachtung von Intimsphäre. Viele Pflegepersonen vermeiden es mit PatientInnen und BewohnerInnen in Beziehung zu treten. Werden Pflegepersonen mit dieser bestehenden Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit konfrontiert, fällt meistens der Satz: „Ja, weil wir keine Zeit haben!“

Selbstverständlich benötigt empathisches Verhalten Zeit. Es braucht Personalschlüssel, die Begegnungen und Wahrnehmung ermöglichen. Keine Frage. Doch alleine auf die fehlende Zeit lässt sich mangelhafte Empathie Pflegenden nicht schieben. Sie hat auch andere Gründe.

Lange Zeit glaubte man, dass das empathische In-Beziehung-Treten mit einem Patienten zur emotionalen Überlastung bei Pflegenden führen würde. In den Ausbildungen wurde daher viele Jahre Abgrenzung propagiert. Es wurde geraten zum Patienten Distanz zu halten, um ein Mitleiden der Pflegeperson zu vermeiden. Abstand halten, nur nicht zu viel einlassen, Pflegebedürftige nicht zu nahe heranlassen – so die propagierten Verhaltensvorgaben. Noch heute arbeiten Tausende Pflegepersonen in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder

der Hauskrankenpflege, die mit dieser Art von Empfehlungen bezüglich Psychohygiene beruflich sozialisiert wurden.

Erst mit der Pflegewissenschaftlerin Claudia Bischoff-Wanner, die 2002 eine Arbeit zu Empathie in der Pflege vorlegte, fand ein Umdenken statt. Es gilt als bewiesen, dass Pflegepersonen, die mit Patienten empathische Beziehungen eingehen, seltener emotionale Überbelastungen erleben als jene, die auf Distanz bedacht sind. Empathisches Tun und in Kontakt treten mit Patienten ist kein einseitiger Akt des Gebens ist, sondern es kommt vielmehr zu einem gegenseitigen Geben und Nehmen.

Bischoff-Wanner definiert Empathie in der Pflege als einen kognitiven und bewussten, also willentlich herbeigeführten Akt, bei dem das Erleben des Patienten/ der Bewohnerin in den Mittelpunkt gestellt wird. Sie beschreibt drei Fähigkeiten, die bei diesem Akt wesentlich sind.

1) Die Pflegeperson muss Hinweisreize, die von dem Patienten/ der Patientin gesetzt werden, wahrnehmen und interpretieren. Sie muss also fähig sein die Notwendigkeit einer empathischen Pflegehandlung zu erkennen und bewusst eine Entscheidung dafür treffen, mit dem Gegenüber in Beziehung zu treten.

2) Nach dieser Entscheidung muss die Pflegeperson fähig sein auf einer sozial-kognitiven Ebene Verhalten, Gedanken, Motive, Intentionen zu erfassen und zu verstehen. Naomi Feil hat Jahre davor diesen Schritt beschrieben als „In den Schuhen des Anderen gehen“.

3) Für empathisches Verhalten unabdingbar ist außerdem affektive Kompetenz, damit gemeint ist das Erkennen von Gefühlen und die Fähigkeit Gefühle des Patienten/ der Bewohnerin nachvollziehen zu können. Dabei bleibt bei der Pflegeperson jedoch das Bewusstsein aufrecht, eine eigenständige Persönlichkeit zu sein.

Empathie in der Pflege ist also ein multifaktorieller und komplexer Prozess, es handelt sich um einen bewussten Arbeitsvorgang, um eine Pflegeleistung, die als psychosoziale Betreuung bezeichnet wird. Sie muss von den Pflegenden selbst als relevant erkannt werden und in Pflegeplanungen und Pflegedokumentationen Einzug halten. Nur dann wird sie auch langfristig in Personalberechnungssystemen ihren Niederschlag finden.

Empathische Pflegearbeit muss aber auch gewagt werden. Empathische Begegnungen berühren, Gefühle entstehen, bei allen Beteiligten und in alle Richtungen, von Wut über Freude und Glück bis zu Traurigkeit. Alles ist möglich. Der Umgang mit diesen Gefühlen ist eine persönliche, wie auch berufliche Herausforderung.

Empathisches Handeln ist eine Kompetenz. Sie wird Pflegepersonen nicht in die Wiege gelegt und kann daher nicht automatisch vorausgesetzt werden. Aus wissenschaftlicher und pflegepädagogischer Sicht ist es eine Frage der Ausbildung und Fortbildung, ob Pflegepersonen fähig sind zu empathischem Verhalten oder nicht.



(C) Robert Kneschke

Geschichten erzählen, Geschichten hören, Geschichten teilen

Als ein Beispiel dafür, wie die Implementierung von bewusstem, empathischen Handeln die Altenpflege und Pflegeeinrichtungen verändern kann, steht das Projekt „Story-Sharing“ der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Diane Heliker (2009).

Diane Heliker sah in amerikanischen „Nursing Homes“, wie BewohnerInnen nach dem Einzug ins Heim unter Stress standen, ihre Identität verloren und wie Pflegekräfte deren Bedürfnisse nach Begegnung, nach Gesprächen über das Leben,

nach Wahrnehmung der noch vorhandenen Kompetenzen nicht sahen. Ihre Pflege blieb somatisch orientiert. Heliker ging diesem Phänomen auf den Grund, probierte Neues aus und entwickelte ein komplexes Forschungsprojekt.

Als ersten Schritt führte Heliker in einem Pflegeheim ein neues Aufnahme ritual zu Ehren jedes neuen Bewohners ein, eine Willkommens-Tee-Zeremonie. An dieser nahm der alte Mensch teil, seine Angehörigen und die zukünftigen Bezugspflegepersonen. Familie und Angehörige wurden in diesem kleinen Rahmen ermutigt von sich zu erzählen, darüber wer sie sind und was ihnen wichtig ist. Die MitarbeiterInnen des Heimes erzählten vom Heim, wie die ersten Tage gestaltet werden, wie die Begleitung aussehen wird und was es im Heim zu entdecken gibt. Eine Situation, die üblicherweise für den alten Menschen und seine Familie im hohen Grad Stress bedeutet, wurde umgewandelt in eine wertschätzende, offene und warme Begegnung mit weitreichenden Auswirkungen auf die weitere Pflegebeziehung und das Ankommen des Menschen im Pflegeheim.

Parallel ermutigte Heliker in diesem Pflegeheim die PflegemitarbeiterInnen in lockeren Teamtreffen Geschichten über sich zu erzählen. Es zeigte sich dabei, dass Pflegepersonen sich häufig scheuten von sich zu erzählen oder sich selbst sogar abwerteten mit Worten wie „Ich habe keine Geschichte“ oder „Sie wollen meine Geschichte sicher nicht hören“.

Nach dieser Beobachtung stellte Diane Heliker die These auf, dass ein Mensch, der seine eigene Geschichte nicht wertschätzt auch die Geschichte eines anderen Menschen nicht achten und wertschätzen kann. Ähnlich wie Bischoff-Wanner beim Thema Empathie, zog sie daraus den Schluss, dass Pflegepersonen zum achtsamen und vor allem bewussten Umgang mit Lebensgeschichten und Erzählungen erst geschult werden muss.

Sie entwickelte daraufhin für Pflegepersonen in der Langzeitpflege ein mehrwöchiges, praxisorientiertes Schulungsprogramm mit dem Titel „Story Sharing“. Im Mittelpunkt dieses praxisorientierten Fortbildungskonzeptes standen Fragen wie

- Warum sind Geschichten in unser aller Leben wichtig?
- Wie lernt man sich als AltenpflegerIn und BewohnerIn kennen, wie entsteht zwischen den Beteiligten eine empathische Beziehung?

- Wie motiviert man alte Menschen dazu sich zu erinnern und aus ihrem Leben zu erzählen?
- Wie hört man als AltenpflegerIn achtsam zu und wie geht man mit Gefühlen um?
- Warum muss in einer respektvollen Beziehung auch die AltenpflegerIn Geschichten erzählen (und damit etwas von sich geben) und wie erzählt man selbst Geschichten?
- Wie reflektiert und interpretiert man als AltenpflegerIn seine eigenen Geschichten und die erzählten Geschichten alter Menschen?
- Wie führt man als AltenpflegerIn hochbetagte Menschen durch das Teilen von Geschichten aus der Vergangenheit in die Gegenwart und das Leben im Pflegeheim?
- Wie entsteht durch das Teilen von Geschichten zwischen BewohnerIn und Pflegepersonen ein neues Klima des Miteinanders in der Altenpflege.

Nach dieser mehrwöchigen und praxisorientierten Bildungsoffensive wurden BewohnerInnen wie Pflegepersonen in Tiefeninterviews nach ihren Begegnungen und Beziehungen befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass das Teilen von Geschichten die Qualität der Beziehung zwischen BewohnerInnen und Pflegepersonen, sowie die Stimmung in der Pflegeeinrichtung verbessert.

Hier stellvertretend vier Aussagen aus den Tiefeninterviews der Studie:

Aussagen Pflegefachkräfte

Ich habe mich zu Herr J. gesetzt, so wie ich es bei allen neuen Bewohnern mache. Ich stelle mich vor, lehne mich zurück, schau sie an...ich versuche zu verstehen, was sie können und was sie nicht mehr können, ob sie Aufmerksamkeit mögen oder nicht so viel Aufmerksamkeit; Du lernst sie allmählich kennen; ich sagte zu Herrn J., ich weiß sie sind nervös, der Ort macht Angst. Ich möchte Ihnen sagen, ich mag sie, so wie sie sind. Er lachte damals. Heute sind wir gute Freunde.

Ich spring nicht mehr auf und davon, wenn ich bei Herrn T. bin und sage ich muss jetzt weg. Jetzt warte ich bis ich eine ruhige Minute finde oder ich meine Arbeit beendet habe und dann

erst setze ich mich zu ihm, um wirklich mit ihm zu reden, statt oberflächlich durch ein Gespräch zu eilen. Dieses Projekt hat mich daran erinnert, was wirklich wichtig ist.

Aussagen BewohnerInnen

Ich habe erzählt von den alten Zeiten, wie sehr ich Picknick geliebt habe und Sandwich mit gekochtem Schinken. Am nächsten Tagen meinte sie, ich sollte mit ihr nach draußen gehen und als wir auf der Bank im Garten saßen, packte sie Schinkensandwiches aus. Wir hatten ein Picknick!

Meistens ist es als wären wir Geschwister, Tracy und ich, wir führen Familiengespräche; man fühlt sich hier wie ein Familienmitglied; ich bin gern hier.

Zitate sinngemäß von der Autorin aus dem Englischen übersetzt, alle Zitate: Heliker 2009, S. 46)

Das Projekt und die begleitende Studie zeigen, dass die Implementierung des Konzeptes „Story Sharing“ (Geschichten teilen) in einem Pflegeheim zu mehr Wertschätzung aller Personen führt. Es ermöglicht allen handelnden Personen voneinander zu lernen und es entsteht in der Pflegeeinrichtung untereinander ein Klima der gegenseitigen Fürsorge.

Diane Heliker ist davon überzeugt, dass diese gegenseitige Fürsorge sowohl die Lebensqualität wie auch die Arbeitsqualität in Pflegeheimen verbessert. „Story Sharing“ trägt zu einer wesentlichen Weiterentwicklung der Altenpflege bei.

Das Narrativ als Pflegearbeit eine Zusammenfassung

Wenn hochbetagte Menschen kritische Ereignissen erleben, die ihre Identität ins Wanken bringen, wie etwa Verwitwung, Pflegebedürftigkeit oder den Einzug ins Pflegeheim, wollen sie zur Bewältigung dieser Krise und zur Rückeroberung der inneren Stabilität Gespräche führen. Sie wollen sich ihre „Sorgen von der Seele reden“ und erzählend ihre Lebensleistung reflektieren. Sie wollen über Erinnerungen ihre persönliche Identität wieder finden und sie wollen erzählend ihre neue Lebenssituation begreifen.

Trotz enormer Weiterentwicklung der Altenpflege

in den letzten Jahrzehnten, ist der Fokus der Pflegehandlungen immer noch vorrangig auf somatische Pflege ausgerichtet. Ursache dafür ist die mangelhafte Wahrnehmung empathischer Pflegeleistungen als Pflegearbeit und die daraus resultierende unzureichenden Personalbemessungen. Außerdem werden Pflegepersonen, trotz guter Grundausbildungen, unzureichend auf emotionale und psychosoziale Pflegearbeit vorbereitet. Will sich Altenpflege weiterentwickeln und dem gesellschaftlichen Ruf nach mehr Menschlichkeit folgen, muss Pflege die vielen Facetten psychosozialer Betreuung wahrnehmen. Sie muss sie als Pflegeleistung erkennen, planen und entsprechend einfühlsam umsetzen. Pflegeeinrichtungen und Ausbildungsstätten müssen diese Reise mit Konzepten und Bildungsprojekten vorzubereiten und begleiten. Die dafür notwendigen Kompetenzen, wie Empathie und Selbstreflexion, müssen geschult werden. Altenpflegepolitik muss die Umsetzung einer menschlichen Altenpflege endlich ermöglichen und derzeit gültige Personalbemessungssysteme überdenken.

Aber auch die einzelne Pflegeperson muss nicht warten bis Berufsverbände, Politik, Ausbildung und Pflegeeinrichtungen sich bewegen. Jede einzelne Pflegeperson kann ab sofort beginnen in ihrem täglichen Tun den empathischen Pflegeleistungen denselben Stellenwert beizumessen, wie somatischen Pflegeleistungen. Seelenpflege ist für den alten Menschen gleich wichtig wie Körperpflege.

Jede Pflegeperson kann sich ab sofort vornehmen, offen zu sein für Begegnungen. Sie kann die Signale einer BewohnerInnen wahrzunehmen und dann entscheiden, sich jetzt, in diesem Augenblick, bewusst diesem Menschen und seiner Erzählung, seinem Bedürfnis nach Wahrnehmung, seiner Lebensgeschichte zuzuwenden.

Literatur:

Bischoff-Wanner, Claudia (2002): Empathie in der Pflege: Begriffsklärungen und Entwicklungen eines Rahmenmodells. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Verlag Hans Huber.

Frenzel, Karolina/ Müller, Michael/ Sottong Hermann (2006): Storytelling. Die Kraft des Erzählens für Unternehmen nützen. München. dtv.

Heliker, Diane (2007): Story sharing: Restoring the reciprocity of caring in long-term care. In: Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 45(7), S. 20-23.

Heliker, Diane (2009): Enhancing Relationships in Long-Term-Care through Story Sharing. In: Journal of Gerontological Nursing, 35(6). S. 43-49.

Kruse, Andreas (2007): Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Stuttgart. Kohlhammer Verlag.

Overlander, Gabriele (2001): Die Last des Mitfühlens. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. Frankfurt am Main. Mabuse Verlag.

Riedl, Maria (2012): Heimbewohner sein – eine Herausforderung für die Identität. Unveröffentlichte phil. Dissertation, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik. Hall in Tirol.

Riedl, Maria, Mantovan, Franco, Them, Christa (2011): Psychophysische und soziale Veränderungen älterer Menschen durch den Heimeinzug – eine systematische Literaturrecherche. In: Pflegewissenschaft 05, S. 299-311.

Scheu, Peter (2010): Empathie statt „Mit-Leid“. Ein praktisches Konzept zur Förderung empathischer Kompetenz in der Pflege. Marburg. Tectum Verlag.

Autorin



www.careconsulting.at



www.vielfalten.com



Sonja Schiff, M.A.

MA (Gerontologie), diplomierte psychiatrische Pflegefachkraft. Gerontologische Beraterin und Trainerin, Altenpflegeexpertin, Bloggerin und Autorin.

Ihr aktuelles Buch: „10 Dinge, die ich von alten Menschen über das Leben lernte. Einsichten einer Altenpflegerin“

SONJA SCHIFF

10 Dinge,
die ich von alten Menschen
über das Leben lernte

Einsichten einer
Altenpflegerin

Erhältlich
in jedem guten
Buchhandel!

Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität Versorgung akut erkrankter Altenheimbewohner im Altenheim

Christel Bienstein, Sabine Bohnet-Joschko, Nino Chikhradze, Almut Hartenstein-Pinter, Cäcilia Krüger
Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke

Zusammenfassung

Das Projekt zielte darauf ab, Krankenhauseinweisungen der Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen zu vermeiden oder zu reduzieren. Dem Projekt lag die Annahme zugrunde, dass ein Krankenhausaufenthalt ein umfängliches Risiko für die hochaltrigen Menschen bedeutet, die zudem oftmals neben der akuten Erkrankung an dementiellen Prozessen leiden. Die meisten Krankenhäuser sind auf die Versorgung von Menschen mit Demenz nicht ausreichend vorbereitet. Das Projekt sollte dazu beitragen, Lösungsstrategien zu entwickeln und in den beteiligten Alteneinrichtungen zu erproben, um Krankenhauseinweisungen zu reduzieren oder zu vermeiden. Die Versorgung sollte auch bei akuten Erkrankungen möglichst in der Einrichtung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgen. In vier Alteneinrichtungen in Nordrhein-Westfalen wurden die Einweisungen von Bewohnern und Bewohnerinnen in Krankenhäuser innerhalb von zwei Jahren als Ausgangsgröße erfasst. Am Ende der Projektlaufzeit fand erneut eine Erhebung der Krankenhauseinweisungen statt um die Anzahl mit den Ausgangsdaten zu vergleichen. Neben der Häufigkeit wurden u.a. der Einweisungsgrund, die Aufenthaltsdauer oder auch der Zustand der Bewohnerin/des Bewohners nach Rückkehr in die eigene Alteneinrichtung gezielt ermittelt. Ergänzend zu den personenbezogenen Daten konnten die erhobenen strukturellen und prozessbezogenen Daten der gesundheitlichen Versorgung in den jeweiligen Einrichtungen mit den personenbezogenen Daten in Beziehung gesetzt werden. Das Projekt umfasste außerdem die Erhebung ökonomischer Daten (Kosten der Krankenhausbehandlung, Kosten der jeweiligen Projektlösungen, zu erwartende langfristige Auswirkungen).

Ein weiterer Fokus richtete sich dabei auf einen Vergleich der Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen, u.a. auch zwischen Männern und Frauen. Auf der Grundlage der gesicherten Daten und einer Literaturrecherche, welche besonders Lösungsmöglichkeiten im europäischen Ausland berücksichtigte, wurden mit den Alteneinrichtungen gemeinsam Strategien zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen entwickelt. Diese variierten von Einrichtung

zu Einrichtung aufgrund der jeweils ermittelten Daten. Beteiligte Akteure wie Haus- und Fachärzte und -ärztinnen, Krankenhäuser, Betreuer und Betreuerinnen etc. wurden in die Erarbeitung von nachhaltig angelegten Lösungen einbezogen. Die Entwicklung und Erprobung der gewählten Strategien wurde durch eine dichte Begleitung und regelmäßige Erhebung der Entwicklung der Projekte begleitet.

Einleitung

Altenheimbewohner und -bewohnerinnen sind häufig multimorbid und ihr Gesundheitszustand zeigt sich oftmals instabil: Akute und chronische Krankheitsphasen treten im Wechsel in kaum vorhersehbaren Zeitintervallen auf. Dabei handelt es sich zunehmend um Menschen mit dementiellen Prozessen. Unter anderem treten akute Krankheitschübe, Stürze in Zeiten auf, in denen die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen nicht oder nur schwer erreichbar sind (Specht-Leible et al., 2005). Die Erhebungen zeigen, dass eine erhebliche Anzahl von Bewohnern und Bewohnerinnen von solchen ungeplanten Krankenhauseinweisungen betroffen ist. In einem in das Projekt zu Beginn eingebundenen Altenheim aus Berlin, das 203 Wohnplätze ausweist, fanden im Jahr 2011 insgesamt 226 Krankenhauseinweisungen von 94 verschiedenen Personen statt. Eine weitere am Projekt beteiligte Alteneinrichtung mit 110 Bewohnern und Bewohnerinnen wies im gleichen Jahr 26 Personen in ein Krankenhaus ein. Obwohl die in den jeweiligen Einrichtungen lebenden Bewohner und Bewohnerinnen vergleichbar waren, existierten keine Erkenntnisse darüber, warum sich diese Unterschiede ergeben haben. Das vorliegende Projekt zielt darauf ab, die Ursachen von Krankenhauseinweisungen akut erkrankter Altenheimbewohner – und bewohnerinnen zu erfassen und Versorgungsprozesse zu entwickeln, um Einweisungen deutlich zu reduzieren.

Ein Krankenhausaufenthalt ist für die Betroffenen gekennzeichnet durch verschiedene negative Aspekte und Risiken: Sie müssen für einige Zeit das gewohnte „Zuhause“ (die Alteneinrichtung) verlassen. Vor allem für Menschen mit Demenz bedeutet diese räumliche Veränderung einen erheblichen

Stressfaktor, der durch innovative Versorgungskonzepte vermieden werden könnte (Bridges, 2010). Internationale Studien zeigen zudem, dass Menschen mit Demenz bei bestimmten Diagnosen häufiger versterben, wenn sie im Krankenhaus behandelt werden, als wenn dies in der Alteneinrichtung oder zu Hause erfolgt. Insgesamt ist das System Krankenhaus bisher, vor allem von seiner personell-strukturellen Organisation her, nicht auf Menschen mit erhöhten Betreuungsbedarfen, wie es bei Menschen mit Demenz der Fall ist, ausgerichtet. Die Population in deutschen Altenheimen allerdings, besteht zu 60-80% aus Menschen mit Demenz (Dialogzentrum Demenz, 2010). Füsgen (2012) weist darauf hin, dass Krankenhäuser auf die Versorgung von Menschen mit Demenz nur unzureichend vorbereitet sind. Dementielle Prozesse werden zu spät erkannt oder führen zu zusätzlichen Risiken, da die Betroffenen die Maßnahmen nicht verstehen und sich aus diesem Grund unangepasst verhalten. Dieses Verhalten wird vielfach von den versorgenden Personen nicht als solches erkannt. Freiheitsentziehende Maßnahmen (Krüger, 2010) sind oftmals die Reaktion, welche wiederum zu weiteren Gefährdungen führen.

Jeder alte Mensch hat individuelle Wünsche, pflegerische und medizinische Bedarfe und Besonderheiten, die in der alltäglichen Versorgung eine wichtige Rolle spielen. Durch den Ortswechsel in die Klinik gehen die vertrauten Bezugspersonen (Pflegerische), die diese Besonderheiten und Gewohnheiten kennen, verloren. Informationsverluste können auch durch eine schriftliche Pflegeüberleitung nicht ausreichend aufgefangen werden. Selbst medizinisch notwendige Informationen, z.B. zu Allergien/Unverträglichkeiten können verloren gehen. Dies wird besonders dann prekär, wenn ein Mensch mit Demenz diese Informationen selbst nicht mehr geben kann. Kitwood (2008) fordert in diesem Fall einen personenzentrierten Ansatz, der voraussetzt, dass Kenntnisse über den zu versorgenden Menschen und zeitliche Ressourcen vorhanden sind. An beiden Elementen mangelt es im jetzigen Krankenhausbetrieb.

Zudem zeichnet sich ab, dass Menschen mit Behinderungen, die häufig ebenfalls in Alteneinrichtungen leben, nicht passgenau in Krankenhäusern versorgt werden können (Roser, Budroni, 2011). Die Rationierung des Pflegedienstes im Krankenhaus in den letzten Jahren hat dazu geführt, dass vor allem für diese vulnerablen Patientengruppen Krankenhausaufenthalte zu einer erheblichen Gefahr werden

können (CNA, 2006, IQWiG, 2006, Aiken et al, 2012, 2014).

