

bethel » wissen

Fachthemenreihe der Stiftungen Sarepta | Nazareth

Ausgabe 9

» THEMA

PFLEGE – DAUERHAFT SYSTEMRELEVANT



ISSN 2364-02940

»Nichts gedeiht ohne Pflege.«

Peter Josef Lenné





EDITORIAL

» Liebe Leserin, lieber Leser,

Seit 22 Monaten fordert die Corona-Pandemie uns alle heraus – weltweit, in Deutschland und im Verbund der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel. Die Menschen, die hier versorgt, gepflegt, begleitet oder ausgebildet werden, müssen viele Einschränkungen hinnehmen. Mitarbeitende blieben und bleiben an der Seite der Menschen unter großen Belastungen und mit vielen pandemiebedingten neuen Aufgaben. Statements der Fachkräfte in diesem Heft führen uns das eindrücklich vor Augen.

Pflege ist systemrelevant. Diese Einsicht ist jetzt in einer breiten Öffentlichkeit angekommen. Denn Pflegende tragen maßgeblich dazu bei, die gesundheitliche Versorgung von Menschen zu sichern. Sie haben in der Pandemie wesentliche Aufgaben übernommen um den Infektionsschutz zu gewähren und zugleich soziale Teilhabe zu ermöglichen. Sie haben weitgehende Umstrukturierungen des pflegerischen Alltages in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen entwickelt und mitgetragen, z. B. die Einrichtungen von Isolierstationen oder zur Sicherung von Notfallversorgung. Sie haben sich bei Bedarf auch versetzen lassen in Bereiche, in denen sie gebraucht wurden. Diese Haltung und professionelle Kompetenz bedarf gesellschaftlicher Anerkennung, damit auch auf Zukunft hin die Pflege gesichert bleibt.

Dabei steigt der Mangel an Fachkräften weiter. Die Arbeitsbelastungen in Alten- und Pflegeheimen und auf vielen Stationen der Krankenhäuser sind enorm. Es belastet viele Pflegekräfte, die Arbeit mit und für die Pflegebedürftigen nicht mit ausreichender Zeit, Empathie und Zuwendung tun zu können. Das zeigen auch die Beiträge dieses Magazins. Mit großer Freude können wir jedoch u.a. an der Anzahl der Auszubildenden in unseren Pflegeschulen wahrnehmen, dass die Pflegeberufe nach wie vor attraktiv sind.

Im Namen des Vorstands der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel danke ich allen Mitarbeitenden ganz herzlich für ihr Engagement im Einsatz für all die Menschen, die auf Pflege und Betreuung angewiesen sind und wünsche diesem Heft viele interessierte und nachdenkliche Leserinnen und Leser.

Ihre Pastorin Dr. Johanna Will-Armstrong

INHALT

- Seite 4 Coolout bei Pflegekräften**
- Seite 8 I'm proud to be a nurse!**
Selbstverständnis und Berufsstolz in der Pflege
- Seite 10 Aus drei mach eins**
Die generalistische Pflegeausbildung als Chance
- Seite 14 Pflege vor Ort**
Unterstützung für pflegende Angehörige
- Seite 16 Mit und ohne Pandemie**
Pflegekräfte im Gespräch
- Seite 20 Neue Technologien in der Pflege**
Aktuelle Projekte in der Altenhilfe Bethel
- Seite 22 Digitalisierungsprozesse im Krankenhaus**
Erfahrungen aus dem Ev. Krankenhaus Königin Herzberge Berlin
- Seite 26 Gesundheits Sorge**
Ein relevantes Thema in der Eingliederungshilfe
- Seite 30 Und plötzlich war da etwas Besonderes im Raum**
Spiritualität in der Pflege
- Seite 32 Die Pflegekammer NRW**
EINE Stimme für die Pflege
- Seite 34 Pflege hat mehr verdient!**
Bessere Arbeitsbedingungen statt Klatschen

› COOLOUT BEI PFLEGEKRÄFTEN



» Ein Interview mit Prof. Dr. Michael Isfort, Professor für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung

Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Coolout“?

Vielen Menschen ist ja der Begriff des „Burnout“ geläufig. Dabei handelt es sich um ein „Ausbrennen“ und letztlich darum, dass man seine Handlungsfähigkeit im Beruf einbüßt und in eine tiefe Krise gerät. Das Phänomen des „Coolout“ ist in der Pflege dabei weniger bekannt.