Studien geben erste Hinweise, dass eine intensive pflegerische und medizinische Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen in den stationären Alteneinrichtungen dazu beitragen kann, Krankenhausaufenthalte zu verhindern (Specht-Leible et al., 2003, Carter & Porell et al., 2005). Krankenhausaufenthalte sind neben den individuellen Risiken für die Menschen auch ein erheblicher Kostenfaktor für die Krankenversicherungen. Das Sondergutachten „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ (2012) zeigt auf, dass neue Versorgungsmodelle dringen erprobt werden müssen, um Risiken in der Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen zu minimieren. Hierbei bedarf es u.a. eines gezielt abgesprochenen Umgangs mit Medikamenten, besonders bezogen auf die Minimierung von Nebenwirkungen.

Mit dem Projekt sollte ein Verbleib in der eigenen Einrichtung sichergestellt werden, welcher dazu beiträgt, dass Lebensgewohnheiten, biografische Kenntnisse weiterhin zum Tragen kommen und Bezugspersonen erhalten bleiben. Hierbei standen die gewohnte Kontinuität der Versorgung sowie gleichzeitig eine fachlich hochwertige Versorgung im Mittelpunkt.

Fragestellung

Die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen durch Haus- und Fachärzte und –ärztinnen ist auch in Nordrhein-Westfalen nicht ausreichend sichergestellt. Innerhalb der SÄ-VIP-Studie (Hallauer et al. 2005) wurden unzureichende Versorgungssituationen ermittelt, welche zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Bewohner und Bewohnerinnen maßgeblich beitragen können. Im Rahmen des Projektes sollte daher folgenden Fragestellungen nachgegangen werden:

- Welche Gründe können für Einweisungen von Bewohnern und Bewohnerinnen aus dem Altenheim in ein Krankenhaus identifiziert werden?
- Welche dieser Gründe sind potentiell vermeidbar?
- Welche Unterstützungsmodelle können eine Krankenhauseinweisung von akut erkrankten Altenheimbewohnern und –bewohnerinnen reduzieren?

- Welche Interventionen sind zur Reduktion einer Krankenhauseinweisung erforderlich?
- Wie verändert sich die Kostensituation unter der Anwendung neuer innovativer Konzepte?
- Wie kann die Nachhaltigkeit erfolgreich evaluierter Maßnahmen sichergestellt werden?
- Welche Empfehlungen können für andere Altenheime ausgesprochen werden?
- Auf welche Hemmnisse muss hingewiesen werden?

Durch die empirisch gewonnenen Erkenntnisse, sollen mögliche Interventionen zur Reduktion vermeidbarer Krankenhauseinweisung identifiziert und daraufhin neue Versorgungsmöglichkeiten modellhaft implementiert und evaluiert werden.

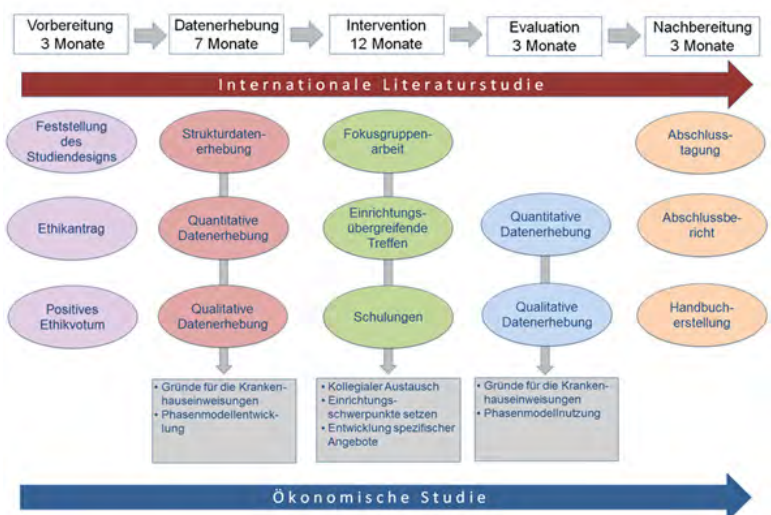
Die Fragestellungen wurden über den gesamten Projektverlauf systematisch bearbeitet. Ein zentrales Ergebnis zeigte die Entwicklung eines sechsteiligen Interventionsmodells und die Bearbeitung von Basiskompetenzen: Fallbesprechungen, Einbindung von Betreuern und Betreuerinnen z.B. durch Patientenverfügungen/ Vorsorgevollmachten, Schulungen in somatischen Krankheitsverläufen, Kooperation zwischen Altenheim und Krankenhaus. Darüber hinaus wählten die Einrichtungen die Themen aus, welche für ihre spezifische Versorgungssituation zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner führen könnten.

Eine Einrichtung konnte nicht bis zum Ende des Projektes gleichbleibend eingebunden werden, da dort interne Strukturveränderungen stattfanden.

Methodisches Vorgehen

Um die Fragen bearbeiten zu können wurden im ersten Teil der Studie unterschiedliche Daten gesammelt und ausgewertet. Ein literaturgestützter Erfassungsbogen lieferte Zahlen und Fakten zu bereits erfolgten Krankenhauseinweisungen u.a. mit folgenden Fragen: Wer wurde wie oft wann wegen was durch wen eingewiesen? Lagen Patientenverfügungen vor, wie lange waren die Aufenthalte und welche Entlassungsdiagnosen waren gestellt? Um diese Fragen zu beantworten, sammelten geschulte Praktiker in den vier Einrichtungen die Informationen aus den Dokumentationen. Insgesamt waren das 1077 Datensätze bei 451 Personen die in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Weiterhin erzählten Pflegende und Leitungen in sogenannten Fokusgruppeninterviews über ihre zahlreichen

Erfahrungen mit Krankenhauseinweisungen. Daraus entstand eine anschauliche Beschreibung mit vielen Facetten, die in einem Interventionsmodell „Akute Ereignisse im Blick“ zusammengeführt wurden. Im zweiten Teil der Studie konnten die Einrichtungen anhand der Zahlen und des Modells erkennen, was sie bereits im Sinne einer guten Praxis vorhalten und welche Interventionen sie verbessern möchten. Im Austausch mit den anderen Einrichtungen und dem Forschungsteam der Universität Witten/Herdecke erfolgte die Umsetzung der Interventionen. Jede Einrichtung legte dabei eigene Schwerpunkte fest. Am Ende erfolgte eine Evaluation der Gesamtstudie. Die erfassten Zahlen wurden in die Zeiträume 2011/2012 und 2013/2014 unterteilt, um Veränderungen aufzeigen zu können. Eine abschließende Fokusgruppensitzung in jeder Einrichtung verfolgte ebenfalls das Ziel der Erfassung von Veränderungen.



Ergebnisse

Die Häufigkeit ungeplanter Einweisungen innerhalb der Studie war um 32% gesunken, nämlich von 641 in den Jahren 2011/2012 auf 436 in den Jahren 2013/2014. Zur Reduktion von Einweisungen trugen zahlreiche Faktoren bei, die im Folgenden anhand des sechsphasigen Interventionsmodells abgebildet werden. Die Phasen reichen von der Zeit vor dem Einzug eines Bewohners bis hin zur Rückkehr nach einem Krankenhausaufenthalt.

Sowohl die Schulungsmaßnahmen, der Entwicklung des pflegeprofessionellen Vorgehens und der Verbesserung der Netzwerkarbeit trugen zu einem deutlicher Rückgang der Krankenhauseinweisungen bei.

Als besonders bedeutsam erwies sich das Interventionsmodell, welches deutlich werden ließ, dass

die entscheidende Phase zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen in der gezielten Erhebung aller notwendigen Daten vor dem Einzug eines Menschen in ein Altenheim liegt.



Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten, die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten, die vorliegenden, zumeist multimorbiden Erkrankungsverläufe, die richtige Auswahl des Hausarztes von zentraler Bedeutung sind, um unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.

Pflegeschwestern berichteten davon, dass vor jeder Krankenhauseinweisung gezielt darüber reflektiert wird, ob diese notwendig ist oder ob andere Schritte eingeleitet werden können.

Besonders die Unterstützung durch die Leitungsebene konnte zu einer Reduktion von Krankenhauseinweisungen beitragen. Leitende, die in der Lage waren ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dahingehend zu unterstützen, dass nicht immer haftungsrechtliche Absicherungen im Mittelpunkt stehen dürfen sondern primär das Wohl der Bewohner und Bewohnerinnen entscheidend sind, führten zu einer deutlichen Reduktion der Einweisungen in ein Krankenhaus.

Dabei war besonders die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Hausärzten von großer Bedeutung. Allen war klar, dass die Einschaltung eines Notarztes fast immer zu einer Einweisung in ein Krankenhaus führen würde.

Empfehlungen

In der Literatur werden zahlreiche Empfehlungen zur Vermeidbarkeit von Krankenhauseinweisungen und zur Erhöhung der Versorgungsqualität in den Altenheimen angegeben.

Finucane et al. (2000) kommen zu dem Schluss, dass 10% der Krankenhauseinweisungen durch

eine intensivere ambulante Versorgung vermeidbar wären. Die Autoren setzen auf den Ausbau der ambulanten Versorgung zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen. Dazu zählen der Ausbau palliativer Strukturen und die Ermittlung und Dokumentation des Bewohnerwillens.

Befragte Pflegedirektoren in einer Untersuchung von Young et al. (2010) sehen das Wissen der Pflegenden zu Möglichkeiten einer medizinischen Versorgung im Vorfeld sowie die Verfügbarkeit zur medizinischen Vorgeschichte, Labor und EKG der betroffenen Bewohner als wichtige Maßnahme zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen. Dies wird auch durch die Studie von Ouslander et al. (2010) unterstützt.

Regelmäßig durchgeführte Chronic Disease Management Programme, sehen Bowmann et al. (2001) als empfehlenswert, da Krankenhauseinweisungen immer wieder auch als Folge chronischer Erkrankungen und deren oft vorhersehbarer Komplikationen erfolgen. Einrichtungsspezifische Richtlinien (z.B. zu Magen-Darm-Management oder zur Anlage und Versorgung von Kathetern) werden genauso als hilfreich erachtet wie eine spezifische Pflegeplanung. Die Entscheidungsfindung von Behandlungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Prognose und den individuellen Präferenzen kann durch ethische Fallbesprechungen unterstützt werden.

Finn et al. (2006) identifizieren die ungenügende medizinische Unterstützung der Mitarbeiter in Altenheimen als eine Ursache für Krankenhauseinweisungen. Sie betonen zudem Richtlinien für ein Notfallmanagement zu erstellen.

Die Analyse von Sturzsituationen innerhalb der Altenheime sehen Gruneir et al. (2010) als empfehlenswert. Die Beteiligung von Physiotherapeuten und die Möglichkeit zur Rehabilitation sind dabei ebenso vorgesehen wie die konsequente Anwendung der Richtlinien zur Sturzprävention.

Eine Verbesserung der Betreuungsqualität durch Optimierung der Versorgungsstrukturen ist aus Sicht von Saliba et al. (2000) eine gute Möglichkeit zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen. Dazu trägt auch ausreichend qualifiziertes Personal bei.

Grabowski et al. (2008) heben zusätzlich hervor, dass neben den Mitarbeitern in Krankenhaus und

Altenheim auch die Bewohner und deren Angehörige selbst, gut informiert werden und Strukturen und Prozesse kennen, um Alternativen zu einem Krankenhausaufenthalt zu erkennen.

Kada et al. (2011) betonen die Notwendigkeit Pflegenden in den Altenheimen durch Fortbildungen mehr Sicherheit zu bieten und deren Kompetenzen zu steigern. Sie empfehlen auch personelle Veränderungen beispielsweise durch Heimarzt- Modelle, Konsiliarbesuche von Fachärzten und ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im primären Versorgungssektor und ein verbessertes Schnittstellenmanagement können die Patientenoutcomes verbessern.

Diskussion

Behandlungskosten und Patientenzustand

Nach Analyse der gewählten Szenarien führt die Behandlung im Krankenhaus gegenüber dem Pflegeheim für die betrachtete Beispielindikation zu Mehrkosten. Damit bietet das Szenario 1 „Verbleib im Pflegeheim“ ein hohes Einsparpotenzial für die Kassen. Auch für das Pflegeheim scheint unter den gewählten Annahmen eine Versorgung im Heim mit geringerem zusätzlichem Aufwand verbunden; in einer Grenzbetrachtung (ohne Saldierung) ergeben sich bei Einweisung ins Krankenhaus keine Einsparpotentiale.

Herausforderungen für die Betreiber von Pflegeheimen ergeben sich akuten Erkrankungen der BewohnerInnen u.a. durch die notwendige Umorganisation von Schichtplänen, die Abwicklung oder Bezahlung von Überstunden sowie wegen der durch diese Überstunden erhöhten Belastung der Mitarbeiter. In beiden Szenarien sind im Fall der akuten Erkrankung einer Bewohnerin erhebliche zusätzliche Leistungen ohne Zusatzvergütung zu erbringen.

Sollte das Heim einen Krankenhausaufenthalt zum Abbau von Überstunden oder auf andere Weise zur Entlastung des Personals und zur Einsparung nutzen können, wäre die Einweisung akut erkrankter BewohnerInnen nicht nur mit geringerem Organisationsaufwand verbunden, sondern ggf. auch mit der Erwartung von Einsparungen.

Im Hinblick auf die beiden alternativen Versorgungsmodelle zeigt sich, dass der Erholungsprozess bei rechtzeitigem Erkennen des Krankheitszustands und frühzeitigem Beginn der Versorgung

deutlich besser verläuft. Hinzu kommt, dass die Patientin ihre gewohnte Umgebung und Bezugspersonen nicht verlassen muss, was insbesondere für Bewohner mit demenziellen Erkrankungen von hoher Relevanz ist. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass mit einer Versorgung der Bewohnerin im Pflegeheim eine geringere Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Folgekomplikationen (Harnwegsinfekt, Medikationsproblem, Keime...) einhergeht.

Neben niedrigeren Kosten weist die Behandlung im Pflegeheim für die betrachtete Beispielindikation bei Betrachtung des Barthel-Indexes insgesamt einen besseren Verlauf des Patientenzustands auf. Demzufolge kann die Versorgung von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie im Pflegeheim als kostengünstige und patientenorientierte Alternative verstanden werden.

Fazit und Ausblick

Insgesamt zeigte sich ein positives Ergebnis. Der Wille der Bewohner/innen fand zunehmend mehr Beachtung die Einweisungszahlen waren um ein Drittel gesunken und die Pflegenden in den Alteinrichtungen nahmen eine Steigerung ihrer Kompetenzen wahr.

Auch die ökonomische Studie weist darauf hin, dass es weder für ein Altenheim noch für ein Krankenhaus sinnvoll ist akut erkrankte Menschen aus Alteinrichtungen im Krankenhaus zu behandeln. Für beide Einrichtungen entstehen zusätzliche Kosten, die über die gesetzlichen möglichen Finanzierungen deutlich hinausgehen.

Das Forschungsteam hat ein Arbeitsbuch „Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität“ erarbeitet, welches jeder Einrichtung ermöglicht an der Reduktion von Krankenhauseinweisungen der eigenen Bewohner und Bewohnerinnen zu arbeiten. Es wird in Kürze erscheinen.

Weiterhin wurde ein Antrag im Rahmen des vom BMBF ausgeschriebenen „Versorgungsforschungsschwerpunktes“ gestellt, um die hier ermittelten Ergebnisse in einer RCT Studie zu überprüfen.

AutorInnen: Christel Bienstein, Sabine Bohnet-Joschko Nino Chikhradze, Almut Hartenstein-Pinter, Cäcilia Krüger

Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke

Autorin



www.uni-wh.de/gesundheits/pflegewissenschaft/



www.dbfk.de



Prof. Christel Bienstein

Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V.

Leiterin des Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Gesundheits- und Krankenschwester

Literatur:

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W; RN4CAST Consortium. (2012). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* 50(2):143-53.

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST consortium. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 383(9931):1824-30.

Becker MA, Boaz TL, Andel R, Gum AM, Papadopoulos AS (2010). Predictors of preventable nursing home hospitalizations: the role of mental disorders and dementia. *Am J Geriatr Psychiatry,* 18(6):475-482.

Bowman CE, Elford J, Dovey J, Campbell S, Barrowclough H (2001). Acute hospital admissions from nursing homes: some may be avoidable. *Postgrad Med J,* 77(903):40-42.

Carter MW (2003). Factors associated with ambulatory care-sensitive hospitalizations among nursing home residents. *J Aging Health,* 15(2):295-331.

Carter MW, Porell FW. (2005). Vulnerable populations at risk of potentially avoidable hospitalizations: the case of nursing home residents with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 20(6):349-58.

Codde J, Frankel J, Arendts G, Babich, P. (2010). Quantification of the proportion of transfers from residential aged care facilities to the emergency department that could be avoided through improved primary care services. *Australas J Ageing,* 29(4), 167-171.

Finn JC, Flicker L, Mackenzie E, Jacobs IG, Fatovich DM, Drummond S, Sprivilis P. (2006). Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. *Med J Aust,* 184(9), 432-435.

Finucane P, Wundke R, Whitehead C, Williamson L, Baggoley C. (2000). Use of in-patient hospital beds by people living in residential care. *Gerontology,* 46(3), 133-138.

Godden S, Pollock AM. (2001). The use of acute hospital services by elderly residents of nursing and residential care homes. *Health Soc Care Community,* 9(6), 367-374.

Grabowski DC, Stewart KA, Broderic, SM, Coots LA. (2008). Predictors of nursing home hospitalization: a review of the literature. *Med Care Res Rev,* 65(1), 3-39.

Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. (2010). Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents--a population-based study. *J Am Geriatr Soc,* 58(3), 510-517.

Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. (2005). SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service. Zugriff unter: http://www.daheimheim.de/WWW/download/saevip_studie.pdf. Letzter Zugriff: 23.07.2015.

Hoffken G, Lorenz J, Kern W et al. (2009). Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobielle Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen unteren Atemwegsinfektionen sowie ambulant erworbener Pneumonie – Update 2009. *Pneumologie (Stuttgart, Germany)* 63: e1-68.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2006). Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersicht. Arbeitspapier. Zugriff unter: https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Zusammenhang_zwischen_Pflegekapazitaet_und_Ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_Versorgung_.pdf. Letzter Zugriff: 23.07.2015.

Kada O, Brunner E, Likar R, Pinter G, Leutgeb I, Francisci N, Janig H. (2011). From the nursing home to hospital and back again... A mixed methods study on hospital transfers from nursing homes. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes,* 105(10), 714-722.

Kitwood T. (2008) Demenz. Der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5. Auflage, Huber Bern.

Krüger C, Meyer G, Hamers J. (2010). Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus. *Z Gerontol Geriatr.* 43(5):291-296.

Kruse RL, Mehr DR, Bols KE et al. (2004) Does hospitalization impact survival after lower respiratory infection in nursing home residents? *Med Care,* 42(9):860-70.

Loeb M, Carusone SC, Goerree R et al. (2006). Effect of a Clinical Pathway to Reduce Hospitalization in Nursing Home Residents With Pneumonia A Randomized Controlled Trial, *JAMA,* 295(21):2503-10.

Murcia J, Llorens P, Sanchez-Paya J et al. (2010). Functional status determined by Barthel Index predicts community acquired pneumonia mortality in general population. *J Infect;* 61: 458-464.

Ouslander JG., Lamb G, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, Saliba D. (2010). Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs: [see editorial comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazard, pp 760-761]. J Am Geriatr Soc, 58(4), 627-635.

Ramroth H, Specht-Leible N, Brenner H. (2005). Hospitalisations before and after nursing home admission: a retrospective cohort study from Germany. Age Ageing, 34(3), 291-294.

Roser, J.M.; Budroni, H., Schnepf, W. (2011). Abschlussbericht zur Entwicklung einer Zielvereinbarung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus. Zugriff unter: http://www.barrierefreiheit.de/tl_files/bkb-downloads/Projekte/barrierefreies_krankenhaus_mehrfachbehinderung/abschlussbericht_barrierefreies_krankenhaus_bvjn_uwh_2011_druckfassung.pdf. Letzter Zugriff:23.07.2015.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Huber, Bern.

Saliba D, Kington R, Buchanan J, Bell R, Wang M, Lee M, Rubenstein L. (2000). Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital. J Am Geriatr Soc, 48(2), 154-163.

Spector WD, Limcangco R, Williams C, Rhodes W, Hurd D. (2013). Potentially avoidable hospitalizations for elderly long-stay residents in nursing homes. Med Care, 51(8), 673-681.

Young Y, Barhydt NR, Broderick S, Colello AD, Hannan EL. (2010). Factors associated with potentially preventable hospitalization in nursing home residents in New York State: a survey of directors of nursing. J Am Geriatr Soc, 58(5), 901-907.

Young Y, Inamdar S, Dichter BS., Kilburn H Jr, Hannan EL. (2011). Clinical and nonclinical factors associated with potentially preventable hospitalizations among nursing home residents in New York State. J Am Med Dir Assoc, 12(5), 364-371.



Weiterbildung zur Tutorin/ zum Tutor Pflege

Die Universität Witten/Herdecke bildet ab dem 24. Juni 2016 zum zweiten Mal Tutorinnen/Tutoren für grundständige Studiengänge im Bereich Pflege aus. Teilnehmen können Pflegende mit einem akademischen Abschluss (Bachelor, Master, Dr.). Ziel ist, Bachelorstudierende in der wissenschaftlichen Reflexion von Fragestellungen der Praxis zu unterstützen.

„In einer Ausbildung der Pflege erlernt man eine Vielzahl von einzelnen Pflegemaßnahmen. In einem grundständigen Studium geht es aber darüber hinaus um die wissenschaftlichen Grundlagen, mit denen man diese Pflegemaßnahmen und -kompetenzen kritisch reflektieren kann. Und in beiden Disziplinen – Praxis und Theorie – sollen die Tutorinnen/Tutoren die Studierenden unterstützen“, beschreibt Prof. Christel Bienstein, Leiterin des Departments für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, die Idee der Weiterbildung. An vier Wochenenden geht es um Themen wie:

- Einführung in das Konzept der „Geleiteten Praxis“
- Problemorientiertes Lernen
- Lernstilorientiert begleiten
- Coaching und Beratung
- Begleitung von EBP Projekten
- Rolle der Tutorin/des Tutors als Vermittler

Die detaillierte Planung der Wochenenden finden Sie unter <http://www.uni-wh.de/gesundheits/pflegewissenschaft/veranstaltungen/>

Im Rahmen



der können für diese Veranstaltung 20 Punkte angerechnet werden.

Anmeldung

Weiterbildung zur Tutorin/ zum Tutor Pflege

- I. Block: Freitag, 24.06.2016, bis Sonntag, 24.06.2016
- II. Block: Freitag, 09.09.2016, bis Sonntag, 11.09.2016
- III. Block: Freitag, 07.10.2016, bis Sonntag, 09.10.2016
- IV. Block: Samstag, 03.12.2016, bis Sonntag, 04.12.2016

Ort: Universität Witten/Herdecke, Stockumer Straße 12, 58453 Witten
Department für Pflegewissenschaft

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- Nachweis einer dreijährigen, erfolgreich abgeschlossenen Pflegeausbildung
- Nachweis eines erfolgreich abgeschlossenen pflegerelevanten Studiums

**Hiermit melde ich mich zur Weiterbildung an.
(Anmeldeschluss: 10. Juni 2016)**

Teilnehmerdaten (bitte leserlich in Druckbuchstaben)

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel: / Email: _____

Die Kosten für die Weiterbildung von € 600,00 habe ich auf folgendes Konto der Universität Witten/Herdecke überwiesen:

GLS Gemeinschaftsbank eV Bochum, IBAN: DE 76 4306 0967 0000 3535 00

BIC: GENODEM1GLS, Verwendungszweck: Tutorenweiterbildung, KST 2130800

Für Alumni des Departments für Pflegewissenschaft ist die Teilnahme kostenlos!

Datum und Unterschrift: _____

Bitte senden Sie diese Anmeldung an folgende Anschrift:

Universität Witten/Herdecke
Department für Pflegewissenschaft
z. Hd. Frau Heike Möller
Stockumer Straße 12, 58453 Witten
E-Mail: heike.moeller@uni-wh.de
Tel.: 02302 – 926 – 381
Fax: 02302 – 926 – 318



(C) Beerhoff

Umsetzung von evidenzbasierter Pflege im Bereich Intensivstation - Denn wir wissen nicht was wir tun?

Abstract

HINTERGRUND: Ziel dieser Untersuchung ist, die Einstellung von Pflegenden gegenüber pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und die beeinflussenden Faktoren zu identifizieren. Es gibt Barrieren bei der Umsetzung von evidenzbasierter Pflege, denn die Pflegenden handeln meist nur nach Erfahrungswissen.

METHODIK: In einem qualitativen Forschungsdesign wurden acht Pflegendende von Intensivstationen in Kliniken aus Bayern und Thüringen mit leitfadengestützten Interviews befragt. Die Datenanalyse erfolgte nach Mayring (2010) in Form einer strukturierten Inhaltsanalyse.

ERGEBNISSE: Alle Pflegenden haben eine positive Einstellung gegenüber pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, jedoch beschreiben sie weitere Barrieren in der Umsetzung, z.B. fehlendes Basiswissen und Zeitmangel. Meist wurden sie durch die Praxis und Personen beeinflusst, am wenigsten durch die Ausbildung.

DISKUSSION: Es besteht eine Diskrepanz zwischen der positiven Einstellung der Pflegenden und der tatsächlich praktizierten Pflege durch die Barrieren.

SCHLUSSFOLGERUNG: In Zukunft muss der Fokus auf die Aus- und Weiterbildung von Pflegenden zum Thema evidenzbasierter Pflege liegen und die vorhandenen Barrieren müssen in den Kliniken abgebaut werden.

Schlüsselwörter: Evidenzbasierte Pflege, Barrieren, Einstellung, Intensivpflege

Einleitung/Problemstellung

In Deutschland stieg die Zahl der intensivmedizinisch versorgten Behandlungsfälle vom Jahr 2003 bis 2013 um 9,2 Prozent auf über 2,1 Millionen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2013). Wie viele Pflegenden in Deutschland diese große Anzahl von Fällen versorgen und auf den Intensivstationen arbeiteten, ist laut Pflege-Thermometer 2012 nicht bekannt. Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat eine Anzahl von ca. 47.000 Vollkräften in der Intensivpflege im Jahr 2010 errechnet (Löffert, Blum & Steffen, 2012, S. 8).

Ebenfalls ist nicht bekannt, wie hoch die Quote derer ist, die eine abgeschlossene Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege haben (Isfort, 2012, S. 64). Auch wenn die Pflegenden auf Intensivstationen über großes Wissen und hohe Kompetenz verfügen, fehlen ihnen jedoch oft die Argumentations-

grundlagen, um ihr Wissen in die Pflegepraxis einbringen zu können (Abt-Zegelin, 2004, S. 10). Im Rahmen des Pflegeprozesses sind Planung, Analyse und Bewertung von Pflegeinterventionen auf wissenschaftlicher Grundlage ein wichtiger Aspekt in der Patientenversorgung (Ewers & Erbschwender, 2015, S. 33). Dass allerdings diese Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis den Pflegenden noch Probleme bereitet, beweisen einige Studienergebnisse (Köpke et. al, 2013; Schnittger et. al., 2012; Breimeier et. al. 2011; Schubert & Wrobel, 2008). Diese Probleme bestehen, obwohl bereits im Jahr 2000 der Gesetzgeber den Stellenwert der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung durch Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz) erhöht hat, um eine bestmögliche Versorgung von Patienten nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu gewährleisten (Bundesgesetzblatt, 1999). Gründe hierfür sind die von Solomons & Spross (2011) beschriebenen Barrieren, die eine Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis erschweren (Solomons & Spross, 2011, S. 109-120).

Bereits im Jahr 1988 wurde von Heater, Becker & Olsen (1988) empirisch nachgewiesen, dass das Outcome von Patienten bei der Pflege nach wissenschaftlichen Erkenntnissen um mindestens 28 Prozent besser ist als die Pflege nach Erfahrungswissen (ebd., zitiert nach Heater, Becker & Olsen, 1988, S. 141). Dadurch, dass Deutschland als eines der letzten Länder in Europa mit der Akademisierung der Pflege in den 1990er Jahren begonnen hat, besteht noch eine große Theorie-Praxis-Kluft. In einer Querschnittstudie mit deskriptivem Design beschreiben Schnittger et al. (2012), dass die befragten Pflegenden ihre Pflege nicht auf eine angemessene Basis von Evidenz stellen können, da in der Krankenpflegeausbildung keine Kenntnisse zur evidenzbasierten Pflege vermittelt wurden und häufig nach Intuition und Tradition gehandelt wird (Schnittger et. al., 2012, S. 150). Deshalb beschreibt der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (2012), dass eine Akademisierungsquote von zehn und 20 Prozent in den Gesundheitsfachberufen anzustreben ist. Gründe hierfür sind ein erhöhter Versorgungsbedarf und Zuwachs der Komplexität in der Pflege von Patienten, sondern auch die fehlende Umsetzung evidenzbasierter Pflege (Wissenschaftsrat, 2012, S. 85).

Im Bereich Fort- und Weiterbildung ist die Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege die häufigste Qualifizierungsmöglichkeit für Pflegenden auf Intensivstationen. Die Fachquote, also Pflegenden mit abgeschlossener Fachweiterbildung, liegt laut eines Gutachtens des DKI (2012) bei 38,8 Prozent (Löffert, Blum & Steffen, 2012, S. 18). Die Ergebnisse von Schnittger et. al. (2012) aus ihrer Querschnittstudie zeigen, dass eine Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege keinen positiven Einfluss auf die evidenzbasierte Praxis hat (Schnittger et. al., 2012, S. 150).

Das Problem für Pflegenden in Deutschland liegt darin, dass es für ihren Bereich nur sehr wenige wissenschaftlich fundierte Standards, wie etwa die Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP), gibt. Spezielle Standards für das Fachgebiet der Intensivpflege fehlen gänzlich, was sich am Beispiel der Verwendung geschlossener Absaugsysteme beim endotrachealen Absaugen zeigt (Kaltwasser, Hermes, Dubb & Stolecki, 2015, S. 42). In die Praxis umsetzbares klinisches Wissen ist nur für wenige Fragestellungen verfügbar, aber auch wenn viel Evidenz zu einem Thema vorliegt, bedeutet das nicht gleichzeitig, dass diese in der Praxis umgesetzt wird (Meyer & Köpke, 2012, S. 40). Gutes Beispiel hierfür ist der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe, denn Meyer et. al. (2006) weisen darauf hin, dass trotz fehlender Reliabilität und Validität ca. 50 Prozent der Pflegenden eine Fortbildung zur Anwendung einer Risikokala besucht haben (Meyer, Berg, Köpke, Fleischer & Langer, 2006, S. 34-38).

Auch wenn die Pflegewissenschaft in Deutschland in den letzten Jahren viele Erkenntnisse, z.B. in Form von Expertenstandards durch das DNQP hervorgebracht hat, kommt es zu einer Kluft zwischen Theorie und Praxis (Meyer & Köpke, 2012, S. 39). Diese Kluft zwischen dem praktischen Wissen von Pflegenden auf den Stationen und dem Wissenschaftswissen der Pflegewissenschaftler driftet weit auseinander. Die wissenschaftlichen Denkweisen können nämlich nicht in eine verständliche Sprache für die Praxis übersetzt werden (Dewe, 2004, S. 366). Weiterhin gibt es die von Solomons & Spross (2011) beschriebenen Barrieren bei der Umsetzung von evidenzbasierter Pflege in der Pflegepraxis, welche vier Gruppen zugeordnet wurden. Bei den strategischen Barrieren wird von den Pflegenden meist Zeitmangel und hohes Arbeitsaufkommen genannt, bei den technischen Barrieren sind es

fehlende Kenntnisse im Umgang mit wissenschaftlichen Datenbanken. Als strukturelle Barrieren wurde fehlende Zugangsmöglichkeiten der Pflegenden zu wissenschaftlichen Erkenntnissen genannt, was eine Umsetzung evidenzbasierter Pflege erschwert. Der Fokus dieser Studie liegt auf den kulturellen Barrieren, also die abwehrende Haltung von Pflegenden gegenüber Veränderung in der Praxis und fehlender Werthaltung gegenüber pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen (Solomons & Spross, 2011, S. 109-120).

Intensivpflege und Evidenzbasierte Pflege

Intensivpflege betreut kritisch kranke Patienten und bewegt sich im Spannungsfeld zwischen hoher Technisierung und menschlicher Zuwendung (Kaltwasser et. al., 2015, S. 40). Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. definiert Intensivpflege als die Unterstützung, Übernahme und Wiederherstellung der Aktivitäten des täglichen Lebens unter Berücksichtigung der existenziellen Erfahrungen und der gesundheitlichen Biografie/Pflegeanamnese des kritisch kranken Patienten mit manifesten oder drohenden Störungen vitaler Funktionen (ebd.). Friesacher (1993) ergänzt die Linderung von Schmerzen und die Sterbebegleitung als Aufgaben von Pflegenden auf Intensivstationen (Friesacher, 1993, S. 34-40). Das Konzept der evidenzbasierten Pflege (EBP) hat einen medizinischen Ursprung und wurde vom Problemlösungsprozess der Evidence-based Medicine (EBM), welche von kanadischen Medizinern Mitte der 1990er Jahre entwickelt wurde, abgeleitet (Thiel, Steger, Josten & Schemmer, 2001, S. 268). Im Jahr 1999 wurde bereits in Deutschland das erste deutschsprachige Zentrum für EBP an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg eröffnet. Behrens & Langer (2010) beschreiben evidenzbasierte Pflege (EBP): „Evidence-based Nursing ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden“ (Behrens & Langer, 2010, S. 25). Bisher verlassen sich die Pflegenden zu einem sehr großen Teil auf ihre Expertise und beziehen kaum Ergebnisse aus der Wissenschaft in ihre pflegerischen Entscheidungen mit ein (ebd., S. 28).

Barrieren bei der Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse

In einer Literaturanalyse von Solomons & Spross (2011) wurden die identifizierten Barrieren zur Umsetzung evidenzbasierter Pflege in vier Dimensionen

eingeteilt (Solomons & Spross, 2011, S. 115-118): Strategischen Barrieren, wie z. B. Zeitmangel oder Leitungskräfte, welche andere Prioritäten in der Praxis setzen. Mangel an Ressourcen, wie z. B. hohes Arbeitsaufkommen und die fehlende Infrastruktur zur Umsetzung evidenzbasierter Pflege. Technischen Barrieren, wie z. B. die fehlende Kompetenz, gezielt wissenschaftliche Ergebnisse aufzufinden und Datenbanken zu bedienen. Strukturelle Barrieren, wie z. B. fehlender Zugang zu Forschungsergebnissen. Als Beispiel kann hier eine abwehrende Haltung gegenüber dieser Thematik genannt werden, desgleichen auch ein Mangel an Autorität, fehlende Wertschätzung gegenüber Pflegewissenschaft und das Gefühl, die wissenschaftlichen Ergebnisse haben nichts mit der Praxis zu tun. Die Barrieren bei der Umsetzung von EBP sind auch im deutschsprachigen Raum beschrieben und können somit auf den Bereich der Pflege in Deutschland übertragen werden (Meyer & Köpke, 2012, S. 43).

Die größten Hindernisse bei der Umsetzung evidenzbasierter Pflege ermittelten Schubert & Wrobel (2008) in einer schriftlichen Befragung von 903 Pflegenden aus den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt. Die Resultate zeigten, dass das fehlende Verständnis englischsprachiger Forschungsartikel bei mehr 79 % der Befragten das Hauptproblem ist. Strukturelle Probleme in den Krankenhäusern hindern fast 63% und der Eindruck von Pflegenden, dass sie nicht genügend Befugnisse haben, um Pflegehandlungen zu verändern hindern fast 62 Prozent der Befragten bei der Umsetzung (Schubert & Wrobel, 2009, S. 1-9).

Am Universitätsklinikum Graz in Österreich haben Breimeier, Halfens & Lohrmann (2011) eine Querschnittstudie zum „Forschungs- und Wissenstransfer in der Pflegepraxis“ mit einer Stichprobe von 1023 durchgeführt. Fast 83 Prozent der Befragten gaben an, nie oder selten Forschungsartikel zu lesen. Lediglich drei Prozent der Teilnehmenden gaben an, wissenschaftliche Veröffentlichungen zu nutzen. Nur fünf Prozent nutzten Ergebnisse aus der Pflegewissenschaft für die Praxis. Gründe dafür sind Zeitmangel (69,9 Prozent), wenig Wissen zum Thema Pflegeforschung und schlechte Englischkenntnisse (45,5 Prozent) sowie Desinteresse (25,9 Prozent (Breimeier et. al., 2011, S. 1744-1756).

Schnittger et. al. (2012) untersuchten die Zukunft der evidenzbasierten Pflege in drei deutschen Kliniken (n=1211) und analysierten die personellen Bedingungen vor Ort. Im Durchschnitt verbrachten die Pflegenden 1,5 Stunden pro Woche für neues Fachwissen, welches meist aus dem Internet (77,7 Prozent), Zeitschriften (62,6 Prozent) sowie Büchern (52,4 Prozent) stammt. Über die Hälfte der Befragten (52,14 Prozent) sehen die Ergebnisse der Pflegewissenschaft positiv, jedoch war die Bereitschaft zur Mitarbeit beim Theorie-Praxis-Transfer geringer ausgeprägt (41,15 Prozent). Bei der Variablen „Wissen“ zeigte sich, dass der größte Teil (72,70 Prozent) während der Ausbildung keine oder wenige Lerninhalte zum Thema evidenzbasierter Pflege bekommen hat. Lediglich die Hälfte (49,56 Prozent) der Pflegenden arbeitet nach den Vorgaben des Deutschen Netzwerkes zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Die Ergebnisse der Variablen „Bereitschaft“ zeigten, dass 66,53 Prozent der Befragten bereit waren, ihre Praxistätigkeit aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse zu ändern. Allerdings gab es eine große Kluft zwischen der Bereitschaft, die Praxis zu ändern, und der tatsächlichen Umsetzung. Im Subgruppenvergleich zeigte sich u.a., dass die Pflegenden mit Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege ein geringeres Interesse, Wissen und weniger Bereitschaft für den Wissenschaftstransfer haben (Schnittger, 2012, S. 140-150).

Köpke et al. (2013) führten eine Befragung bei 1023 Personen durch. Ein Drittel hatte bereits eine Fachweiterbildung absolviert. Die Einstellung der Pflegenden und Bewertung verschiedener Bedingungen und Aspekte zur Akademisierung zum Thema evidenzbasierter Pflege wurde untersucht. Aktuelle Forschungsergebnisse wurden von 45,7 Prozent in den letzten beiden Jahren genutzt, 24,9 Prozent der Befragten konnten sich an eine Umsetzung von Forschungsergebnissen nicht mehr erinnern. Die Bereitschaft, Forschungsergebnisse am Arbeitsplatz umzusetzen, war hoch, aber 24,6 Prozent der Befragten gaben an, dass Forschung in der Pflegepraxis nicht relevant und die Umsetzung von Ergebnissen begrenzt ist. Zeitmangel wurde hier als wichtigste Barriere bei der Implementierung angesehen (Köpke et al. S. 167-168).

Methodik, Forschungsfrage und Ziel

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Forschungsdesign mit halbstrukturierten, leitfadengestützten Interviews gewählt,

um so die subjektiven Einstellungen der Pflegenden zu den kulturellen Barrieren bei der Umsetzung evidenzbasierter Pflege abfragen zu können (Bortz & Döring, 2006, S. 314). Die Transkription erfolgte mit Hilfe der Software „f4“, angelehnt an die Regeln nach Dresing & Pehl (2011). Die Datenanalyse der Interviews erfolgte nach dem neunstufigen Modell nach Mayring (2010) und anschließender deduktiver und induktiver Bildung von Kategorien (Mayring, 2010, S. 60). Ziel der Inhaltsanalyse nach Mayring war es, das Material, welches durch die Interviews entstanden ist, systematisch, theorie- und regelgeleitet zu analysieren (ebd., S. 11).

Aus der Problemstellung ergab sich folgende Forschungsfrage:

Welche Einstellung haben Pflegendе auf Intensivstationen gegenüber pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen im Kontext evidenzbasierter Pflege und wodurch wurden sie beeinflusst?

Ziel war es, die Einstellung Pflegenden auf Intensivstationen gegenüber pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen im Kontext evidenzbasierter Pflege und welche Faktoren sie beeinflussen, darzustellen, aber auch welche Maßnahmen sich die Pflegenden in Zukunft zur Förderung evidenzbasierter Pflege wünschen, um möglicherweise die Ausbildung der Pflegenden in Zukunft anzupassen.

Auswahl der Befragten

Die Anzahl der Interviewpartner sollte einem nach Helfferich (2011) beschriebenen mittleren Stichprobenumfang von sechs bis 30 Einzelfällen entsprechen (Helfferich, 2011, S. 173). Es wurden acht Interviews mit Pflegenden durchgeführt, die auf



(C) Beerhoff

Intensivstationen an vier Kliniken in Oberfranken/Bayern und Thüringen in Deutschland beschäftigt sind. Ein Pflegender lehnte die Anfrage zum Interview aus Zeitmangel ab. Als Einschlusskriterium für die Auswahl zum Interview wurde eine Beschäftigung auf einer Intensivstation als zwingend notwendig festgelegt. Es wurden Pflegende mit der Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege und ohne Fachweiterbildung ausgewählt. Eine gleichmäßige Verteilung der beruflichen Qualifikation und der Geschlechter wurde angestrebt. Ausgeschlossen wurden Pflegende, welche kürzer als ein Jahr auf einer Intensivstation beschäftigt waren. Der Grund hierfür ist, dass diese Mitarbeiter über zu wenig Erfahrung im Bereich der Intensivpflege verfügen. Insgesamt wurden fünf weibliche und drei männliche Personen befragt.

Erhebungsinstrument

Für die Erhebung wurde ein Interviewleitfaden erstellt, der vorab mit Experten diskutiert und bei einer Person getestet wurde, um eine gute Verständlichkeit der Fragen zu erreichen. Insgesamt ergaben sich drei Hauptfragen mit Unterfragen.

Durchführung der Datenerhebung

Die Interviews wurden an unterschiedlichen Orten in einer ruhigen Atmosphäre (z. B. Stationszimmer, Büro) durchgeführt. Alle Pflegenden erhielten mindestens drei Tage vor dem Interview das Informationsblatt und die Einverständniserklärung per E-Mail zugeschickt und schriftlich bestätigt. Somit waren diese über den Ablauf und die Freiwilligkeit der Teilnahme vorinformiert und kannten die Forschungsfrage. Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und fanden im Mai 2015 statt.

Durchführung der Datenanalyse

Die Datenanalyse orientierte sich an dem neunstufigen Modell nach Mayring (2010). Um aus dem transkribierten Datenmaterial herauszufinden, welche Abschnitte interpretierbar sind, musste nach der Transkription des Datenmaterials nach den Regeln von Dresing & Pehl mit Hilfe der Software F4-Audiotranskription® eine genaue Analyse des Materials erfolgen. Die Analyse erfolgte softwaregestützt mit MAXQDA®. Die Inhaltsanalyse sollte das Material auswerten und dabei systematisch, regel- und theoriegeleitet vorgehen (Mayring, 2010, S. 13, 52-60).

Ergebnisse

Es ergaben sich drei Hauptkategorien:

Einstellung von Pflegenden gegenüber pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse Kategorie, Beeinflussende Faktoren der Einstellung von Pflegenden, Wünsche, um in Zukunft besser pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen.