Als „Coolout“ werden unterschiedliche Mechanismen bezeichnet, die quasi zu einer „inneren Abkühlung“ und Verhärtung von Pflegenden führen können. Sie sind zu verstehen als eine Reaktion auf die Widerspruchserfahrungen zwischen den beruflichen Anforderungen und eigenen Werthaltungen sowie der in der Praxis realisierbaren Versorgung. Pflegenden verletzen, der Theorie folgend, immer wieder die eigenen Normen, oft ohne dies zu reflektieren. Das führt zu dem Phänomen des „Coolout“: Pflegenden „kühlen innerlich ab“, um diesen Widerspruch aushalten zu können. Im wesentlichen Unterschied zum Burnout bleibt beim „Coolout“ die Arbeitsfähigkeit der einzelnen Pflegenden erhalten, aber in einem Beruf, der auf Empathie, Personenorientierung und individuelle Unterstützung basiert, ist ein „inneres Abkühlen“ natürlich ein zentrales Risiko – für die Pflegenden selbst sowie ebenso für die Patientinnen und Patienten.

Das „Coolout“ ist empirisch gut untersucht. Die zentrale Forscherin in diesem Bereich ist die Kollegin Karin Kersting, die heute in Ludwigsburg lehrt und mit den Studien bereits Ende der 90er Jahre begonnen hat. In zahlreichen Untersuchungen hat sie sich mit dem Phänomen beschäftigt und es als erste in den Kontext der Pflegearbeit gestellt. Entwickelt hat sie ein Modell, eine Ellipse, in der sie 12 unterschiedliche Reaktionsmuster auf diese Widerspruchserfahrung identifiziert hat. Manche dieser Reaktionsmuster sind produktiv, andere sehr destruktiv, wie z.B. die Abkehr von jedweder berufsethischen Norm. Das Modell ist bedeutsam für ein Verstehen dieser Zwänge und Ansprüche und hilft dabei, diese Widersprüchlichkeiten zu reflektieren, auch wenn man sie nicht immer auflösen kann. Das ist ein großer Verdienst in der Pflege und Pflegewissenschaft von Frau Kersting.

Was kennzeichnet die Anforderungen an die Pflegenden?

Die von Kersting benannten Widerspruchserfahrungen sind vor allem ethisch moralische Werte und Ideale, die im Beruf verankert sind und die auch in der Pflegebildung einen bedeutsamen Stellenwert haben. Ihnen gegenüber stehen aber reale Arbeitsbedingungen, die hinlänglich bekannt sind und die beständig diskutiert werden. Die Arbeitsverdichtung, ein Zeitdruck bei der Arbeit sowie die Fokussierung auf ökonomisch vertretbare und ausreichende Versorgung sind in allen Sektoren der Pflege zu spüren. In den Krankenhäusern hat der Personalbestand der Pflege nicht annähernd die Entwicklung genommen, wie er im Bereich der Medizin zu beobachten ist. **Als Resultat haben wir eine Personalbesetzung, die international schlicht nicht anschlussfähig ist.** Das ist gut belegt und führt zu einer Fokussierung auf das, was überhaupt möglich ist, statt auf das, was notwendig wäre für die Versorgung. In der stationären Altenpflege ist der Anteil der an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen in den letzten 10 Jahren deutlich gestiegen. Hier werden also die Anforderungen der Versorgung höher und die Situationen der Betreuung komplexer. In der ambulanten Versorgung sorgen Leistungspakete und Zeitvorgaben zu einem Druck, der nur wenig Spielraum lässt hinsichtlich der individuellen Betreuung. **In der Summe kann man das zusammenfassen als eine Missachtung der Bedeutung der Interaktionsarbeit als wesentlichem Bestandteil der Pflegearbeit. Fokussiert, bezahlt und kontrolliert werden überwiegend auf einzelne Tätigkeiten zugeschnittene Bestandteile, die aber nur einen Teil der eigentlichen Pflege ausmachen.**



Name: Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort

Funktion: Professor für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung und stellvertretender Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstands des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V.

Einrichtung: Katholische Hochschule NRW, Fachbereich Gesundheitswesen, Abteilung Köln

Expertenwissen: Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung

Wie schlagen sich diese Anforderungen in der Arbeitsrealität vor Ort nieder?