Einstellung von Pflegenden gegenüber pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse

In den Aussagen waren die Pflegenden alle positiv gegenüber pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen eingestellt. Die Pflegenden sagten aus, dass sich die Pflege nur durch wissenschaftliche Forschung weiterentwickeln kann. Als Beispiel von Professionalität wurden die Ärzte genannt, welche ihre Arbeit auch auf wissenschaftliche Erkenntnisse stützen. „Ich finde (.) ich finde die eigentlich sehr wichtig, weil es ja eine gewisse Professionalität von der Pflege aussagt. Ähnlich jetzt, wenn es mal mit den Ärzten vergleicht, die tun ihr Handeln meistens auch auf Studien oder wissenschaftliche Erkenntnisse stützen. Und warum soll man das in der Pflege nicht auch tun?“ (B5, Z. 12)

In Abgrenzung formulierten die Pflegenden aber auch, dass sie zwar eine positive Einstellung gegenüber pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen haben, jedoch sind bei der Umsetzung Barrieren beschrieben worden. Zum einen wurde von den Pflegenden formuliert, dass es an Material, Medien und Literatur fehle und es zum anderen kaum oder wenig Fortbildungsangebote zu dieser Thematik gebe. Ebenso ist die fehlende Zeit im Alltag eine Barriere. „So in deinem Alltag, (..), ja, (..) driftet man davon ab. Und ich glaube da dran scheitert auch die Umsetzung, weil man wahrscheinlich (..), keine Ahnung, nicht die Materialien, die Medien dazu hat, diese Informationen zu erreichen. Keine Schulungen, die diesbezüglich laufen und so weiter.“ (B6, Z. 8) „Also, ich würde mich damit mehr beschäftigen, wenn ich auch das Material dazu hätte.“ (B1, Z. 24) „(...) (.) dass häufig trotzdem einen Mehraufwand damit verbunden ist (..), um irgendwelche Assessments oder Assessmenttools mit auszufüllen (.). Ja, und das denke ich verhindert das, beziehungsweise wird oft nur schlampig ausgeführt, weil es einfach zu viel Zeit braucht.“ (B2, Z. 2)

Von einigen Pflegenden wurde ausgesagt, dass ihnen das Basiswissen zum Thema Pflegewissenschaft fehlt und die Verständlichkeit wichtig ist. „Im Prinzip stehe ich dem offen gegenüber, solange ich es verstehe.“ (B7, Z. 4)

Bei der Frage, ob denn aus Sicht der Pflegenden die Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse einen Einfluss auf die Patientenversorgung hat, schilderten die Pflegenden zur positiven Einstellung gegenüber pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse auch, dass diese sich auf die Qualität in der Pflege und somit auch auf die Patientenversorgung positiv auswirken. „Natürlich. Weil ich ja gezielt durch eine Pflegemaßnahme, die evidenzbasiert, nachgewiesen, dass sie eine Wirkung hat.“ (B6, Z. 10)

Fehlendes Interesse und mangelndes Bewusstsein von Kollegen gegenüber pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse sagte ein Befragter aus. Die Pflegenden sehen keine Notwendigkeit darin, dass sie ihr Handeln ändern, da es in der Vergangenheit nicht nötig war. „Ich habe oft das Gefühl, bei manchen das wird halt einfach so abgetan wie so Firlefanz, das ging doch die ganzen Jahre so auch.“ (B5, Z. 32)

Beeinflussende Faktoren der Einstellung von Pflegenden

Einige Pflegenden gaben an, in ihrer Einstellung zu pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen durch andere Personen in der Klinik beeinflusst worden zu sein. Am häufigsten wurden Ärzte als Personen genannt, welche die Pflegenden in Bezug zu wissenschaftlichen Erkenntnissen informell beeinflusst und mit Studienergebnissen aus dem Bereich Medizin konfrontiert haben. „Naja, vom ärztlichen Bereich kriegt man das dann schon immer mit, dass eben die sich oft nach Studien richten. Beziehungsweise wenn da wieder neue Erkenntnisse da sind, dann heißt es wieder in der und der Studie war es so.“ (B2, Z. 34)

Vier Pflegende gaben an, dass sie durch diese zweijährige Ausbildung vorwiegend in der Auseinandersetzung mit der Facharbeit beeinflusst worden sind. In der vorher absolvierten Grundausbildung wenig oder gar nicht. „Schon durch die, vor allem durch die Auseinandersetzung, durch das wissenschaftliche Arbeiten und stöbern im Internet und so weiter in Bezug auf die Facharbeit.“ (B6, Z. 14) „Also ich muss sagen, wie ich Ausbildung gemacht habe, (...), habe ich von Pflegewissenschaft persönlich nichts mitbekommen.“ (B2, Z. 30)

Einige Pflegende gaben an, dass sie das Angebot von (Fach-)Zeitschriften wahrnehmen oder das Internet nutzen. „Das einzige sind Fachzeitschriften,

die Schwester der Pfleger. Da sind oftmals neue Artikel drin, Erkenntnisse, Verweise auf irgendwelche Resultate, die umzusetzen sind.“ (B6, Z. 18)

Diskussion

Alle Pflegenden sind in ihrer Einstellung positiv gegenüber pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Aus Sicht der Pflegenden sind pflegewissenschaftliche Erkenntnisse ein wichtiger Aspekt in der Weiterentwicklung der Pflege und der Professionalisierung. Auch beschreiben die Befragten, dass die Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse aus ihrer Sicht die Qualität der Pflege verbessert und somit auch die Patientenversorgung. Doch trotz der positiven Einstellung formulierten alle Pflegenden Barrieren gegenüber der Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis. Diese waren unter anderem Zeitmangel, da z. B. Assessmentverfahren als zusätzliche Belastungen für den Tagesablauf auf Station empfunden werden und Konzepte bei der Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse im Stationsalltag fehlen. Bei der Frage nach den beeinflussenden Faktoren ergaben die Aussagen, dass die Pflegenden durch andere Personen in ihrer Einstellung geprägt worden sind. Hier wurden meist Ärzte genannt, von Pflegenden wurde keiner der Befragten beeinflusst. Hier zeigt sich deutlich, dass die niedrige Akademisierungsquote der Pflegenden keinen Einfluss auf die Einstellung anderer Pflegender hat. Ebenso wurde ein zu geringes Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten genannt. Die Pflegenden wünschten sich mehr übersichtlichere Literatur mit Erkenntnissen durch die Pflegewissenschaft und die Ausbildung von Experten. Aufgrund dieser Aussagen ist eine Diskrepanz zwischen der positiven Einstellung und der praktizierten Pflege auf Station zu bemerken. Auch wenn die Pflegenden die Pflegewissenschaft als positiv erachten, kommt es durch das fehlende Basiswissen, Zeitmangel in der Praxis und fehlendem Zugang zu Literatur zu Unsicherheit und fehlendem Interesse der Pflegenden.

Die vorliegenden Ergebnisse der Befragung von acht Pflegenden zeigt auf, dass die Pflegenden eine positive Einstellung gegenüber pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse haben, jedoch gibt es Barrieren bei der Umsetzung in die Praxis. Für den deutschsprachigen Raum liegen verschiedene Studien vor (Köpke et. al, 2013; Schnittger et. al., 2012; Breimeier et. al. 2011; Schubert & Wrobel, 2008). Wegen der verschiedenen Ausbildungs- und Gesundheitssysteme wurden die Ergebnisse überwiegend

mit deutschsprachiger Literatur verglichen.

In der Befragung von Köpke et. al (2013) stehen viele der Pflegenden evidenzbasierter Pflege positiv gegenüber, jedoch zeigt sich eine Diskrepanz zwischen positiver Einstellung und der tatsächlichen Umsetzung (Köpke et. al., 2013). Auch wenn grundsätzlich die Bereitschaft zur Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse besteht, kommt es nur zu einem geringen Transfer in der Praxis, was auch die Pflegenden in der Befragung formulierten. In allen Studien wurden Hindernisse oder Barrieren bei der Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse genannt. Alle acht interviewten Pflegenden in der vorliegenden Studie äußerten, dass Zeitmangel, fehlende Fachliteratur und Basiswissen die Umsetzung behindern, auch wenn ihre Einstellung dazu positiv ist. Bei Breimeier et. al. waren Zeitmangel (69,9 Prozent), Mangel an Wissen (45,5 Prozent) sowie Desinteresse (25,9 Prozent) die drei am häufigsten genannten Hindernisse (Breimeier et. al., 2011, S. 15). Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen Schnittger et. al. (2012) in einer Querschnittstudie. Dort war in den drei gemessenen Subskalen das „Interesse“ der Pflegenden an einem Theorie-Praxis-Transfer am stärksten ausgeprägt, dies im Vergleich zu „Wissen“ und zu „Bereitschaft“ zur Umsetzung in die Praxis. Weiterhin ergaben sich vergleichbare Ergebnisse zur Frage, ob pflegewissenschaftliche Ergebnisse relevant für die Praxis sind und Einfluss auf die Patientenversorgung haben (Schnittger, 2012). Bei Köpke et al. (2013) wurde das ähnlich deutlich positiv beantwortet, denn lediglich 12,4 Prozent der Befragten gaben an, dass Forschungsergebnisse nur für die Ausbildung, aber nicht für die Praxis relevant sind (Köpke et al., 2013). Die Ergebnisse sind der Untersuchung von Feick und Drossel ähnlich, da hier fast alle Befragten die Relevanz für die Praxis bestätigten. In der Einstellung negativer sind die Pflegenden in der Befragung von Schubert & Wrobel (2008). Die Pflegenden aus verschiedenen Fachrichtungen gaben an, dass sie nur geringe Vorteile für sich sehen, wenn sie Forschungswissen implementieren (46,4 Prozent) (Schubert & Wrobel, 2009). Bei Breimeier et. al. (2011) waren beinahe die Hälfte der Teilnehmenden (49,2 Prozent) nicht der Ansicht, dass Krankenpflege ein auf Forschung basierender Beruf sein soll (Breimeier et. al., 2011).

Vergleichbar waren die Ergebnisse von Schubert & Wrobel (2008) und Breimeier et. al. (2011) mit der Meinung der Pflegenden, dass Veränderungen nur wenig Vorteile für die Praxis bringen werden.

Jeweils 44,6 Prozent und 53,7 Prozent stimmten der Aussage zu. In der Untersuchung von Feick und Drossel gaben vier Pflegenden an, dass die Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse die Patientenversorgung positiv verbessert.

In den Aussagen über die beeinflussenden Faktoren zur Einstellung der Pflegenden gegenüber pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse wurden andere Personen in der Klinik (meist Ärzte) und die Ausbildung genannt. Sogenannte „leaders“, also speziell ausgebildete Pflegenden mit wissenschaftlicher Expertise, fehlen in der Praxis. Diese Notwendigkeit beschreiben auch Köpke et. al. (2013) und fordern auch eine akademische Ausbildung, um hier die Rahmenbedingungen zu verbessern und die Barrieren zum Teil zu beseitigen. Zwei Pflegenden äußerten sich dazu ähnlich, da sie die Ausbildung von Experten zu ausgewählten Themen empfahlen.

Die Pflegenden der Studie von Feick und Drossel wünschten sich in Zukunft gut verständliche und kurz zusammengefasste Ergebnisse der Pflegewissenschaft um diese besser umsetzen zu können. Dies begründen auch Köpke et. al. (2013) mit dem Ergebnis ihrer Studie, dass den Pflegenden Kompetenzen zur Beurteilung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse fehlen. In ihren Ergebnissen beschreiben Köpke et. al. (2013), dass Fort- und Weiterbildungen, Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte sowie Zugang zu Literatur Voraussetzungen für eine forschungsbasierte Pflege sind. Auch bei Breimeier et. al. (2011) wünschten sich 69 Prozent der befragten Pflegenden ein regelmäßiges Angebot zu Pflegewissenschaft und Pflegeforschung.

Auch wenn sich die Forschungsfrage dieser Untersuchung auf die Einstellung der Pflegenden gegenüber pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und den von Solomon & Spross (2011) beschriebenen kulturellen Barrieren beschränkt, zeigen die Ergebnisse der Untersuchung, dass diese Thematik sehr vielfältig ist. Auch wenn alle befragten Pflegenden eine positive Einstellung haben, hat sich gezeigt, dass die kulturellen Barrieren immer abhängig sind von den durch Solomon & Spross (2011) beschriebenen weiteren Barrieren. Das bedeutet, auch wenn die Pflegenden positiv gegenüber der Pflegewissenschaft eingestellt sind, kommt es nicht zu einer Umsetzung in die Praxis. Grund hierfür sind die technischen, strukturellen und strategischen Barrieren in den Kliniken.

Limitationen

Ein Vergleich mit internationalen erfolgte nur teilweise, da sich das Ausbildungssystem und die Rahmenbedingungen in der Praxis im Ausland wesentlich von denen in Deutschland unterscheiden. Trotz der beiden geführten Probeinterviews mit dem Interviewleitfaden ist eine weitere Anpassung der Fragen bei weiteren Untersuchungen notwendig. Eine differenzierte Untersuchung einzelner Ergebnisse muss weiter erfolgen.

Fazit für die Praxis

Die Ergebnisse und die aktuelle Literatur zeigen, dass die Pflegenden generell eine positive Einstellung gegenüber pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen haben. Jedoch werden die Aspekte wie Zeitmangel, fehlende Literatur und „leaders“ von den Pflegenden möglicherweise benutzt, um eine mangelnde Umsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse zu erklären. Aus- und Weiterbildung für Pflegenden muss im Kontext evidenzbasierter Pflege erfolgen, um deren Umsetzung zu fördern und das Pflegende wissenschaftliche Literatur besser verstehen. Exemplarisch sind die Strategien von Solomon & Spross (2010) zu nennen, denn hier werden bereits Lösungsvorschläge zur Überwindung von Barrieren bei der Implementierung evidenzbasierter Pflege beschrieben. Möglichkeiten zur Fortbildung, die Ausbildung von Experten zu bestimmten Themen und einen besseren Zugang zu Literatur sind notwendig.

Literatur

Abt-Zegelin, v. (2004). Fokus: Intensivpflege, Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH&CO. KG.

Behrens, J., & Langer, G. (2010). Evidence-based Nursing and Caring. Bern: Verlag Hans Huber.

Bortz, J., & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Breimeier, H. E., Halfens, R. J., & Lohmann, C. (2011). Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. Journal of clinical nursing. Journal of Clinical Nursing, S. 1744-1756.

Bundesgesetzblatt. (1999). Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000. Von Bundesanzeiger Verlag. Zugriff am 06.03.2015 unter http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl199s2626.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl199s2626.pdf%27%5D_1423646019748

Dewe, B. (2004). Von der Wissenstransferforschung zur Wissenstransformation. Vermittlungsprozesse - Bedeutungsveränderungen. In G. Antos, S. Wichter & J. Palm, Wissenstransfer durch Sprache als gesellschaftliches Problem. (S. 365-380). Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.

Dresing, T., & Pehl, T. (2011). Praxisbuch Transkription. Marburg: Eigenverlag.

Ewers, A., & Erbschwender, S. (2015). Entwicklung und Bedeutung der Gesundheitsberufe in der Intensivmedizin. In G. Marx, Die Intensivmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Friesacher, H. (1993). Psychosoziale Belastungen des Intensivpflegepersonals. Ursachen - Auswirkungen - Lösungsansätze. intensiv, S. 34-40.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2013). Intensivmedizinische Versorgung in Krankenhäusern Anzahl Krankenhäuser, Betten sowie Aufenthalte. Zugriff am 06.03.2015 unter www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FOR-PROC?TARGET=&PAGE=_XWD_316&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATAcube=_XWD_344&D.000=3725

Haas-Unmüßig, P., & Schmidt, C. (2010). Der Diskurs zu den Gütekriterien der qualitativen Forschung. Pflege, S. 109-118

Pflege Professionell - Das Fachmagazin 03/2016

Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Isfort, M. (2012). Pflege-Thermometer 2012. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Zugriff am 11.02.2015 unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf

Kaltwasser, A., Hermes, C., Dubb, R., & Stolecki, D. (2015). Intensivpflege. In G. Marx, Die Intensivmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Köpke, S., Koch, F., Behncke, A., & Balzer, K. (2013). Einstellungen Pflegenden in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. Pflege, S. 163-175.

Kuckartz, U. (2010). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Löffert, S., Blum, K., & Steffen, P. (2012). Grundständige Ausbildungen in der Intensiv- und Psychiatriepflege. Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meyer, G., & Köpke, S. (2012). Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? Pflege&Gesellschaft, S. 36-44.

Meyer, G., Berg, A., Köpke, A., Fleischer, S., & Langer, G. (2006). Kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege: Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen. Pflege Z, 59, 34-8. Pflegezeitschrift, S. 34-38.

Schnittger, T., Hilgefert, M., & Hauken, T. (2012). Status quo des Evidence-based Nursing: „Interesse, Wissen und Bereitschaft für den Wissenstransfer der Pflegekräfte in drei deutschen Kliniken“. Pflegewissenschaft, S. 140-150.

Schubert, B., & Wrobel, M. (2009). Identifizierung von Hindernissen, die die Implementierung von Forschungswissen in die Pflegepraxis hemmen. Lernwelten, S. 1-9

Solomons, N. M., & Spross, J. A. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. Journal of Nursing Management, S. 109-120.

Thiel, V., Steger, K.-U., Josten, C., & Schemmer, E. (2001). Evidence-based Nursing - missing link zwischen Forschung und Praxis. Pflege, S. 267-276.

Wissenschaftsrat. (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Zugriff am 06.03.2015 unter <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/24111-12.pdf>

Autor & Links



Matthias Drossel, MScN

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

Autor & Links



Frank Feick, BA

Medizinpädagoge,
freier Dozent im Gesundheitswesen,
Fachkrankpfleger Anästhesie und Intensivpflege,
Stv. Stationsleitung der Intensivstation der MEDINOS Klinik Sonneberg

Schmerz messen – was steckt hinter dem Wert?

„and pain is all around ...“ Simon&Garfunkel, „Brigde over troubled water“(1970)

Schmerzen sind die häufigsten Symptome, warum Menschen in einem Krankenhaus aufgenommen werden. Um zu erfahren, wie stark die Betroffenen ihren Schmerz fühlen, werden Schmerzskalen verwendet. Die am häufigsten verwendete Skala ist dabei die numerische Rankskala, kurz NRS. Mit Schmerzskalen wird versucht, den gefühlten Schmerz sichtbar zu machen, um ihn auch entsprechend behandeln zu können.

Doch was steckt hinter diesem Wert? Häufig ist zu beobachten, dass der von den Betroffenen angegebene Wert von den behandelnden/betreuenden Personen interpretiert, also bewertet wird. Kann das stimmen? Der Wert wird oft anders eingestuft, als ihn die Betroffenen angeben (vgl. Carr/Mann, 2014, S. 67). Es scheint schwierig, den Angaben über die Schmerzstärke Glauben zu schenken, da immer gleichzeitig die eigenen Erfahrungen der betreuenden Personen gegenüber gestellt werden.

Was macht es jedoch so schwierig, den Angaben der PatientInnen zu glauben? Im folgenden wird versucht, zu erklären, welche Faktoren bei der Schmerzmessung mitberücksichtigt werden müssen, um den Schmerzwert besser zu verstehen.

Was ist Schmerz?

Seit dem Schmerzmodell von Descartes wird, vereinfacht dargestellt, davon ausgegangen, dass Schmerz abhängig von einer körperlichen Schädigung ist und die Intensität vom Ausmaß der Schädigung bestimmt wird. Wenn wir uns jedoch den Schmerz vorstellen, den wir verspüren, wenn wir uns mit einem Blatt Papier in den Finger schneiden, dann wissen wir, dass so eine minimale Verletzung oft mehr schmerzt, als andere Schädigungen. Spätestens jetzt ist klar, dass die Schmerzintensität nicht immer mit dem Ausmaß einer körperlichen Verletzung einhergeht.

Verschiedene Faktoren können die Schmerzwahrnehmung zusätzlich beeinflussen, wie zum Beispiel kulturelle („ein Indianer kennt keinen Schmerz!“) oder soziale Aspekte. Die jeweilige Grundstimmung zum Zeitpunkt des Schmerzes wirkt sich auf die Schmerzwahrnehmung ebenso aus wie seelische Faktoren (vgl. Specht-Toman/Sander-Kiesling, 2005, S. 60f).

Greifen wir auf die heiße Herdplatte, entsteht nicht sofort Schmerz, erst die Summe des sensorischen Reizes in Kombination mit den Gefühlen



(Erschrecken, Angst) und den negativen Gedanken (wie schlimm ist es, entsteht eine Beeinträchtigung?) ergibt dann die Schmerzintensität.

„In Wirklichkeit ist Schmerz eine Melange aus körperlicher Sensation, Gefühlen und Informationsverarbeitung im Gehirn, das ein Verhalten auslöst. Genau genommen ist erst die negativ gefärbte Wahrnehmung eines Reizes Schmerz.“ (Albrecht, 2015, S. 60).

Schmerz wird daher erst verstanden, wenn er in Analogie zu den bisherigen eigenen Erfahrungen gesetzt wird (vgl. Müller-Busch, 2011, S. 167).

Die Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes hat die psychosozialen Aspekte bei der Schmerzwahrnehmung in ihrer Definition von 1994 berücksichtigt und beschreibt Schmerz als ein „unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis“ (Kröner-Herwig, 2011, S. 4). Der sensorische Reiz und das Gefühl, das bei einer Schädigung entsteht, wird als Schmerz verstanden, nicht bloß der Reiz allein. Daher kann mittels Schmerzerfassung nicht allein der Reiz, also die sensorische Komponente erfasst werden, die Gefühlskomponente wird immer gleichzeitig erhoben.

Wie werden SchmerzpatientInnen wahrgenommen?

Lösen Menschen mit Schmerzen im Rahmen einer Tumorerkrankung oder einem Trauma Mitgefühl aus, sorgen Menschen mit unspezifischen, nicht näher definierbaren Schmerzen oft für Unverständnis und Ratlosigkeit, die mit einer hohen Stigmatisierung gegenüber den Betroffenen und mit Begriffen wie „hysterisch“, „wehleidig“ und „arbeitsfaul“ verknüpft sind. Aussagen wie „das kann ja gar nicht so weh tun“ oder „da ist aber nichts, was weh tun kann“ geben den Betroffenen das Gefühl, in ihrem Leiden nicht wahrgenommen zu werden.

Wie entstand die Schmerzmessung?

Der Einsatz von numerischen Skalen ist nicht neu. So finden sich die ersten Erwähnungen von graphischen Ratingskalen schon 1921 bei Hayes & Patterson und wurden von Freyd 1923 erstmals genauer beschrieben (vgl. Freyd, 1923, S. 91f.). Diese Skalen waren Beurteilungs- bzw. Befindlichkeitsskalen, sie haben vor allem im Bereich der Psychologie die Befindlichkeit der KlientInnen erfasst („Wie fühlen Sie sich heute auf einer Skala von 0-10?“). Scott/Huskisson beschrieben die ersten Schmerzskalen 1976, wobei die Skalen damals auch vertikal

verwendet wurden (vgl. Scott/Huskisson, 1975, S. 176f).

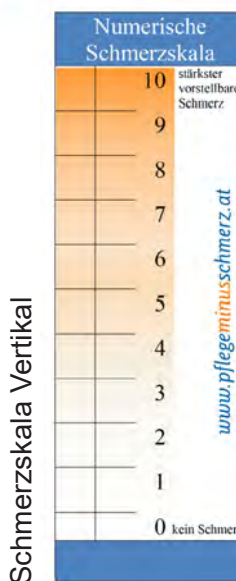
Der Dolormeter wurde als neue Messmethode in einer Studie von 1989 beschrieben, wobei hier der Schmerz und die Gemütsverfassung getrennt erhoben wurden. Schon damals wurde erkannt, dass das Schmerzgeschehen sehr komplex ist und die Kommunikation durch viele Faktoren beeinflusst wird. Die Studie zeigte, dass zwar der Schmerz mittels Dolormeter erfasst werden kann, nicht jedoch die psychosozialen Aspekte, die zweifelsohne beim Schmerz eine große Rolle spielen (vgl. Gablenz et al., 1989, S. 80f.).

Die numerischen Schmerzskalen messen daher meiner Meinung nach nicht nur die Intensität des Schmerzreizes, die Gedanken und Gefühle, die beim Schmerz entstehen, fließen in die Schmerzmessung unbewusst mit hinein. Wie oben beschrieben, kann Schmerz nicht isoliert wahrgenommen werden und daher auch nicht isoliert erfasst werden. Die früheren graphischen Rankskalen waren Befindlichkeitsskalen. Es wird bei der numerischen Schmerzskala immer auch die jeweilige Befindlichkeit mit erhoben. Wenn daher Angst den Schmerz verstärkt, wird ein höherer Schmerzwert angegeben. Es bedarf einer intensiven Nachfrage, um diese Angst als verstärkenden Faktor zu erfassen und entsprechend zu behandeln. Da genügt ein Schmerzmedikament allein oft nicht.

Zudem scheint es in unserem Sprachgebrauch durchaus sinnvoll, die Schmerzskala vertikal einzusetzen, die zeigt, dass unten wenig Schmerz und oben viel Schmerz empfunden wird. Horizontal befindet sich kein Schmerz und stärkster vorstellbarer Schmerz auf einer Ebene und ist unter Umständen schwerer vorstellbar.



Schmerzskala Horizontal



Was steckt hinter dem Schmerzwert?

„Wo bleibt das objektive Maß?“, zitiert Albrecht einen Arzt in seinem Buch über Schmerz. (Albrecht, 2015, S. 54). Eine objektive Messung wie beim Messen des Blutdruckes ist beim Schmerz nicht möglich. Der Schmerz bleibt eine individuelle und letztendlich einsame Erfahrung, da niemand außer den Betroffenen selbst sagen kann, wie der Schmerz gefühlt wird.

Der Schmerz bleibt auch beim Einsatz von Schmerzskalen immer subjektiv und ist ein Selbsteinschätzungsinstrument. Selbsteinschätzung bedeutet, dass die/der Betroffene sagt, wie der Schmerz empfunden wird und im Umgang mit den Schmerzskalen vertraut ist.

Das Messen der Schmerzintensität mithilfe der NRS setzt somit eine umfassende Schmerzanamnese sowie Schulung und Information der Betroffenen über die NRS voraus (vgl. DNQP, 2011, S. 26 und 30). Eine Schmerzanamnese, die sich auf das Abfragen von vorgegebenen geschlossenen Fragen (wie zum Beispiel: „Haben sie Schmerzen?“, „Nehmen Sie Schmerzmedikamente?“) beschränkt, und die schlicht mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden, ist wenig aussagekräftig, um die Patientin/den Patienten in ihrer/seiner Gesamtheit wahrzunehmen und zu verstehen.

Die Gedanken und Emotionen mitberücksichtigt, wird der von den Betroffenen angegebene Wert der subjektiv empfundenen Schmerzen realer sein, als wenn man nur die körperliche Einschränkung interpretiert.

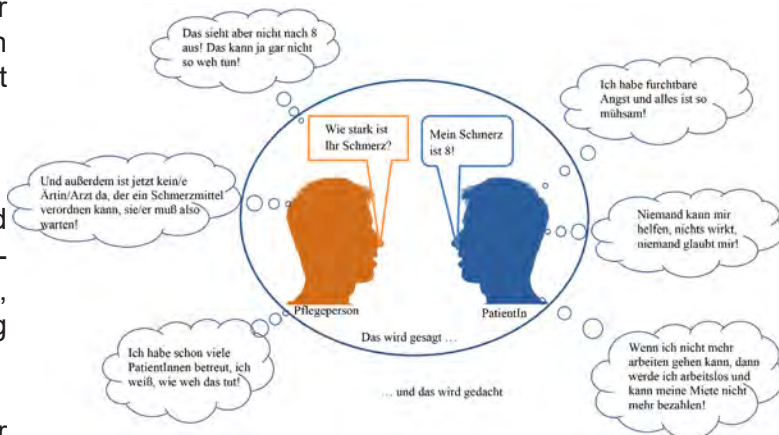
Die/der schmerzgeplagte Betroffene sieht nicht nur die Körperregion, die schmerzt, sie/er nimmt sich selbst als eine Einheit, als Ganzes wahr. Sie/Er sagt meist nicht „mein Meniskus schmerzt“, sondern „ich habe Schmerzen“.

Und dieses Ich setzt sich eben aus dem Körper sowie den Gefühlen und Gedanken zusammen. Die Schmerzintensität beinhaltet somit immer drei Komponenten: die körperlich empfundene, also der sensorische Reiz, die Gefühle und die Gedanken:

diese drei Komponenten ergeben in Summe den Schmerz nach der numerischen Rankskala.

$$\begin{aligned} &\text{Körperlicher Reiz durch Schädigung +} \\ &\text{Gedanken + Gefühle} \\ &= \\ &\text{Schmerzwert nach der numerischen} \\ &\text{Rankskala} \end{aligned}$$

Was meint also die Patientin/der Patient, wenn sie/er sagt, sein Schmerz ist „8“? Hier ein oft beschriebenes Beispiel aus der Praxis (Grafik):



Was sagt und was denkt die/der PatientIn?

Die Patientin/Der Patient gibt einen Schmerzwert von 8 nach der NRS an. Um auf die Ebene der Gedanken zu kommen, bedarf es von Seiten der Pflegeperson ein genaueres Nachfragen, hier können Fragen wie „beschreiben Sie mir Ihren Schmerz näher, was fühlen Sie, was denken Sie?“ hilfreich sein.

Betrachten wir zunächst den Gedanken „Ich habe fürchterliche Angst und alles ist so mühsam“. Würde hier ein schmerzlinderndes Medikament verabreicht werden, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die schmerzlindernde Wirkung nicht eintritt, da das Problem dahinter immer noch besteht: nämlich die Angst und das Mühsame. Mittels einfacher Fragetechniken der motivierenden Gesprächsführung kann auf Ängste eingegangen werden und die Situation, die als mühsam empfunden wird (zum Beispiel die eingeschränkte Beweglichkeit nach einer Operation?) angesprochen werden.

Auf den Gedanken „niemand kann mir helfen, nichts wirkt, niemand glaubt mir“ kann entsprechend mit einem Beratungs- und Informationsgespräch eingegangen werden. Dadurch wird der Patientin/dem Patienten zusätzlich vermittelt, dass ihr/ihm geglaubt wird und auch individuelle Lösungen möglich sind.

Auf den negativen Gedanken „wenn ich nicht mehr

arbeiten gehen kann, dann werde ich arbeitslos und kann meine Miete nicht mehr bezahlen“ gibt es den Ansatz der motivierenden Gesprächsführung, um solche Situationen anzusprechen und mögliche Ängste als begründet oder unbegründet zu interpretieren und entsprechend weitere Maßnahmen (zum Beispiel Gespräch mit PsychologInnen) einzuleiten.

Was sagt und was denkt die Pflegeperson?

Die Pflegeperson fragt mittels NRS nach dem Schmerz und bekommt zur Antwort den Wert 8. Der Gedanke der Pflegeperson „das kann ja gar nicht so weh tun“ kann mit Wissen aufgelöst werden. Schmerz ist immer subjektiv und individuell und niemand kann den Schmerz eines anderen nachempfinden. Es gibt keine Tabelle, kein Ranking, welcher Schmerz stärker oder schwächer ist.

Der Gedanke „der sieht aber nicht wie 8 aus“ erfordert ein bestimmtes Bild über die Mimik und Gestik bei einem Schmerzwert von 8. Wie muss denn eine Patientin/ein Patient mit Schmerz von 8 aussehen? Es gibt nach derzeitigem wissenschaftlichem Stand keine eindeutigen Mimik- und Gestikzeichen, die auf die bestimmte Schmerzstärke hinweisen.



Dieser Gedanke zeigt gut, wie die eigenen subjektiven Erfahrungen der Pflegeperson die Schmerzmessung beeinflussen.

Pflegepersonen können zwar durch ihre berufliche Erfahrung der Meinung sein, die körperliche Schädigung sei nicht so schmerzhaft, zur letztgültigen Beurteilung fehlen

ihnen jedoch die Emotionen und Gefühle sowie die sozialen Aspekte der Betroffenen, die in dieser schmerzvollen Situation entstehen. Daher kann nur die/der PatientIn selbst seinen Schmerz tatsächlich einschätzen.

Der Gedanke „und außerdem ist jetzt kein/e Ärztin/Arzt da, der ein Schmerzmittel verordnen kann, sie/er muss also warten!“ entsteht dann, wenn ÄrztInnen nicht immer erreichbar sind. Hier kann mit stationären Standards den Pflegepersonen größtmögliche Eigenständigkeit gegeben werden, sodass nach einem bestimmten Algorithmus vorgegangen werden kann. Es empfiehlt sich unter Berücksichtigung der Expertenstandards für akute wie für

chronische Schmerzen entsprechende Standards auf den jeweiligen Stationen zu implementieren, um die Wartezeit bis zu einer medikamentösen Verordnung zu verkürzen und um entsprechende nicht medikamentöse schmerzlindernde Maßnahmen komplementär anwenden zu können.

Zusammenfassung:

Jeder Schmerz hat seine eigene Geschichte und diese Geschichten führen zu einer Schmerzverstärkung oder Schmerzlinderung. Jeder Schmerz hat daher auch eine eigene Wahrheit. Kein Schmerz gleicht dem anderen, selbst wenn das Krankheitsbild und die Diagnose auf den ersten Blick gleich scheinen mögen. Die eigenen Erfahrungen, das soziale Umfeld, die Emotionen und Gedanken, die in einer Schmerzsituation entstehen, sind so vielfältig wie der Mensch selbst. Wie Simon & Garfunkel sehr treffend gesungen haben, „and pain is all around“, müssen beim Schmerz alle Faktoren rund um den Schmerz berücksichtigt werden.

Das Schmerzgeschehen kann nicht mit einfachen Modellen über Schmerzaufnahme und Schmerzweiterleitung erklärt werden, zu viele Variablen wie die Gefühle und Gedanken, die sozialen Verhältnisse, die berufliche Situation, die bisherigen Erfahrungen, das Umfeld, die Tageszeit spielen eine zusätzliche Rolle beim Verarbeiten von Schmerzen.

„Schmerz kann man nicht lehren“, zitiert Albrecht einen Arzt in seinem Buch „Schmerz. Eine Befreiungsgeschichte“ (Albrecht, 2015, S. 54). Schmerz muss in seiner Gesamtheit verstanden werden, um Patientinnen und Patienten umfassend betreuen zu können.

Autorin & Links



www.pflege-schmerz.at



Svetlana Geyrhofer, BA

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegerin (Schmerzmanagement)
Akademisch geprüfte Expertin in der Anästhesiepflege
Lehrgangsunterstützung der Fort- und Weiterbildung Schmerzmanagement
Pädagogin

Literatur:

Albrecht, H. (2015): Schmerz. Eine Befreiungsgeschichte. Pattloch-Verlag.

Carr, E./Mann, E. (2014): Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber. Bern.

Freyd, M. (1923): The graphic rating scale. Journal of Educational Psychology, 14, 83-102.

Gablentz, v. E./Heinen, B./Hesselbarth, S./Lanz, E. (1989): Differenzierung zwischen Schmerzintensität und Gemütsverfassung bei chronischen Schmerzpatienten. In: Der Schmerz. 3: 80-84. Springer-Verlag.

Hayes, M./Patterson, G. (1921): Experimental development of the graphic rating method. Psychological Bulletin, 18, 98-99.

Kröner-Herwig, B. (2011): Schmerz als biopsychosoziales Phänomen – eine Einführung. In: Kröner-Herwig, B./Frettlöh, J./Klinger, R./Nilges, P. (2011): Schmerzpsychotherapie. 7. Auflage. Springer-Verlag. Heidelberg Berlin. S. 3-13.

Müller-Busch, H.C. (2011): Kulturgeschichtliche Bedeutung des Schmerzes. In: Kröner-Herwig, B./Frettlöh, J./Klinger, R./Nilges, P. (2011): Schmerzpsychotherapie. 7. Auflage. Springer-Verlag. Heidelberg Berlin. S. 165-182.

Scott, J./Huskisson, E.C. (1975): Graphic representation of pain. In: Pain, 2: 175-184. Elsevier. Amsterdam.

Specht-Toman, M./Sander-Kiesling, A. (2005): Schmerz. Wie können wir damit umgehen? Patmos Verlag GmbH&Co. KG/Walter Verlag. Düsseldorf und Zürich.

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT



24. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Schmerzgesellschaft

19.-21. Mai 2016
Velden am Wörthersee

Zentraler Schmerz
Sozio-ökonomische Aspekte in der Schmerzbehandlung
mit Pflegesymposium am

Tagungspräsident:
R. Likar, Klagenfurt
19.05.2016
Tagungssekretär:
G.C. Feigl, Graz





ÖSTERREICHISCHER
GESUNDHEITS- UND
KRANKENPFLEGE-
VERBAND



aktion demenz
www.aktion-demenz.at



mikronährstoffCOACH
KongressKURS



LAZARUS

BildungsNetzwerk



Int. Jubiläums- Pflegekongress 2016

18. – 19. Mai 2016
Kongresshaus Bad Ischl, OÖ.

Aufbruch. Wandel. Widerstand.



*Feiern Sie mit uns – in entspannter Lernatmosphäre!
Mit spannenden Vorträgen und Round-Table Gesprächen.
Und zum Netzwerken bei Grillabend und Feuerwerk.*

**Nähere Infos und Online-Anmeldung im PflegeNetzWerk:
www.LAZARUS.at**

Ermäßigung für Gruppen, Schulklassen, Studiengänge sowie DBfK, ÖGKV und SBK (Ausweis)!

Wir danken unseren NetzWerk-Partnern für die kostenfreie Veröffentlichung

Fotos: iStockPhoto sowie Anja Hild, Bad Ischl



(C) ViewApart

Smartphones: Risiken und Nebenwirkungen

Das Smartphone ist das Schweizermesser des digitalen Zeitalters und wird vor allem von der überwiegenden Mehrheit der jungen Menschen benutzt. Umfragen zufolge beträgt der Anteil der Smartphone-Nutzer unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland bei mindestens 85%, und die Nutzer werden immer jünger: Waren früher der Übertritt in eine weiterführende Schule oder die Konfirmation Anlässe zum Verschenken eines Smartphones, bekommt man heutzutage sein erstes Smartphone schon zur Einschulung oder spätestens zur Erstkommunion! Ein Smartphone besitzt also nicht mehr wie noch vor wenigen Jahren der eine oder der andere junge Mensch, sondern mittlerweile nahezu jeder.

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen sind junge Menschen besonders aufgeschlossen für neue Kontakte mit anderen Menschen. Und da die sozialen Online Medien hier ganz neue Wege gehen, Gemeinschaft zu erzeugen – und wenn sie auch nur vorgegaukelt ist – sind junge Menschen besonders empfänglich für derartige Angebote. Sie essen ja auch gerne Popcorn, obgleich diese Speise vor allem Luft und leere Kalorien (Stärke und Fett) enthält, also Nahrung im Grunde nur vortäuscht anstatt tatsächlich Nahrung zu sein. Mit sozialen Online-Medien wie Facebook verhält es sich im Hinblick auf Sozialkontakte nicht anders: sie täuschen Freundschaften vor, wo in Wahrheit keine existieren. Aber die jungen Menschen fallen darauf herein, weil ihr

Gespür für wirkliche Begegnung noch ebenso in Entwicklung begriffen ist wie das für wirkliche Nahrung.

Zu den schädlichen Auswirkungen digitaler Informationstechnik und insbesondere von Smartphones auf die Bildung und die Gesundheit junger Menschen liegt mittlerweile eine große Zahl von Untersuchungen vor. Nachgewiesen sind im Einzelnen Sucht, Depressionen, Ängste, geringeres Mitgefühl (Empathie) und geringere Lebenszufriedenheit, Aufmerksamkeitsstörungen, Schlafstörungen (und dadurch Tagesmüdigkeit), Persönlichkeitsstörungen und vermehrte Aggressivität. Auf der körperlichen Ebene verursacht digitale Informationstechnik Bewegungsmangel und Haltungsschäden, Bluthochdruck, Übergewicht, und eine prädiabetische Stoffwechsellage (d.h. die Vorstufe von Zuckerkrankheit).

Hinzu kommen vermehrte Unachtsamkeit und Risikobereitschaft, gerade bei der Benutzung von Smartphones, was sich sowohl beim Straßen- als auch beim Geschlechtsverkehr auswirkt: In den USA sterben jährlich nach Untersuchungen der dortigen Behörden mehr als 400 Menschen durch das Lesen oder Schreiben von Textnachrichten beim Autofahren ("texting while driving"); und durch ungeschützten Gelegenheits-Sex (via sogenannter "geosocial networking phone apps" wie Tinder oder Grindr) steigt die Zahl der Geschlechtskrankheiten an, wie entsprechende Studien ebenfalls zeigen.

Aus psychiatrischer Sicht ist von Bedeutung, dass die neuen digitalen Medien auf vielfache Weise Angst schüren, die von kurzen Anwandlungen der Furcht und körperlicher Anspannung bis zur völligen Unfähigkeit zu vernünftigem Handeln reichen. Eine Ausprägungsform ist die Angst, etwas zu verpassen, die auch im deutschen Sprachraum mittlerweile als FoMO (engl. für *Fear of Missing Out*) bezeichnet wird. Diese Angst ist grundsätzlich nicht neu, denn schon immer gab es das Gefühl, nicht dabei zu sein und etwas zu versäumen. Seitdem es jedoch zum einen soziale Netzwerke wie *Facebook* gibt, in denen immerfort Millionen von Menschen irgendetwas tun und darüber berichten, und zum anderen Smartphones gibt, d.h. immer und überall verfügbare digitale Endgeräte, nimmt diese Angst enorm zu: Sie betrifft mittlerweile etwa zwei von drei Nutzern.

Fomotiker (ein neues Wort für diejenigen, die an FoMO leiden, analog zum „Neurotiker“) fürchten ständig, falsche Lebensentscheidungen zu fällen, und versäumen vor lauter Überlegen, was sie tun sollten, die besten Erfahrungen. Beständige innere Unruhe, Hetzen von Ereignis zu Ereignis, der ständige Blick auf die Uhr und die Sorge, man könnte woanders etwas verpassen sowie oft der Verlust der Fähigkeit, Dinge zu genießen, gehören zu den charakteristischen Symptomen.

Verwandt, aber nicht identisch mit der Angst, etwas zu verpassen, ist eine neue Form der Trennungsangst: Die Angst, von seinem Smartphone getrennt zu sein bzw. es nicht verwenden zu können. Die Bezeichnung „Trennungsangst“ ist dabei durchaus sinnvoll, geht es doch letztlich um das Abgeschnitten-Sein von technisch vermittelten Sozialkontakten – also tatsächlich um die Trennung von anderen Menschen. Auch für diese Angst gibt es schon ein neues Wort: Nomophobie – eine Wortschöpfung aus *no mobile phone* und *Phobie*. Auch diese Angst ist häufig und betrifft mehr als 50% aller Nutzer. Etwa jeder Zweite schaltet aufgrund solcher Ängste sein Mobiltelefon nie aus. Zwei Drittel der Nutzer schläft mit oder neben dem Smartphone (um nichts zu versäumen), ein Drittel hat sich schon während intimer Kontakte an seinem Smartphone gemeldet und ein Fünftel würde lieber ohne Schuhe aus dem Haus gehen als ohne Smartphone.

In mehreren experimentellen Studien ließ sich zeigen, dass häufige Smartphone-Nutzer, denen die Nutzung für einige Minuten verboten wird, mit Angst

und Stress reagieren: Puls und Blutdruck steigen und die Leistungsfähigkeit sinkt dramatisch.

Wer zudem abends vor dem Schlafengehen noch einmal auf seinen Computer oder sein Handy schaut (was über 80% bzw. über 90% aller Jugendlichen tun) der zerstört sich seinen Schlaf, weil das Blaulicht vom Bildschirm die Freisetzung des „Schlafhormons“ Melatonin hemmt. Hierdurch schlafen die jungen Leute heute bis zu zwei Stunden weniger pro Nacht und wachen zudem mit verstellter innerer Uhr – sie zeigt morgens noch Nacht an – auf. Beides bewirkt eine vermehrte Tagesmüdigkeit und mit der sitzen die jungen Leute dann in der Schule – langfristig ist das eine Bildungskatastrophe!

Hinzu kommt das hohe Sucht-Potential von Smartphones, obwohl die Smartphone-Sucht noch nicht so deutlich auf dem wissenschaftlichen Radarschirm zu sehen ist. Dies liegt daran, dass Wissenschaft Zeit braucht und das Smartphone noch nicht sehr lange existiert. Während daher die Computer- und Internet-Spielsucht mittlerweile wissenschaftlich gut untersucht und klar definiert ist – daran leiden ja nach untersuchter Population 3 bis 10% der Spieler – sind Daten zur Smartphone-Sucht noch Mangelware. Aber es gibt sie. Bei weltweit mittlerweile über sechs Milliarden verkauften Smartphones dürfte diese Form der Sucht mittelfristig enorm an Bedeutung gewinnen, wie das Beispiel von Süd-Korea zeigt, dem Land mit der weltweit stärksten Nutzung digitaler Informationstechnik durch Kinder und Jugendliche: Mit knapp 30% Smartphone-süchtigen Jugendlichen ist Süd-Korea weltweit trauriger Spitzenreiter. Aber der Rest der Welt holt rasch auf, nicht zuletzt Deutschland: Lag hierzulande der Anteil von Sucht nach (jeglichen) digitalen Medien noch vor wenigen Jahren bei 2-3%, so wird nach einer neuen Studie vom Herbst 2015 der Anteil der allein durch das Smartphone im Hinblick auf Sucht als gefährdet einzustufenden Acht- bis Vierzehnjährigen mit 8% angegeben.

Seit Mai 2015 gibt es daher in Süd-Korea – weltweit erstmals im weltweit am stärksten betroffenen Land – ein Gesetz, das die Smartphone-Nutzung von Menschen unter 19 Jahren drastisch reglementiert und einschränkt. Dazu wird Software verwendet, die z.B. *Smart Sheriff* heißt und den Zugang zu Pornographie und Gewalt blockiert, die Nutzungszeit registriert und die Eltern informiert, wenn diese eine Grenze überschritten hat oder wenn bestimmte Wörter („Selbstmord“, „Schwangerschaft“,

„Mobbing“) ins Smartphone eingegeben wurden. Zudem werden die Eltern angeschrieben, wenn der tägliche Smartphone-Gebrauch (der in Süd-Korea insgesamt bei 5,4 Stunden täglich liegt; vgl. Chen 2015) ein bestimmtes, voreingestelltes Maß überschritten hat.

So umstritten diese Maßnahme auch ist (Anderson 2015), so zeigt sie doch eines sehr deutlich: Dass ein Staat begriffen hat, dass seine Grundfesten erodieren, wenn man junge Menschen und deren Bildung dem unkontrollierten Profitstreben von Firmen überlässt, die zu den reichsten der Welt gehören. Google, Apple, Microsoft, Amazon und Facebook gehören zu den 10 reichsten Firmen der Welt und haben zusammen eine Marktkapitalisierung von über 2500 Milliarden US\$. Wir Erwachsene haben die Verantwortung für die körperliche und geistige Gesundheit unserer Kinder!

Zu den angeführten negativen Effekten von Smartphones auf die Gesundheit junger Menschen kommen deren Auswirkungen auf die Bildung: Smartphones beeinträchtigen die Gehirnentwicklung, die Aufmerksamkeit, das Lernen und damit die Bildungskarriere. All dies wirkt sich wiederum negativ auf die Gesundheit aber auch auf deren Einkommen sowie die Lebenszufriedenheit und das Glück der nächsten Generation aus.

Diese Auswirkungen der übermäßigen Smartphone-Nutzung auf die Bildung junger Menschen sind in ihrem vollen Umfang sowie ihrer Tragweite heute noch keineswegs erschöpfend wissenschaftlich untersucht. Aber das, was man jetzt schon weiß, sollte Anlass zu großer Besorgnis, Zurückhaltung bei der Nutzung und vor allem zu weiteren Forschungsbemühungen sein. Denn Bildung und Gesundheit betreffen nicht nur den Einzelnen, sondern sind langfristig entscheidend für das Bestehen unserer Gesellschaft. Unter dieser Perspektive kommt den negativen Auswirkungen des Smartphones auf die Entwicklung sozialer Fähigkeiten – von Empathie über Autonomie bis zur Demokratie – eine ganz besondere Bedeutung zu, auf die gerade in jüngster Zeit mit zunehmender Dringlichkeit hingewiesen wird, wie beispielsweise das vom Spektrum Verlag publizierte Digitale Manifest zeigt.