Im Krankenhaus haben wir mehrfach untersucht, was Pflegekräfte als Problemlagen beschreiben. Zum Beispiel können sie notwendige Beobachtungen bei demenziell Erkrankten nicht umfassend gewährleisten. Das produziert eine enorme Unsicherheit und führt oft zugleich zu einer großen Unzufriedenheit. Auch wird deutlich, dass Angehörigenbegleitungen, die wichtig sind, um die Krisen zu bewältigen, nicht oder nur unzureichend stattfinden können. Der gesamte Bereich der psychosozialen Betreuung ist demnach mehr ein Versprechen an den Beruf als eine Realität im Beruf. Aber es gibt auch ganz handfeste weitere Problemlagen, die mit konkreten Risiken verbunden sind. So berichten Pflegenden von Medikationsfehlern, weil die Zeit für die nochmalige Kontrolle fehlt oder aber es fehlt die Möglichkeit, eine Mobilisation durchzuführen und mit Patientinnen und Patienten Selbstständigkeit einzuüben. **Zentral für ein „Coolout“ ist dabei, dass Pflegenden dies oftmals wissen – sie realisieren diese Widersprüche und die Frage ist, wie man mit diesen Erfahrungen umgeht, wie man sie einordnet und bewältigt.**

Wie reagieren die Pflegenden auf diese Arbeitsrealität, wie versuchen sie diese zu bewältigen?

In dem Modell von Kersting werden wie eben schon angedeutet sehr unterschiedliche Reaktionsmuster beschrieben. Diese reichen von einer eher naiven Überwindung, wenn man die Widersprüche gar nicht erkennt bis zu einer reflektierten Auseinandersetzung und der Einsicht, dass man diese Widersprüche angesichts der unterschiedlichen Zielkonflikte gar nicht auflösen kann. Dazwischen liegen Reaktionen, die z.B. mit einer Absenkung der Norm in Verbindung stehen; das heißt, dass ich das zur „guten Pflege“ erkläre, was ich noch schaffe, ohne zu überlegen, ob es auch für die Patientinnen und Patienten hinreichend ist. Manche reiben sich auch auf, versuchen, die Rahmenbedingungen durch einen erhöhten eigenen Einsatz zu kompensieren oder appellieren an das Team, den Widerspruch zwischen den Anforderungen und der Personalausstattung durch Zusammenhalt aufzulösen. Wie gesagt, das Interessante ist, dass Kersting sehr unterschiedliche Reaktionsmuster beschreibt. Wichtig ist, dass die Pflegenden, die diesen Widerspruch einmal identifiziert haben, sich diesem werden stellen müssen. Denn ein Weg zurück, in eine Phase der fraglosen Übernahme der funktionell ausgerichteten Regeln der Organisationen, gibt es dann nicht mehr.

Das Phänomen des „Coolout“ ist bereits vor der Corona-Pandemie erforscht worden. Was haben diese letzten Monate bewirkt, verändert oder verschärft?

Ja, das stimmt. Wie gesagt, die Theorie des „Coolout“ ist rund zwanzig Jahre alt und hat Bestand. Unter den pandemischen Bedingungen wurde immer wieder das Bild des „Brennhauses“ oder der „Lupe“ bemüht, um zu verdeutlichen, dass die Mängel oder Problemlagen im System durch Corona noch deutlicher wurden. **Ich möchte zwei konkrete Beispiele nennen, die veranschaulichen, dass die Pandemie diese Widerspruchserfahrungen von Pflegenden massiv gesteigert und verdichtet haben.** Im Krankenhaus ist dies am Beispiel der Intensivversorgung nachzuweisen. Hier existieren seit 2019 klare Vorgaben zur Betreuung, die Personaluntergrenzen. Diese wurden für 2021 noch einmal verschärft und bedeuten, dass eine Pflegenden im Tagdienst maximal 2 Patientinnen bzw. Patienten betreuen soll. Dies wurde eingeführt, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten abzusichern und für die Pflege kalkulierbare Arbeitsbelastungen herzustellen. In der Pandemie, im März 2020, als eine hohe Auslastung auf den Stationen noch gar nicht vorlag, wurden diese Personaluntergrenzen außer Kraft gesetzt.

Im Vorgriff auf eine zu erwartende deutliche Steigerung der Patientinnen- und Patientenzahlen wurden also die Schutzmechanismen für die Patienten bzw. Patientinnen und die Pflegenden sozusagen einkassiert. Nach Alternativen, wie einem gut gesteuerten System der Belegung, um Überforderungen zu vermeiden, wurde erst viel später gesucht. Deutlicher hätte man Pflegenden gegenüber eine Normverletzung nicht mehr formulieren können. **Für die Pflegenden vor Ort bedeutete darüber hinaus die „Rückkehr zur Normalität“ nicht etwa, dass man ihre Leistungen würdigte, nach Erholungsoptionen suchte, sondern dass man ihnen sogar noch mitteilte, dass die Fallzahlen aufzuholen seien, die man durch die Pandemie nicht realisieren konnte.** Die Belegung wurde also sofort wieder „hochgefahren“, ohne zu prüfen, ob die Pflegenden diese Belastungen kompensieren können.