Leider weigern sich viele „Experten“ bislang mehr oder weniger, die Gefahren digitaler Medien mit Hilfe dessen, was wir aus der Gehirnforschung wissen, zu untermauern. Betrachten wir als aus meiner

Sicht besonders wichtiges Beispiel die Auswirkungen des Smartphones auf das Wollen. Ebenso wie das Laufen oder das Sprechen ist die Gehirnfunktion des Wollens das Ergebnis eines Lernprozesses: Die entsprechenden Zentren für „exekutive Kontrolle“ (der Philosoph Immanuel Kant hätte gesagt: „autonome Willensakte“) im Frontalhirn sind zwar zum Zeitpunkt der Geburt schon vorhanden, müssen jedoch (wie die Zentren für Motorik oder Sprache) ein Training durchlaufen, wodurch ihre Funktion überhaupt erst entsteht. Beim Laufen richtet sich ein kleines Kind irgendwie – z.B. an einem Sofa oder Stuhl oder am Bein der Großmutter auf und balanciert auf zwei Beinen, bis es wieder mehr oder weniger sanft auf seinem Popo landet. Tausende solcher Erfahrungen bewirken schließlich, dass motorische Areale die richtige Anzahl von Aktionspotentialen an die richtigen Muskeln sendet, um die Balance zu halten und nicht um zu fallen. Das Laufen – d.h. die allgemeine Fähigkeit, sich auf zwei Beinen und gewissermaßen dauernd im Umfallen befindlich aufrecht zu halten und sehr effizient fort zu bewegen – lernt man also von Fall zu Fall!

Wichtig dabei ist, dass man hier eine allgemeine Fähigkeit anhand einzelner Erfahrungen lernt. Nicht anders ist es beim Erlernen der Sprache: Schon das Neugeborene reagiert anders auf die Laute der Muttersprache als auf andere Sprachlaute, und auf Sprachlaute anders als auf andere, nicht-sprachliche Töne oder Geräusche. Im Lauf der ersten Jahre lernt es dann Wörter und deren Benutzung (Semantik, Grammatik), jeweils völlig ohne „Pauken“, weil sein Gehirn bei entsprechendem Input den Rest von selbst erledigt.



(C) Picture-Factory

Und ebenso ist das beim Wollen. Ein junger Mensch will ständig etwas, weil er Spaß daran hat: Toben, Singen, Klettern, Malen, Spielen... Er wird sich dabei anstrengen und Mühe geben, aber nur dann, wenn es Spaß macht! Es geht jeweils darum, ein Ziel zu haben und durchzuhalten, bis es erreicht ist. Wer auf einen Baum klettern will, der hat seinen Spaß am Klettern und freut sich vor allem, wenn er oben ist! Hat er nämlich sein Ziel erreicht, ist er stolz! Das Ziel vor Augen, die Vorfreude darauf und der Spaß an der Tätigkeit helfen ihm dabei, seine Willenskraft auszubilden. So lernt er in tausenden solcher Erfahrungen: Ich nehme mir etwas vor und kann es auch erreichen. Das Wollen und nicht abgelenkte Durchhalten wird also genau so trainiert wie das Laufen und das Sprechen: in tausenden kleinen Schritten und Sätzen.

Aufmerksames Durchhalten, „sein Ding zu machen“ (wie der Rockmusiker Udo Lindenberg sagen würde), lernt man nicht, wenn man dauernd nur reagiert (auf die nächste Mail, SMS, Facebook- oder Whatsapp-Meldung oder den nächsten Tweet), weil man permanent einen Ablenker erster Güte – sein Smartphone – mit sich herumträgt!

Das Jugendwort des Jahres 2015 – Smombie, die Zusammensetzung aus Smartphone (dem vielfach vor allem zum Spielen verwendeten Schweizermesser des digitalen Zeitalters) und Zombie (seiner Seele beraubter willenloser Mensch) – trifft diesen Tatbestand punktgenau: Smartphones zerstören die eigene Aktion, den Willen und damit die eigene Autonomie – das Selbst Sein. Früher hätte man gesagt: die Seele des Menschen. Das ist wohlge-merkt nicht die Behauptung eines bekanntermaßen medienkritischen Ulmer Psychiaters, nein, es ist die zum Wort geronnene Einsicht der jungen Leute in unserem Land, die von Vielen erlebten (und zudem wissenschaftlich erwiesene) Tatsache, dass Smartphones auf junge Menschen besonders gravierende psychologische Auswirkungen haben. So gesehen ist die globale Verbreitung von Smartphones vor allem eines: eine gesellschaftliche Katastrophe! Denn ohne eigenen Willen gibt es keine Autonomie und ohne Autonomie der Einzelnen ist Demokratie nicht möglich.

„Wissen Sie, Herr Spitzer, dass unsere angehenden Lehrlinge keine Prozent- oder Bruchrechnung mehr können, ist ja nicht das Problem – das können wir ihnen beibringen. Das wirkliche Problem ist: Die jungen Leute WOLLEN nichts mehr!“ – Dies

sagte mir der Personalchef eines großen deutschen Technologie-Konzerns schon vor einiger Zeit. Der Satz zeigt an, dass auch die Wirtschaft zumindest beobachtet (wie unsere Lehrer und Professoren auch), dass es mit dem Wollen junger Menschen derzeit schlecht bestellt ist. Diese wiederum klagen über „Druck“ und „Stress“, vergessen dabei jedoch, dass sie sich dies selbst erzeugen: denn Autonomie – das Gegenteil von Druck und Stress – kann man sich nur selbst nehmen, wenn man die Voraussetzungen dafür zuvor tausendfach „im Kleinen“ durch vielerlei eigene Aktivitäten (Sport, Musik, Theater, Arbeiten mit den Händen) eingeübt hat.

Für eine gut verlaufende körperliche, geistige und soziale Entwicklung der nächsten Generation zu sorgen, ist unsere wichtigste Aufgabe zur Sicherung unseres Gemeinwohls, unserer Zukunft und unserer Kultur. Der ungezügelt und allein dem Markt überlassene Gebrauch von Smartphones richtet großen Schaden an im Hinblick auf Gesundheit, Bildung, die Fähigkeit zu Empathie, Autonomie, Demokratie und damit glückender Zukunft. Die genannten Auswirkungen sind vor allem deswegen so bedeutsam, weil vor allem jüngere Menschen und von diesen nahezu alle betroffen sind. Handeln wir entsprechend!

Autor



Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer

studierte in Freiburg Medizin, Psychologie und Philosophie. Nach seiner Promotion in Medizin und Philosophie und seiner Habilitation für das Fach Psychiatrie war er als Oberarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg tätig. Drei Forschungsaufenthalte in den USA an der Harvard University und der University of Oregon prägten das weitere wissenschaftliche Werk von Manfred Spitzer an der Schnittstelle von Neurobiologie, Psychologie und Psychiatrie. Seit 1997 ist Manfred Spitzer Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Ulm. 2004 gründete er das Transferzentrum für Neurowissenschaften und Lernen (ZNL), das im Bildungsbereich sowohl Grundlagenforschung betreibt als auch Bildungseinrichtungen evaluiert und sie bei der Weiterentwicklung ihrer pädagogischen Arbeit begleitet. Manfred Spitzer ist Autor zahlreicher Bestseller.

(C) Daniel Ernst



verhindern. Allen voran gilt es nicht zu vergessen, das persönliche Schlafbedürfnis, den biologischen Rhythmus zu berücksichtigen, ob FrühaufsteherIn oder LangschläferIn (Lerche oder Eule).

Die Auswirkungen von mangelhaftem Schlaf spüren Menschen unmittelbar und die Wissenschaft liefert ihrerseits entsprechende Erkenntnisse.

Zahlen, Daten und Fakten

Ein Drittel unseres Lebens verbringen wir mit Schlafen. Behandlungsbedürftig sind Schlafstörungen dann, wenn über mehr als einen Monat regelmäßig drei bis vier Nächte pro Woche der schlechte Schlaf auch zu Tagesbeeinträchtigungen führt. (U.Bühring) In einer Umfrage der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zeigte sich, dass bei Frauen zwischen 50. und 59. Lebensjahr, also bei Frauen in den Wechseljahren, Schlafstörungen um 260(!) Prozent anstiegen.

Schlafstörungen gehören zu den belastendsten WJ-Symptomen und sind sehr komplex. Nicht allein der sinkende Östrogenspiegel ist dafür verantwortlich, sondern auch das Gehirn, indem es weniger Botenstoffe /Neurotransmitter wie Acetylcholin und Noradrenalin ausschüttet und Melatonin, auch als Schlafhormon bezeichnet, sich reduziert.

Bei Frauen, die keine Schlafstörungen angeben, aber morgens müde und abgeschlagen erwachen, ist auch an eine Schlafapnoe zu denken. Bei einer Schlafapnoe kommt es zu kurzen Atemaussetzern, der Schlaf wird unregelmäßig und die Betroffenen fühlen sich tagsüber wie gerädert, was wiederum zu Konzentrationsproblemen und erhöhter Unfallgefahr und Fehlerquote führen kann. Ein weiterer Grund für Schlafstörungen im Wechsel können die nächtlichen Schweißausbrüche sein. Schlafstörungen und depressive Symptome verstärken sich wechselseitig.

Körpereigene Stoffe, die im Wechsel für einen ausgewogenen Schlaf-Wach-Rhythmus mitverantwortlich sind:

Steroidhormone

Steroidhormone sind Steroide, die als Hormone wirken. Zu ihnen gehören die Sexualhormone und die Corticosteroide der Nebennierenrinde.

Steroidhormone leiten sich vom Cholesterin ab,

Guter Schlaf im Wechsel – ein Traum!

Zu einem guten, möglichst gesunden Leben, gehört auch ein guter, gesunder Schlaf. Im Schlaf erholt sich der Mensch, sämtliche Organsysteme und das Immunsystem werden gestärkt.

Das persönliche Schlafmuster ist im Laufe des Lebens immer wieder Veränderungen unterworfen und die Vorstellungen vom guten Schlaf sind von Mensch zu Mensch verschieden.

Manche Frauen im Wechsel brauchen nun mehr Schlaf als zuvor, andere leiden unter Schlaflosigkeit oder der Schlaf ist nicht mehr so erholsam wie in jüngeren Jahren.

Wenn Frauen in den Wechseljahren unter massiven Schlafstörungen leiden, so hat das nicht ausschließlich mit der Veränderung der Sexualhormone bzw. den Steroidhormonen zu tun, sondern damit einhergehend auch mit dem physiologischen Alterungsprozess. Hormone und Alter(n) sind zwar wesentlich am Schlaf beteiligt, aber ebenso können Kummer und Sorgen, Erregungszustände, Stress, Krankheiten, eine fremde Umgebung, Ernährung, Medikamente, ein unpassender Schlafplatz oder Störungsquellen wie Licht und Lärm einen erholsamen Schlaf beeinflussen oder

sind gut fettlöslich und schwer wasserlöslich. Sie können im Gegensatz zu den anderen Hormongruppen direkt in die Zelle gelangen, dort binden sie an ihre entsprechenden Rezeptoren und können so ihre Wirkung entfalten. Steroidhormone sind durch ihre Lipophilie in der Lage, die Blut-Hirn-Schranke zu überwinden.

Ausgehend vom Cholesterin entsteht Pregnenolon, die zentrale Ausgangsverbindung der Steroidhormonbiosynthese. Über drei verschiedene Wege entstehen aus Cholesterin die Mineralocorticoide, Glucocorticoide und Geschlechtshormone. Dies geschieht in der Nebennierenrinde und in den männlichen und weiblichen Gonaden (Hoden und Eierstock). Ihre Wirkungsdauer geht von einigen Stunden bis zu Tagen, wonach sie in der Leber wieder abgebaut werden. Was auch erklärt, dass der Leber besonderes Augenmerk zu widmen ist.

Der Ausstoß der Steroidhormone wird von den Hormonen der Hypophyse kontrolliert, diese wiederum werden von den Neuronen des Hypothalamus gesteuert. Dabei gibt es sogenannte negative Rückkopplungsmechanismen, das heißt, wenn z. B. von der Nebennierenrinde zu viel produziert wird, registriert dies Hypothalamus und Hypophyse, diese schütten weniger trophische Hormone vom Glycoprotein und Peptidtyp aus (z. B. ACTH).

Es gibt im Wesentlichen 3 Kategorien für Steroidhormone im menschlichen Körper:

1. **Glucocorticoide:** zum Beispiel Cortisol. Es hat stoffwechselregulatorische Aufgaben im Sinne der Energiebereitstellung (heben den Kohlenhydrat Spiegel im Blut) und organphysiologische Aufgaben: sie verhindern ein Überschießen der Immunreaktionen und Entzündungsreaktionen des Körpers, sie finden ihren Einsatz in der Immunsuppression und haben regulatorische Funktionen im Wachstum, Herz-Kreislaufsystem, Tag-Nacht-Rhythmus und induzieren Stressreaktionen.

2. **Mineralcorticoide:** beispielsweise das Aldosteron. Aufgaben: Regulation des Wasser- und Elektrolythaushalt.

3. **Geschlechtshormone: Testosteron, Östrogen, Gestagen**

Testosteron: bei Frauen produzieren die Ovarien und die Nebennierenrinde geringe Mengen an Testosteron. Ein Vorläufer des Testosterons ist

DHEA (Dehydroepiandrosteron), in Abhängigkeit vom jeweiligen hormonellen Niveau kann es sich wie ein Estrogen oder wie ein Androgen verhalten.

Estrogene, besser bekannt unter Östrogene, sind die wichtigsten weiblichen Sexualhormone unter den Steroidhormonen. Sie werden hauptsächlich in den Ovarien in Follikeln und im Gelbkörper, zu einem geringeren Teil auch in der Nebennierenrinde, produziert. Während der Schwangerschaft werden die Estrogene auch in der Plazenta gebildet. Auch Männer produzieren im Hoden kleine Mengen an Estrogenen; zudem wird ein gewisser Teil des Testosterons im Fettgewebe durch ein Enzym, die sogenannte Aromatase, in Estrogene umgewandelt.

Gestagene: das wichtigste ist das Progesteron, es reguliert den Zyklus im engen Zusammenspiel mit den Hypophysenhormonen (FSH, LH) und den Estrogenen.

Vitamin D (Cholecalciferole) zählt genaugenommen ebenfalls zu den Steroidhormonen, zuständig für die Regulation des Calciumphosphathaushaltes, unter anderem bewirkt es, dass mehr Calcium aufgenommen und in den Knochen eingebaut wird. Es wird physiologischerweise schrittweise in Haut, Leber und Niere synthetisiert.

Neueren Studien zufolge, ist eine gute Versorgung mit Vitamin D nicht nur im Zusammenhang mit Knochengesundheit und Immunsystem von Bedeutung, sondern könnte auch einen Schutz vor Krebserkrankungen darstellen (wobei bei bösartigen Erkrankungen stets mehrere Faktoren eine Rolle spielen).

Schlafprobleme und Gedächtnis

Von zentraler Bedeutung bei Schlafstörungen im Wechsel ist Melatonin.

Melatonin ist ein Hormon, das in der Zirbeldrüse (Epiphyse) aus Serotonin produziert wird und den Tag-Nacht-Rhythmus des menschlichen Körpers steuert, also eine wesentliche Rolle für einen guten Schlaf einnimmt.

Die Bedeutung des Melatonins bei Jet-Lag und Schichtarbeit ist allgemein anerkannt. Die Melatonin-induzierte Tiefschlafphase stimuliert die Ausschüttung des Wachstumshormons **Somatropin**. Störungen führen zur Somatopause. Die Somatopause ist eine Lebensphase, in der das Hormon Somatotropin im Vorderlappen der Hypophyse nicht

mehr ausreichend gebildet und ausgeschüttet wird. Sie tritt bei Menschen im mittleren Alter auf, parallel zur Menopause/ Andropause. Dadurch vermindert sich die anabole Wirkung von Somatotropin, insbesondere der stärkende und erhaltende Einfluss auf Sehnen, Bindegewebe und Muskulatur.

Weitere wichtige Melatonineffekte liegen in seiner Wirkung als Antioxidans. Eine Verringerung oder eine Erhöhung des Melatoninspiegels im Blut bewirkt Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Biosynthese erfolgt aus Serotonin, das aus der Aminosäure Tryptophan erhalten wird.

Im Winter, wenn das Tageslicht nur wenige Stunden vorhält, bleibt der Melatoninspiegel auch tagsüber erhöht. Als Folge davon können Müdigkeit, Schlafstörungen und Winterdepressionen auftreten. Als Gegenmaßnahme wird empfohlen, die kurze Phase von Tageslicht für Spaziergänge zu nutzen. Alternativ kommt auch eine Lichttherapie in Frage.

Ein zu niedriger Melatoninspiegel kann folglich mit Schlafstörungen einhergehen. Erholbarer Schlaf ist wichtig für ein funktionierendes Gedächtnis. Einer der Gründe dafür könnte der Einfluss von Melatonin auf den Hippocampus sein. Diese Region im Gehirn ist wichtig für das Lernen und Erinnern. Durch die Wirkung von Melatonin ist die neurophysiologische Grundlage von Lernen und Gedächtnis, die synaptische Plastizität, einem deutlichen Tag-Nacht-Rhythmus unterworfen. Lernen im Schlaf ist kein Ammenmärchen!

Die Einnahme von Melatonin-Präparaten wird kontrovers diskutiert.

Es gibt verschiedene Studien, die die gute Wirksamkeit von retardiertem Melatonin belegen. Nachgewiesene Effekte sind unter anderem die nachhaltige Verkürzung der Einschlafzeit, die Verbesserung der Schlafqualität, sowie die Verbesserung der morgendlichen Aufmerksamkeit und Tagesleistung. Vorsicht ist demnach geboten, da Wechselwirkungen mit Antithrombosemitteln und Antiepileptika möglich sind und derzeit noch keine Langzeitanalysen vorliegen.



Tipps gegen Schlaflosigkeit:

Die Wechseljahre können den Anstoß geben, sich erneut mit grundlegenden Sinn-Fragen zu beschäftigen:

- Was raubt mir den Schlaf?
- Was lässt mich nicht zur Ruhe kommen?
- Die Wunderfrage: wenn über Nacht ein Wunder geschehen würde, wie zeigt es sich, wie fühlt es sich an und wer merkt es noch?

Die Wechseljahre verstärken unsere Gehirn- und Denkmuster und beleuchten jene Gebiete, die der Unterstützung oder Veränderung bedürfen: Arbeitsplatz, Liebesbeziehungen, Freundschaftsbeziehungen, Wohnform u.a.m.

Der Versuch, mentale Symptome durch Verleugern, Psychopharmaka oder selbst durch eine überzogene Abhängigkeit von mentalen Techniken wie Meditation zu bekämpfen oder zu kontrollieren, ist letztlich zum Scheitern verurteilt. Vielmehr muss die Botschaft hinter den Symptomen entschlüsselt werden, durch umfassende Informationen und gegebenenfalls der Bereitschaft, das eigene Leben zu verändern. Das verlangt Mut und Vertrauen! (Ch. Northrup)

Love it, change it or leave it.

Medizinische Maßnahmen: anamnestische und diagnostische Abklärung bei Ärztin/Arzt um Krankheiten oder eventuelle Mangelerscheinungen von Vitaminen und Mineralstoffen auszuschließen bzw. bei Schlafapnoe ein Schlaflabor aufzusuchen. Medikamente können das Schlafverhalten sowohl negativ wie positiv beeinflussen (Herz-Kreislaufmedikamente, Diuretika, Thyreostatika, Psychopharmaka, Schlafmittel, Analgetika u.a.)

In bestimmten krisenhaften Lebensphasen können Medikamente wie Schlafmittel lebensrettend sein, doch sollten sie nicht länger als zwei Wochen

eingenommen werden, da sowohl der Gewöhnungseffekt, wie auch die Nebenwirkungen zu beachten sind. Östrogene und Progesteron in Medikamentenform können ebenfalls einen positiven Einfluss auf die Schlafqualität haben.

Ernährung:

- Leichte Kost zum Abendessen und je nach Konstitution, eigener Erfahrung und persönlicher Vorliebe auf Rohkost abends verzichten.
- Zuviel Alkohol vorm Schlafengehen meiden, er kann zwar das Einschlafen fördern, der regenerative Schlaf wird jedoch reduziert oder gar verhindert. Eine Alternative stellt alkoholfreies Bier dar, der darin enthaltene Hopfen wirkt schlaffördernd.
- Aufputzmittel wie Kaffee, Schwarztee, Grüntee oder Cola reduzieren und abends/spätnachmittags meiden.
- Den Leberstoffwechsel unterstützen, wenn die Aufwachzeit regelmäßig zwischen ein und drei Uhr morgens liegt (nach der chinesischen Organuhr) mit Gewürzen, Kräutern und fallweise Leberwickel: Gelbwurz, Löwenzahn, Mariendistel, Artischocke, Schafgarbe u.a.
- Vermehrt auf eine Zufuhr von B-Vitaminen achten: enthalten in Hefe, Fisch, Geflügel, Leber, mageres Fleisch, Linsen, Kohl, Erdnüsse, Sesam, Weizenkeime u.a.
- Tryptophanhaltige Lebensmittel auf den Speiseplan setzen: Hafer, Cashewkerne, Milch, Kakao, Bananen - sie enthalten zusätzlich Kalium, Magnesium, Phosphor und Selen.

Naturheilkunde:

- Besonders bewährt haben sich Baldrian, Melisse, Hopfen, Passionsblume, Lavendel, Weißdorn bei unruhigem Herzen, Johanniskraut bei depressiver Stimmungslage.
- Ergänzend bei hormonellen Dysbalancen im Wechsel: Rotklee, Traubensilberkerze, Soja, Leinsamen frisch geschrotet, Salbei u.a.
- Homöopathie, Blütenessenzen, Schüsslersalze, wie auch Heilkräuter nur nach individueller, fachkundiger Beratung.

Schlafhygiene:

Störquellen ausschalten oder aus dem Schlafzimmer entfernen, auf die richtige Zimmertemperatur achten (16-19 Grad Celsius), atmungsaktive Bettwäsche bevorzugen (Baumwolle, Leinen, Seide), Ohrstöpsel oder getrennte Schlafzimmer, wenn der/die PartnerIn schnarcht, für Dunkelheit sorgen eventuell unterstützend durch eine Schlafbrille,

eine regelmäßige Schlafenszeit einhalten und Erfolgsdruck vermeiden, das Hamsterrad-im-Kopf zum Stillstand bringen. Aufregende Filme, Bilder, Bücher, Musik und Diskussionen vor dem Schlafengehen vermeiden. Schlafengehen, wenn die Müdigkeit spürbar wird.

Die drei wichtigsten Regeln:

1. Vorm Schlafengehen: Alltag und Licht ausschalten!
2. Schlafritual einführen z.B. ein Schlummerbad nehmen, ein Fußbad und/oder eine Fußmassage, Schlummermusik statt wilder Actionfilme, Zeit und Raum für Zärtlichkeit und/oder Sexualität schaffen, eine Gute-Nacht-Geschichte lesen oder vorlesen lassen, einen flotten Abendspaziergang machen oder Yoga oder Autogenes Training oder meditieren ...
3. Nur keine Panik!

Denn wo die Sorge haust, lässt sich der Schlaf nicht nieder. (Shakespeare)

Quellen:

- Dr.in Susan Love: Das Hormonbuch, Fischer Taschenbuch, 5.Auflage, 2004
- Dr.in Ch. Northrup: Wechseljahre, ZSVerlag, 2.Auflage, 2003
- Ursel Bühring: Praxislehrbuch Heilpflanzenkunde, Karl F.Haug Verlag, 4.Auflage, 2014
- <https://de.wikipedia.org>, 30.01.2016

Autorin



www.wechselweise.at



Karin Grössing

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

Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

Gefangen im eigenen Körper - Eine Angehörige erzählt...

Als Nervenkrankheit ist die Amyotrophe Lateralsklerose schon lange bekannt, allerdings sind die Ursachen der Erkrankung bis heute weitgehend ungeklärt. Ein gesunder Geist „gefangen“ in einem Körper, der nicht mehr agieren möchte. Beginnend mit den Extremitäten endet es mit dem totalen Stillstand der Muskeltätigkeit. In vielen Fällen ist der Verlauf schnell und eine absolute Tragödie für alle. Wie geht es den Angehörigen damit? Pflege Professionell durfte ein Ehepaar aus Deutschland interviewen, um ihre Odyssee im Gesundheitswesen auf Papier zu bringen.

Alles begann mit einem ersten Schwächeanfall beim Stiegen steigen im Dezember 2011. Der Hausarzt meinte, mein Mann sei einfach nur überarbeitet und brauche ein wenig Entspannung und Ruhe. Also beschlossen wir kurzer Hand im Februar eine kleine Karibikreise zu machen. Doch trotz der wunderschönen entspannenden Umgebung war mein Mann die ganze Reise über müde. Am Anfang haben wir es noch auf die angebliche Überarbeitung geschoben. Doch irgendwann kamen wir zu der Erkenntnis „Es passt etwas einfach nicht.“ Als wir zurückgekehrt sind, ist mein Mann zu einem Facharzt gegangen. Die Diagnose war schnell und unmenschlich ausgesprochen, einfach verbal „vor die Füße geschmissen“. Schon allein dies war eigentlich ein Todesurteil an sich. Schnell meinte der Arzt, wir sollen doch im Zweifelsfalle einfach zu einem zweiten Experten gehen, er gäbe uns alle Unterlagen mit. Trotz der Auswertungen aller Tests und der ausgesprochenen Diagnose, stand auf dem Befund einfach nur „Starker Verdacht auf ALS“. Der Arzt fügte noch hinzu: „Genau wissen wir es erst, wenn er im Rollstuhl sitzt bzw. wenn er sich nicht mehr bewegen kann.“

Natürlich haben wir uns eine zweite Meinung eingeholt, doch die Diagnose blieb dieselbe. Auch hier bekamen wir die gleiche Präsentationsart zu spüren „Lassen Sie sich am besten gleich einen Schwerbehindertenausweis ausstellen.“ Für uns war das damals unvorstellbar, schließlich konnte mein Mann noch gehen, reden und hatte keine Einschränkungen. Die ganze Situation war so unreal. Wir beiden dachten uns nur „Sind wir hier in einem Film? Ist das real? Ist irgendwo eine versteckte Kamera?“ Das konnte es einfach nicht geben. Nicht wir!“



(C) Drone

Bis wir realisierten, was ALS überhaupt ist und was auf uns zukommen würde, verging einige Zeit. Wir flogen nach Wien und wagten einen weiteren Arztbesuch in einer Privatpraxis. Der dortige Arzt kümmernte sich nur um die Befunde der deutschen Ärzte und würdigte meinem Mann kaum eines Blickes. „Ja, das wird schon ALS sein.“, bekamen wir als Antwort. Dies war auch das Frustrierende bei den meisten Arztbesuchen. Keiner machte sich mehr die Mühe noch einmal den Fall komplett neu aufzurollen. Schnell wurde die Meinung der vorigen KollegInnen einfach übernommen.

Irgendwie vermittelte es einfach das Gefühl „Wenn du diese Krankheit hast, dann schaut keiner mehr hin.“ Es wurde weder eine Muskelbiopsie gemacht, noch andere mögliche Untersuchungen. Im Frühling konnte mein Mann dann schon nicht mehr richtig gehen. Es ging einfach blitzschnell. Wir nahmen natürlich jeden Tipp an. Von der Entfernung der Amalgamplomben bis hin zu Alternativmethoden. Wir waren beide mit der Situation komplett überfordert.

Mein Mann war während dieser ganzen Zeit genauso ratlos wie ich. Bei unseren Arztbesuchen bekamen wir immer nur verbale Brocken a la „Überlegen

sie sich schon jetzt, ob sie beatmet werden wollen.“ oder Ähnliches serviert. Dies machte für uns die ganze Situation noch irrealer, als sie sowieso schon war. Wir beide haben den Umstand von Anfang an nicht akzeptiert und das tun wir auch heute noch nicht. ALS ist für uns einfach ein Krankheitsbild, dem die Schulmedizin einen Namen gegeben hat, ohne seine Entstehungsart zu kennen oder eine Gegenmaßnahme. Genau aus diesem Grund ist es für mich keine Krankheit, sondern ein Krankheitsbild. Also warum sollten wir dann aufgeben? Wir haben deswegen nie locker gelassen.

Seither versuchen wir mit allen Mitteln dagegen zu halten: Logotherapie, Physiotherapie und Alternativmethoden. Vielleicht ist es auch zu viel, aber wie soll man das wissen? Im Laufe der Zeit haben wir uns intensiv mit dem Krankheitsbild auseinandergesetzt. Es ist irgendwie auffallend, dass die meisten Leute die ALS bekommen, im Leben höchst aktiv sind. Das sind Menschen, die Extremsport machen oder eine Menge Hobbies haben neben der Arbeit. Menschen, die hunderte Dinge gleichzeitig anfangen, immer auf Touren sind. Vielleicht ist ALS ja auch eine Art des Körpers, die Notbremse zu ziehen. Vielleicht fordert der Körper mit ALS Ruhe ein.

Mein Mann hat auch immer fünf Sachen zugleich gemacht, hatte aber immer ein gutes Gefühl dabei. Er sah diese Menge nie als Überforderung. Neben seiner Arbeit hatte er sich eine eigene Tischlerei eingerichtet, spielte mit Leidenschaft ein Musikinstrument, kochte und machte meistens mehrere Sachen gleichzeitig. Es gab nur bedingt Ruhephasen, da er einfach bei seinen Aktivitäten immer mit Liebe dabei war. Sitzen und einfach nur mal Fernseher zu sehen, das funktionierte bei ihm einfach nicht. Auch nach der Diagnose ging zu Beginn alles seinen normalen Lauf. Wir wussten ja auch nicht, wie wir auf diese Situation angemessen reagieren sollen. Doch es wurde alles anders...komplexer... Es kam die Zeit, in der mein Mann kaum mehr gehen konnte. Also blieb er im Sessel einfach sitzen. Seine Mutter hatte zu diesem Zeitpunkt beginnende Demenz. Bei Besuchen kam es immer wieder zu Problemsituationen. Sie interpretierte sein „Sitzen bleiben“ mit Faulheit. „Beweg dich endlich, du kannst dir ja deine Sachen selber aus der Küche holen.“ Die Situation wurde immer schwieriger. Dann folgten Stürze und zu guter Letzt konnte er sich nicht mehr selbst versorgen. Es wurde immer unklarer, wie es wohl nun weitergehen würde. Zusätzlich reduzierten sich unsere sozialen Kontakte. Die guten Freunde von früher, die zum Essen kamen, blieben von heute

auf morgen weg. Übrig blieben wir zwei.

Dann kam eine Lungenembolie und wir verbrachten eine lange Zeit in diversen Einrichtungen. Es wurde schlagartig schlechter. Zu Hause ging es seither nur mit Pflegepersonal. Am Anfang war ich über jede Hilfe froh. Ich hatte damals kaum Ahnung und dachte mir bei jedem Handgriff „Das muss richtig sein, denn es kommt von einer Fachkraft.“ Im Laufe der Zeit, wir hatten viel verschiedenes Personal im Einsatz, merkte ich aber, dass nicht alles Gold ist was glänzt. Nach und nach begann ich zu erkennen, ob jemand wirklich fachlich versiert ist oder einfach nur gut schauspielern kann. Irgendwann schraubt man auch seine Ansprüche zurück. Zum Glück hat sich das Ganze einigermaßen in der Waage gehalten, fachlich waren die meisten gut. Es scheiterte meist nur an der Menschlichkeit der Personen. Für viele gab es nur „Dienst nach Vorschrift und nur mit Anweisungen“. Oft habe ich mir eine Pflegefachkraft gewünscht, die ein wenig Abwechslung oder neue Innovationen in die Pflege mit eingebracht hätte. Eine Zeit lang hatten wir ein gutes und eingespieltes Team, doch leider kündigte der mobile Pflegedienst einen Teil der Mitarbeiter und so zerfiel dieses wunderbare Team und die Suche begann erneut. Wir wechselten dann den Anbieter in der Hoffnung, dass es besser werden würde, doch es wurde eine absolute Katastrophe. Zusätzlich verschlechterte sich der Zustand meines Mannes rapide. Wir hatten den Zeitpunkt erreicht an dem es ohne Beatmungsmaschine, Absauggerät und einen Hebelifter gar nicht mehr funktionierte.

Die Krankenkassa hatte uns zum Glück von Anfang an super unterstützt. Eine eigene Person half uns bei den Versorgungsprodukten, eine weitere bei den Einreichungen und Rechnungslegungen. Bis heute funktioniert diese Zusammenarbeit sehr gut. Im Herbst 2015 wollten wir dann nach Österreich, um hier mit meiner Familie Weihnachten zu feiern. Mein ehemaliger Arbeitgeber organisierte uns den Transport nach Wien. Über das Internet suchte ich uns eine Pension, die in der Nähe meiner Familie war und die entsprechenden Möglichkeiten anbot. Ein Wiener Unternehmen übernahm die pflegerische Betreuung. Es tut unheimlich gut hier wieder mein soziales Umfeld um uns zu haben. Meine Mutter, der es leider selbst gesundheitlich nicht gut geht, versucht ab und an zu kommen. Leider verkräftet mein Vater die Situation nicht und kommt uns deswegen nicht besuchen. Er kannte meinen Mann immer nur als „Macher“ und kann ihn so nicht sehen. Aber wer weiß, vielleicht ändert sich das

noch. Wie lange wir in Österreich bleiben kann ich noch nicht sagen.

Rückblickend kann ich nicht sagen, ob wir alles richtig gemacht haben. Es ist wirklich eine schwierige Situation. Wir haben im Laufe der Zeit einige Personen kennengelernt, die dieselbe Diagnose erhalten haben. Jeder ist damit unterschiedlich umgegangen. Es ist auf jeden Fall die Einstellung zur Situation und zur Krankheit wichtig. Wir werden weiterkämpfen so lange es geht...

Autor



www.pflege-professionell.at



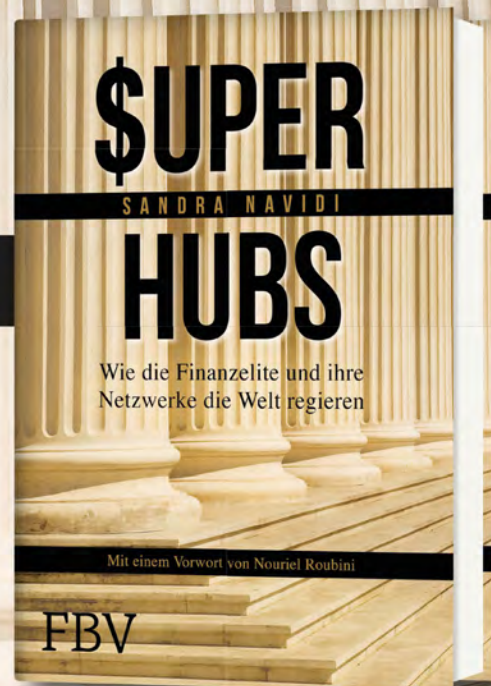
Markus Golla, BScN

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

DIE FINANZELITE

REGIERT DIE WELT

Als Insiderin der Hochfinanz nimmt Sandra Navidi Sie mit hinter die Kulissen der Macht: zum Weltwirtschaftsforum in Davos, zu Bilderbergern, zum Internationalen Währungsfonds, zu Thinktanks und glamourösen Partys. Ein exklusiver Einblick in die hermetisch abgeriegelte Machtelite.



Sandra Navidi,
Super-hubs
 320 Seiten
 FinanzBuch Verlag
 ISBN: 978-3898799591



Der richtige Ansprechpartner

Pooldienste

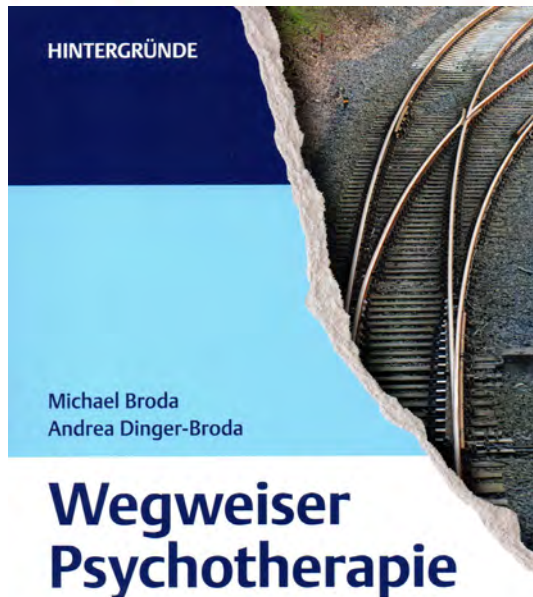
Fortbildungen

Assessments

www.pflegegruppe.at



Mit einem guten Partner
effizient in die Zukunft



HINTERGRÜNDE

Michael Broda
Andrea Dinger-Broda

Wegweiser Psychotherapie

Wie sie wirkt, wem sie hilft, wann sie schadet



AutorInnen: Michael Broda, Andrea Dinger-Broda

Sprache: Deutsch

Verlag: Thieme Verlag

Seitenumfang: 288 Seiten

ISBN: 9783131996312

Wegweiser Psychotherapie

Wie sie wirkt, wem sie hilft, wann sie schadet

Über die AutorInnen

Dr. phil. Dipl.-Psych. Michael Broda ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Fachgutachter Verhaltenstherapie KBV. Er war in universitärer Forschung und Lehre sowie in der Leitung einer psychosomatischen Fachklinik tätig. Seit 1997 ist er niedergelassen in eigener Praxis. Er ist Verfasser wissenschaftlicher Publikationen, Herausgeber zweier großer Lehrbücher sowie der Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Andrea Dinger-Broda ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Ausbildungsinstituten. Nach Tätigkeit an den Universitäten Freiburg und Bochum war sie Leitende Psychologin an onkologischen/kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Seit 1997 ist sie niedergelassen in eigener Praxis und Leiterin des Redaktionsbüros der Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“.

Kurzbeschreibung

Früher schlichen sich die Patienten „inkognito“ ins Wartezimmer, heute tauscht man sich untereinander aus, redet offen über seine Therapieerfahrungen. Psychotherapie ist in den letzten Jahren salonfähig geworden. Insgesamt 40 Prozent aller Bundesbürger leiden im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung. Immer mehr Hausärzte verschreiben Psychotherapie, Patienten nehmen vermehrt von sich aus therapeutische Hilfe in Anspruch.

Auf der Couch liegt dabei kaum mehr jemand – heute sitzen sich Therapeut und Patient entspannt gegenüber und sprechen über die Gefühle, Sorgen und Ängste des Betroffenen, seinen Lebensweg und die persönliche Lebenssituation. Aber hilft „Reden“ allein wirklich?

Was genau macht ein Psychotherapeut eigentlich und wie läuft eine solche „Sitzung“ ab? Die Autoren, Dr. Michael Broda und Dr. Andrea Dinger-Broda, betreiben zusammen eine Praxismgemeinschaft für Psychotherapie. Sie geben Einblicke in ihren langjährigen Erfahrungsschatz aus der Beschäftigung mit körperlichen und psychischen Prozessen im Menschen – fremden und eigenen, gestörten und ungestörten. Doch was ist gestört, was normal? Was kann ich selbst für mein Wohlbefinden tun, wo kann ich mir Hilfe holen und ab wann ist eine Therapie erforderlich? Welche Therapieformen sind überhaupt wissenschaftlich anerkannt, welche werden von der Krankenkasse bezahlt?

Persönliches Fazit

Sie suchen einen Ratgeber der alle Themen übersichtlich und verständlich präsentiert und nahezu keine Fragen offen lässt? Sie haben ein solches Werk gefunden! Der „Wegweiser Psychotherapie“ bietet klare und verständliche Beschreibungen. In welcher Therapieform findet man (Tiefenpsychologie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, etc.) einen guten Betreuungsweg für sein spezifisches Problem? Dieses Buch zeigt hierbei alle Möglichkeiten auf, ohne sich auf ein einzelnes Feld zu spezialisieren. Indikationen, Krankheitsbilder, Rahmenbedingungen und die Phasen einer Psychotherapie werden ausführlich beschreiben. Ein eigenes Kapitel über „Selbsthilfe“ schließt dieses Sammelurium an Informationen ab.

Durch die verständliche Schreibweise ist dieses Buch nicht nur für Fachpersonen, sondern auch für Laien ein gutes Informationswerk. (MG)

Leitfaden Palliative Care



AutorInnen: Bausewein Claudia, Roller Susanne, Voltz Raymond
Sprache: Deutsch
Verlag: Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH
672 Seiten
ISBN: 9783437233135

Über die AutorInnen

Prof. Dr. med. Claudia Bausewein, PhD MD MSc, Internistin, Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, Doctor of Philosophy in Medicine (PhD; King's College London), Masters of Science for Palliative Care (King's College London), Diploma of Palliative Medicine (University of Wales), Visiting Professor, Cicely Saunders Institute, King's College London, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum Großhadern, München. **Dr. med. Susanne Roller**, Fachärztin für Innere Medizin/Palliativmedizin, Oberärztin der Palliativstation St. Johannes von Gott, Krankenhaus Barmherzige Brüder, München. Univ.-Prof. **Dr. med. Raymond Voltz**, Arzt für Neurologie, Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin an der Uniklinik Köln. Wissenschaftliche Schwerpunkte: Versorgungsforschung, Case Management, Todeswunsch, Sterbebegleitung, Multiple Sklerose, neurologische Symptome und paraneoplastische Erkrankungen. Direktor des Zentrums für Palliativmedizin, Uniklinik Köln

Kurzbeschreibung

Alle Facetten der Palliativmedizin und Hospizbetreuung für die Kitteltasche - ideal für palliativmedizinisch tätigen Ärzten in Klinik und Praxis, aber auch für Pflegekräfte, Physiotherapeuten und andere Fachberufe: Ganzheitliche Sicht auf den Menschen, einschließlich spiritueller Aspekte, sämtliche relevanten medizinischen Themen, nach Symptomkomplexen gegliedert, besondere Situation bei Kindern und Demenzpatienten, Umgang in Akutsituationen, arbeiten im multiprofessionellen Team, Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, Praxisrelevantes zu rechtlichen Grundlagen, tumorspezifische Therapie, Betreuung in der Terminalphase, Tipps aus der Pflege, Physiotherapie und Atemtherapie, komplementäre Therapieverfahren, ausführliche Erläuterung der wichtigsten Medikamente.

Persönliches Fazit

Alle Themen wurden gut überschaubar angeordnet. Hierbei wurde symptom-spezifisch gereiht und umfangreich gearbeitet. Damit ist dieses Werk nicht nur als Leitfaden für die Praxis geeignet, sondern auch als kleines Lehrbuch für diesen Arbeitsbereich. Für sämtliche Notfallssituationen gibt es am Beginn des Buches ein eigenes Notfallregister, um für jede Sachlage eine entsprechende Empfehlung schnell nachlesen zu können. Ein großes Augenmerk wurde aber nicht nur auf Medikamente und Therapieformen gelegt, sondern auch auf soziale und spirituelle Aspekte, welche in diesem Buch gleich zu Beginn zu finden sind. Durch den großen Themen- und Bearbeitungsumfang ist dieser Leitfaden nicht nur für Neulinge im Palliativbereich geeignet, sondern auch für Alteingesessene anzuraten. Ein perfektes Nachschlagewerk! (MG)

Ich habe es doch nur gut gemeint

„Die narzisstische Kränkung in Coaching und Beratung“



Autor: Horst Lempart
Sprache: Deutsch
Verlag: Junfermann
208 Seiten
ISBN: 9783955713324

Über den Autor

Horst Lempart ist Coach, psychologischer Berater und NLP-Master. Sein Lieblingstitel ist aber „Persönlichkeitsstörer“. Er lebt und arbeitet in eigener Praxis in Koblenz.

Kurzbeschreibung

„Warum werde ich zurückgewiesen, wenn ich es doch gut gemeint habe?“ Kennen Sie auch solche Hilfsangebote, die bei näherem Hinsehen weniger selbstlos sind als vermutet?

Wenn Menschen „gut gemeinte“ Unterstützung anbieten, offenbaren sich darin nicht selten narzisstische Persönlichkeitsanteile, bei denen es um den eigenen Selbstwert geht. Sie suchen Aufmerksamkeit und Anerkennung und verlangen nach liebevoller Zuwendung. Wie aber lassen sich diese Bedürfnisse befriedigen, ohne dadurch Beziehungen zu gefährden? Anhand mehrerer Fallbeispiele zeigt Horst Lempart, wie im Falle einer narzisstischen Kränkung ein Klärungs- und Veränderungsprozess unterstützt werden kann. Dabei bedient er sich sehr unterschiedlicher Interventionen.

Aufbau des Buches

Das Buch ist in drei große Kapitel unterteilt: „Eine kurze theoretische Einführung“, „Praxisfälle“ und „Zusammenfassung“.

Persönliches Fazit

Mittlerweile ist Narzissmus in unserer Gesellschaft kein Krankheitsbild mehr. Dennoch ist es in Beratungsgesprächen und Coachings eine große Herausforderung, mit narzisstischen Persönlichkeiten zu arbeiten. Da gerade auf der Managementebene viele Personen dieses Verhaltensmuster aufweisen, findet man sich schnell in einer entsprechenden Coachingsituation wieder. In den ersten Kapiteln findet man eine gute Einführung zu diesem Thema. Das restliche Buch ist gefüllt mit Fallbeispielen aus der Praxis und einer Zusammenfassung, die dieses Buch perfekt abrundet.

Gerade die Praxisnähe dieses Buches macht es so besonders empfehlenswert. Auf jeden Fall ein Buch, dass in keiner Coach- und Beratersammlung fehlen sollte! (MG)



AutorInnen: Martina Schmidl, Marina Kojer
Sprache: Deutsch
Verlag: Springer Verlag
372 Seiten
ISBN: 9783709118504

Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen

Über die AutorInnen

Dr. med. Dr. phil. (Psychologie) Marina Kojer, Ärztin für Allgemeinmedizin, Additivfachärztin für Geriatrie, Psychologin. Primarärztin i. R. der 1. Medizinischen Abteilung für Palliativmedizinische Geriatrie im Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) in Wien. Honorarprofessorin der IFF (Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung) der Universität Klagenfurt in Wien

Dr. Martina Schmidl, MAS (Palliative Care), Ärztin für Allgemeinmedizin, Additivfachärztin für Geriatrie. Oberärztin im Pflegewohnheim Liesing des Wiener Krankenanstaltenverbundes in Wien. Arbeitsschwerpunkt: Palliative Betreuung von Demenzkranken

Kurzbeschreibung

Demenz ist unheilbar, die Diagnose besiegelt den Verlauf. Daher brauchen Demenzkranke bereits lange vor dem Tod palliative Betreuung. Gute Lebensqualität für Demenzkranke bedeutet vor allem menschliche Zuwendung. Die Kunst der mitfühlenden Kommunikation, das „Berührbar sein“, ist wesentlicher Teil der Symptomkontrolle. Nur mit einer lebendigen Beziehung zu den Kranken und „einem Gefühl“ für ihr Verhalten kann Hilfe wirksam werden. Erst dann besteht die Chance zum Beispiel Schmerzen oder Essstörungen erfolgreicher zu behandeln und gute „Entscheidungen zu treffen.“

Die Herausgeberinnen haben jahrzehntelange Erfahrung in der palliativen Betreuung demenzkranker Hochbetagter. Ziel ist es, wesentliche Facetten der Palliativen Geriatrie zu definieren und Wege zur gelingenden Umsetzung aufzuzeigen. Die zweite Auflage wurde aktualisiert, ein Kapitel zu Palliativen Aspekten in der Akutgeriatrie ergänzt.

Überblick über die Inhalte

- Kommunikation als geriatrische Symptomkontrolle
- Symptomkontrolle bei Schmerzen, Essstörungen und in der letzten Lebensphase
- Menschenrechte
- Menschenbild und Haltung
- Ethik
- Angehörige
- Demenzkranke Menschen im Krankenhaus

Persönliches Fazit

Das Buch richtet sich an all jene, die in der Betreuung von demenzkranken Menschen tätig sind. Es handelt sich aber hierbei nicht um ein medizinisches Fachbuch, in dem es ausschließlich um das Krankheitsbild geht, sondern um ein Werk zum Thema „Der Mensch und seine schwere Situation“. Das individuelle Schicksal und die damit betroffene Lebensqualität müssen entsprechend betrachtet werden, damit diese nachhaltig aufgewertet werden. Demenzerkrankte Personen haben dieselben Rechte und ethischen Aspekte, wie geistig Gesunde. Gerade in der Endphase des Lebens treffen wir bei demenzerkrankten Personen auf besondere Herausforderungen, die gemeistert werden müssen. Gut strukturiert und äußerst informativ werden diese Themen in den einzelnen Kapiteln abgehandelt. Durch gut beschriebene Fallbeispiele werden Situationen aus der Praxis nahegebracht. Am Ende jedes Kapitels befindet sich eine entsprechende Literaturliste, um das Wissen noch mehr zu vertiefen.

Auch Angehörige finden in diesem Buch Antworten, die sie vielleicht schon lange gesucht haben. (MG)

Das Gutachten zum Pflegegeld

Eine Wegbeschreibung zum Verfassen des perfekten Gutachtens



Autorin: Christina Wehringer
Sprache: Deutsch
Verlag: MANZ Verlag Wien
160 Seiten
ISBN: 978-3-214-09706-6

2. Auflage

Über die Autorin

Dr. Christina Wehringer ist Leiterin der ärztlichen Fachabteilung der Sektion IV im Sozialministerium und seit Beginn der Pflegegeldregelungen in den Gesetzgebungsprozess eingebunden. Sie ist außerdem Chefredakteurin der „Österreichischen Zeitschrift für das ärztliche Gutachten – DAG“.

Kurzbeschreibung

Auch in der zweiten Auflage werden juristische Begriffe der Pflegebedürftigkeit in eine für Gutachter leicht verständliche Sprache übersetzt und wesentliche Aspekte der ärztlichen und pflegerischen Untersuchungen vorgestellt und erläutert. Zeitwerte, Über- und Unterschreitungsbedingungen der einzelnen Pflegeeinrichtungen und Abgrenzungskriterien der Stufe 5, 6 und 7 werden in verständlicher Weise behandelt. Zahlreiche Beispiele für typische, häufige oder charakteristische Funktionseinschränkungen, Behinderungen und Pflegesituationen erleichtern Gutachten die Einstufung, praktische Tipps und hilfreiche Hinweise unterstreichen die Ausführungen. Typische Zeitwerte, Überschreitungsrahmen und Altersgrenzen für Kinder und Jugendliche zur Ermittlung des Pflegebedarfs werden aus gutachterlicher Sicht zusammengefasst, inkl. Grundsätze der Pflegegeldregelung, das ärztliche Gutachten, funktionsbezogene Einschätzung ab dem vollendeten 15. Lebensjahr, funktionsbezogene Einschätzung bei Kindern und Jugendlichen, qualitative Pflegekriterien für die Stufen 5, 6 und 7, diagnosebezogene Mindesteinstufung und Annex: Übersichtstabellen, Umrechnungstabelle, Pflegegeldstufen.

Persönliches Fazit

Das Thema Pflegegeld ist durch die demografische Entwicklung ein essentielles Thema, das auf jeden Fall gut und verständlich aufbereitet sein muss. Richtlinien, Begrifflichkeiten und Kriterien müssen für alle GutachterInnen dieselben sein. Dieses Buch bietet eine gute Basis für eine solche Tätigkeit.

Während in den ersten Kapiteln Basisinformationen über Begrifflichkeiten, Abschnitte des medizinischen und pflegerischen Gutachtens definiert sind geht es in den weiteren Kapiteln um spezielle Kriterien bei der Einstufung. Praxisbeispiele und tabellarische Auflistungen begleiten die gesetzlichen Inhalte dieses Werkes. Besonders erwähnenswert ist die großartige Sammlung an Praxistipps, die zahlreich in jedem Kapitel zu finden sind.

Für jede(n) angehende(n) GutachterIn eine angenehme Nachschlagelektüre. (MG)

Cyberkrank!

Wie das digitale Leben unsere Gesundheit ruiniert



Autor: Manfred Spitzer
Sprache: Deutsch
Verlag: Droemer HC
432 Seiten
ISBN: 978-3-426-27608-2

Über den Autor

Herr Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer studierte in Freiburg Medizin, Psychologie und Philosophie. Nach seiner Promotion in Medizin und Philosophie und seiner Habilitation für das Fach Psychiatrie war er als Oberarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg tätig. Drei Forschungsaufenthalte in den USA an der Harvard University und der University of Oregon prägten das weitere wissenschaftliche Werk von Manfred Spitzer an der Schnittstelle von Neurobiologie, Psychologie und Psychiatrie. Seit 1997 ist Manfred Spitzer Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Ulm. 2004 gründete er das Transferzentrum für Neurowissenschaften und Lernen (ZNL), das im Bildungsbereich sowohl Grundlagenforschung betreibt als auch Bildungseinrichtungen evaluiert und sie bei der Weiterentwicklung ihrer pädagogischen Arbeit begleitet. Manfred Spitzer ist Autor zahlreicher Bestseller.

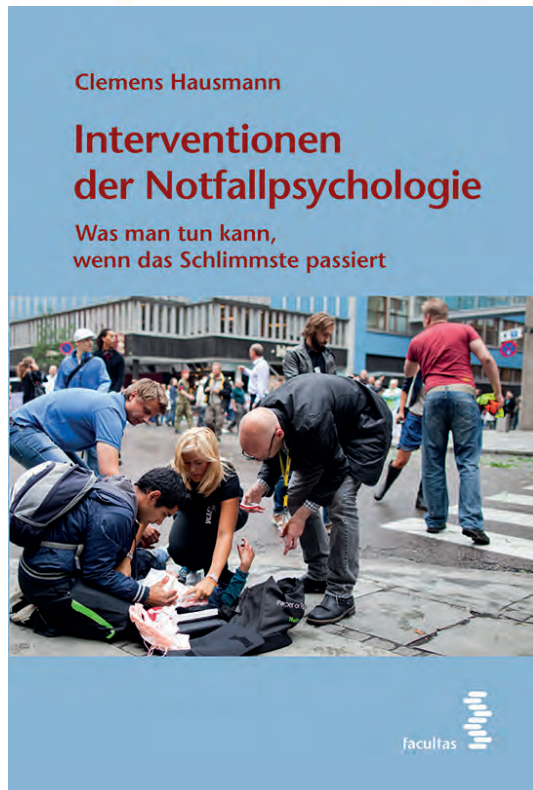
Kurzbeschreibung

Die Digitalisierung unseres Alltags schreitet immer weiter voran – mit fatalen Auswirkungen. Anhand neuer wissenschaftlicher Studien zeigt der renommierte Gehirnforscher Manfred Spitzer, in welchem Maß diese Entwicklung unsere Gesundheit bedroht. Wir werden cyberkrank, wenn wir den digitalen Medien die Kontrolle aller Lebensbereiche überantworten, stundenlang Online Games spielen und in sozialen Netzwerken unterwegs sind. Stress, Empathieverlust, Depressionen sowie Schlaf- und Aufmerksamkeitsstörungen sind die Folgen. Kinder werden in ihrer Motorik und Wahrnehmungsfähigkeit geschädigt. Computersucht, Internetkriminalität und Mobbing verbreiten sich immer mehr. Manfred Spitzer informiert über alarmierende Krankheitsmuster, warnt vor den Gesundheitsgefahren der digitalen Technik und erklärt, wie wir uns schützen können.

Persönliches Fazit

Das neue Werk von Manfred Spitzer ist voller wissenschaftlicher Erkenntnisse, dargestellt durch Zahlen, Fakten und einer riesigen Zusammenfassung an Studien, verständlich aufgearbeitet und schockierend direkt. Allein 42 Seiten an Literaturverzeichnis zeugen davon, wie viele unterschiedliche Studien und Arbeiten das Thema „Cyberkrank“ in den letzten Jahren behandelt haben. In einzelnen Kapiteln stehen wir Zivilisationskrankheiten wie Stress, Angst, Schlaflosigkeit und Depression gegenüber. Themen wie Cybersex, Suchtverhalten im Bezug auf Internet, Handys oder anderen Technologien werden eingehend behandelt und durch Bilder, Statistiken und Darstellungen verstärkt.

Ein Buch das uns das Tempo der heutigen Zeit und die Schäden resultierend aus den neuen Technologien aufzeigt. Zum Nachdenken anregend und absolut LESENSWERT! (KG)



Autor: Clemens Hausmann
Sprache: Deutsch
Verlag: facultas
440 Seiten
ISBN: 978-3-7089-1325-4

Interventionen der Notfallpsychologie

Was man tun kann, wenn das Schlimmste passiert

Über den Autor

Dr. Clemens Hausmann, klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe am Krankenhaus Schwarzach/Pongau und in freier Praxis, Notfallpsychologe, Traumatherapeut (EMDR), Lehrbeauftragter der Universität Salzburg und der FH Gesundheitsberufe OÖ.

Kurzbeschreibung

Notfallpsychologische Hilfe unterstützt Betroffene bei traumatischen Ereignissen, hilft die psychische Stabilität wiederzuerlangen und fördert Verarbeitung und Erholung.

Dieses Buch geht von praktischen Fragen aus: Was brauchen Betroffene in den ersten Stunden, Tagen und Wochen nach einem Notfall? Welche psychologischen Interventionen helfen bei der Bewältigung? Welche Ressourcen und Risikofaktoren gibt es? Was können Betroffene selbst tun, was ihre Angehörigen und Freunde? Wann ist eine weiterführende Behandlung notwendig?

Die notfallpsychologischen Interventionen sind von der Akuthilfe bis zur Weiterbetreuung in Phasen gestaffelt und orientieren sich an den jeweiligen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Betroffenen. Damit ist dieses Buch ein verlässlicher Begleiter für die Hilfe und Behandlung nach Notfällen, aber auch für Vorbereitung und Schulung von Helfern.

Mit herausnehmbarer Übersichtskarte: die wichtigsten Maßnahmen vor Ort.

Persönliches Fazit

Es gibt viele Situationen, die uns aus unserem normalen Lebensalltag herauskatapultieren. Einige regeln sich von selbst, bei anderen benötigen wir Hilfe von außen. Genau um diese Situationen geht es in diesem Werk von Clemens Hausmann. In den ersten Kapiteln wird eine Wissensbasis für das weitere Know-How generiert. „Welche Ausnahmezustände gibt es?“, „Was passiert in ihnen?“ oder „Was ist ein Psychotrauma und worauf muss man achten?“ sind nur einige Fragen die gleich zu Beginn vollständig erklärt werden. Nach einem Kapitel über „Resilienz und Risikofaktoren“ geht es dann gleich zu den unterschiedlichsten Hilfsthemem. Es wird ganz klar zwischen der Akutphase und der Stabilisierungsphase unterschieden. Hier findet man immer wieder Tabellen mit „Do“ and „Dont`s“ die im eigenen Handeln zu berücksichtigen sind. Am Ende des Buches finden sich Beschreibungen und Ausgangsebenen für spezielle Szenarien. Dies beinhaltet auch ein eigenes Kapitel über „Terrorismus“, welches gerade in diesen Zeiten für einige Berufsgruppen von Interesse sein könnte. Konzepte und Richtlinien von TENTS (The European Network for Traumatic Stress) und der WHO werden in kurzen Zügen erläutert und gut dargestellt.

Alle Inhalte werden einfach und klar erklärt. Dadurch ist dieses Buch ein Nachschlage- und Lehrbuch, dass für jede Berufsgruppe geeignet ist. Die Fülle an Literaturverweise bietet eine perfekte Grundlage für weitere Recherchenarbeiten.

Eine kleine Übersichtskarte bietet zu guter Letzt vier Seiten Kurzzusammenfassung für den schnellen Noteinsatz. Fazit zu dieser Publikation: EINMALIG! (MG)

Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen

Pflegebedarfsanalyse und integrierte Hilfeplanung



Autorin: Annelen Schulze Höing
Sprache: Deutsch
Verlag: Kohlhammer Verlag
300 Seiten
ISBN: 978-3-17-025742-9

2. Auflage

Über die Autorin

Annelen Schulze Höing, Pflegefach- und Organisationsberaterin (MSc), Auditorin, verfügt über langjährige Erfahrung in der ambulanten und stationären Pflege sowie in Leitungspositionen. Sie bietet Workshops an und bildet pflegerische Multiplikatoren aus.

Kurzbeschreibung

Das Buch verfolgt das Ziel, die Qualität zur Erbringung pflegerischer Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe sicherzustellen. Es gibt eine praktische Anleitung zur Ermittlung von Pflegebedarfen sowie zur Planung, Ausführung und Dokumentation. Basierend auf dem von der Autorin entwickelten Instrument zur Pflegebedarfserhebung, dem Gesprächsleitfaden Pflegeerfassung®, wird anhand von Fallbeispielen in Pflegeheimen eingeführt. Auf den Umgang mit Medikamenten, Sondenernährung, künstlichen Blasen- und Darmausgängen sowie Schmerzerfassung bei Sprachunfähigkeit wird eingegangen.

In der 2. Auflage wurde u. a. das Thema Juckempfinden neu aufgenommen. Folgende Arbeitsmaterialien gibt es zum kostenlosen Download: Gesprächsleitfaden Pflegeerfassung® und Protokoll Pflegebedarfsanalyse.

Geleitwort von Dr. Heidrun Metzler

Persönliches Fazit

Das Buch gibt Auskunft zu sämtlichen praktischen Pflegeethemen, wie Adipositas und Anorexie, Dysphagie, Demenz, Sondenernährung, Sturz- und Gelenkversteifungen, Schlaganfall, Dekubitus u.a.. Die Kapitel sind übersichtlich aufgebaut und man findet sich schnell zurecht. Durch die vielen Praxisbeispiele erhöht sich die Verständlichkeit des jeweilig erläuterten Themas. Zu den behandelten Pflegediagnosen gibt es die entsprechenden Maßnahmen und Ziele. Die erleichtert die Hilfeplanung und die Darstellung des Hilfebedarfs sehr. Während sich ein Großteil des Buches mit der Grundpflege beschäftigt, endet die Publikation mit einem großen medizinisches Kapitel zum Thema Schmerz. Sollte es eine dritte Auflage geben, würde ich mich über ein eigenes großes Anfangskapitel über Autonomie freuen.

Ein Buch, dass mit Sicherheit nicht nur einmal gelesen wird, Lern- Nachschlagewerk in einem. (MG)

Kommunikation bei Demenz

Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegenden



AutorInnen: Haberstroh Julia, Neumeyer Katharina, Pantel Johannes
Sprache: Deutsch
Verlag: Springer Verlag
107 Seiten
ISBN: 978-3-662-48025-0

Über die AutorInnen

Dr. J. Haberstroh: Dipl.-Psychologin, tätig an der Goethe-Universität, Frankfurt

Dr. K. Neumeyer: Dipl.-Psychologin, tätig an der Goethe-Universität, Frankfurt

Prof. Dr.med. J. Pantel: Psychiater und Geriater, tätig an der Goethe- Universität, Frankfurt

Kurzbeschreibung

Dieser Ratgeber hilft Angehörigen und Pflegenden, die Stärken eines Menschen mit Demenz zu erkennen und individuelle Kommunikationswege auszuprobieren. Bei der Erkrankung Demenz ist der Verlauf individuell und einzigartig. Es gibt kein allgemeingültiges Patentrezept für den Umgang mit den Betroffenen. Jedoch gibt es gute Herangehensweisen und verschiedene Kommunikationswege, um Menschen mit Demenz zu verstehen und Botschaften zu vermitteln. Dies machen die Autoren durch zahlreiche Praxistipps und Alltagsbeispiele deutlich. Eine angemessene Kommunikation entlastet Angehörige wie Pflegenden und steigert die Lebensqualität von erkrankten Menschen. Ein ermutigender Leitfaden für Angehörige, Ehrenamtliche und Fachkräfte. Der Inhalt:

- Die Bedeutung von Demenz für die Betroffenen und das Umfeld
- Unterstützungsangebote und Alltagstipps für versorgende Angehörige
- 4 Schritte der Kommunikation: Information, Aufmerksamkeit, Verstehen und Behalten
- Der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen wie Angst und Aggressivität
- Die 2. Auflage wurde überarbeitet und aktualisiert

Persönliches Fazit

Kann man auf 100 Seiten genug Informationen vermitteln, um die Kommunikation mit Demenzerkrankten zu beschreiben und verbessern? Der Ratgeber von Haberstroh/Neumeyer/Pantel zeigt ganz klar: JA man kann! Auf einfachste Weise werden hier Fakten, Daten und Optionen vermittelt, die für Angehörige und Pflegefachkräfte essentiell sind. Eingeteilt in die vier wichtigen Bereiche: „Was ist Demenz“, „Wer pflegt, muss sich pflegen“, „Was ist Kommunikation“ und „Ist Kommunikation bei Demenz anders?“ zeigt diese Publikation wie wichtig es ist auf Details zu achten. Wichtige Erkenntnisse werden noch einmal in einem blau unterlegten Merksatz hervorgehoben.

Resümee: Fachliteratur muss weder komplex, aufgebauscht oder Fachchinesisch sein. Empfehlenswert als Einsteigerliteratur in das Thema (MG)

24. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Schmerzgesellschaft

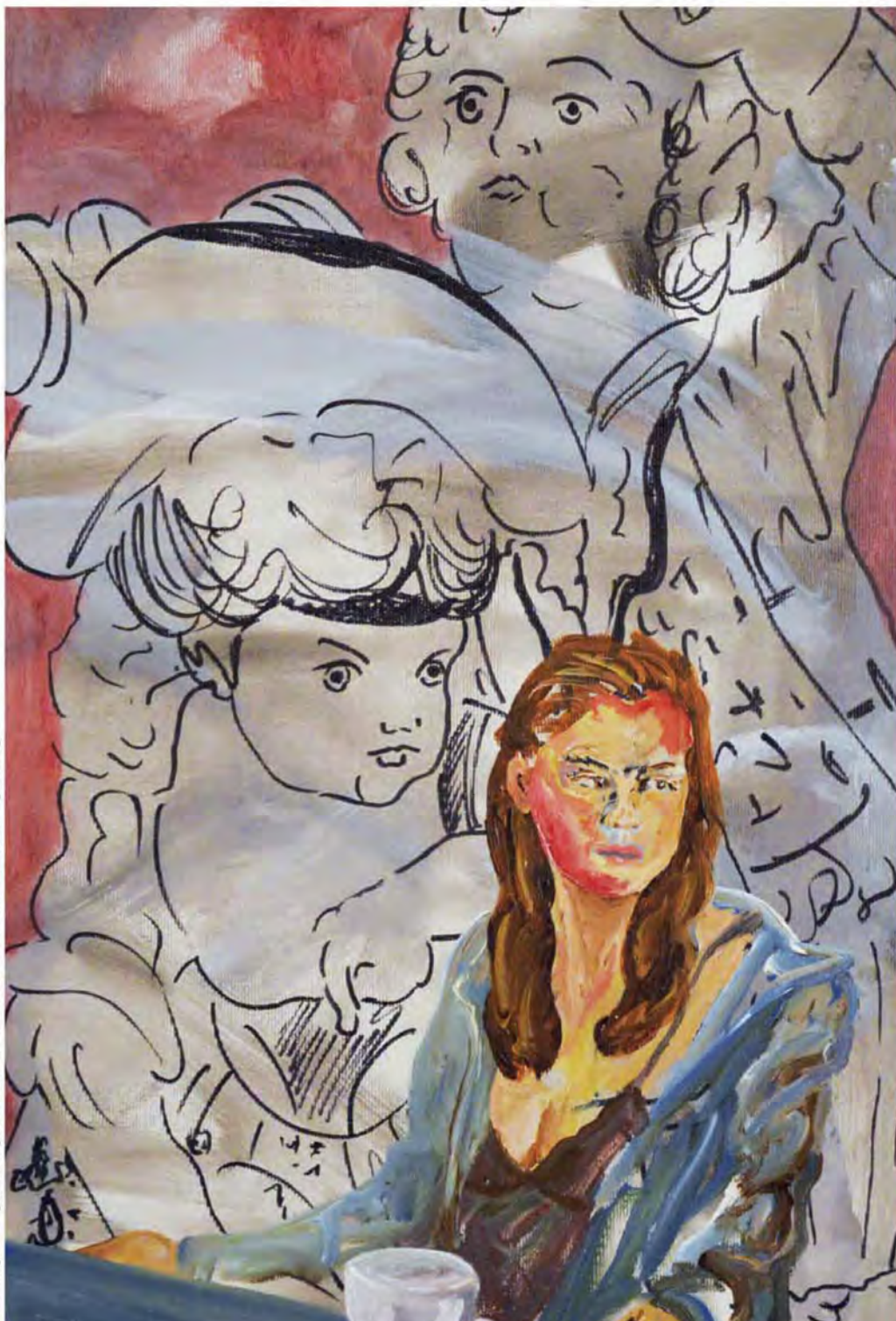
19.-21. Mai 2016
Velden am Wörthersee

Zentraler Schmerz
Sozio-ökonomische Aspekte in der Schmerzbehandlung

Tagungspräsident:
R. Likar, Klagenfurt

Tagungssekretär:
G.C. Feigl, Graz

**mit Pflegeymposium
am 19.05.2016!**



Tagungsorganisation:

ver  med

St. Peter-Pfarrweg 34/11/47
8042 Graz, Austria
Tel.: +43-316 / 42 60 82
office@vermed.at



St. Anna Kinderspital

Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde
Wien

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

Wir suchen

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

Wir bieten Ihnen:

- Professionelle, verantwortungsvolle Pflege und vielseitige Aufgaben in sehr kompetenten, hoch motivierten Teams
- spezifische und strukturierte Einschulung
- gezielte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit
- Wohnmöglichkeit kann zur Verfügung gestellt werden
- Das Mindestentgelt beträgt 1.983,23 EUR brutto pro Monat auf Basis Vollzeitbeschäftigung
- Die Möglichkeit in Wien, einer dynamischen und modernen Stadt, zu arbeiten

Ihre vollständigen, aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen senden sie bitte an:

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

Handliche Begleiter für den Berufsalltag



Erhältlich ab April 2016

Erhältlich ab April 2016

Reihe Pflegepraxis bei facultas



Die Reihe wird laufend erweitert.