Im **stationären Altenpflegebereich** beobachtete ich eine andere Form der Normverletzung: Mit der Pandemie war eine umfassende und sehr restriktive Besuchseinschränkung verbunden. Im Klartext hat man die Bewohnerinnen und Bewohner isoliert. Darüber hinaus war es vielfach so, dass Bewohnerinnen und Bewohner, die die Einrichtung für Besuche oder Besorgungen verlassen wollten, mit einer anschließenden Quarantäne rechnen mussten. Das kommt einem faktischen Ausgangsverbot gleich. Im Kern aber ist es das Wesen in der stationären Betreuung, Alltag zu gewährleisten, Besuche zu integrieren und Kontakte zu intensivieren. Mit der „neuen Rolle“ der Pflegenden, die plötzlich „Hütende des Infektionsschutzes“ wurden, wird eine Normverletzung institutionalisiert. Beobachtet wurden dabei von den Pflegenden in vielen Fällen die konkreten Auswirkungen der „Schutzmaßnahmen“, insbesondere bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz. Der innere Rückzug, Zunahme aggressiven Verhaltens und auch die Einstellung der Nahrungsaufnahme wurden vielfach beschrieben. Damit waren die Pflegenden vor Ort dann alleine, denn sie mussten den Angehörigen am Telefon erklären, dass sich der Zustand verschlechtert hat, dass aus dem vermeintlichen Schutz vor einem Risiko ein manifestes Problem geworden war. Die Botschaft hätte also lauten müssen: „Es ist gegen unseren Wunsch, gegen unseren Anspruch und gegen unsere Überzeugung, dass wir aus Einrichtungen der stationären Altenhilfe totale Institutionen machen.“ Das hätte man verknüpfen müssen mit klaren Forderungen zu Pooltestungen, Ausstattungen mit Schutzmaterialien etc. **So aber wird der Schaden, den man dem System selbst und den Pflegenden zugeführt hat, die diese Normverletzung letztlich ein Jahr mittragen mussten, noch lange nachwirken.**

Welche Konsequenzen sind aus Ihrer Sicht aus all den Forschungsergebnissen zu ziehen?

Wir werden diese Widersprüchlichkeiten selbst, also die ethische Orientierung an dem, was wir für eine optimale Versorgung halten und dem, was als angemessene und wirtschaftliche Versorgung finanziert wird, nicht auflösen können. Was aber klar zu sein scheint ist, dass man in den Einrichtungen mit Pflegenden ins Gespräch gehen muss, dass man die vergangene Zeit der Pandemiebewältigung mit ihnen aufarbeiten und besprechen muss. Eine „Rückkehr zur Normalität“ mag es aus der Perspektive der Kennzahlen und Bewertungen geben, aus der Perspektive der Beschäftigten nicht. Wenn man das in den Einrichtungen nicht berücksichtigt, befürchte ich, dass im Nachgang dieser größten Krise der Bundesrepublik Pflegende zurückbleiben, die sich von den Einrichtungen, der Politik und der Gesellschaft im Stich gelassen fühlen. Dies wird meiner Einschätzung nach nicht zu einem flächendeckenden „Pflexit“ führen, aber es ist zu befürchten, dass die, die es sich ökonomisch leisten können, ihre Arbeitszeit reduzieren werden. Das ist angesichts eines Fachkräftemangels in der Pflege das Gegenteil von dem, was benötigt wird und könnte zu einer weiteren Abwärtsspirale mit steigenden Belastungen für die verbunden sein, die weiterhin die Versorgung aufrechterhalten. Das Thema des „Coolout“ wird somit dann noch deutlicher spürbar werden als es jetzt schon ist.

Vielen Dank für das Interview Herr Prof. Isfort!

› I'M PROUD TO BE A NURSE!

SELBSTVERSTÄNDNIS UND BERUFSTOLZ IN DER PFLEGE



» Anlässlich des 200. Geburtstag von Florence Nightingale am 12. Mai 2020 erklärte die WHO 2020 zum weltweiten Jahr der professionell Pflegenden und Hebammen. „Diese beiden Gesundheitsberufe sind unschätzbar wertvoll für

die Gesundheit der Bevölkerung. Ohne sie werden wir die nachhaltigen Entwicklungsziele und eine universelle Gesundheitsversorgung nicht erreichen können. 2020 wird sich darauf fokussieren, die enormen Entbehrungen und Leistungen von Pflegefachpersonen und Hebammen hervorzuheben und sicherzustellen, dass wir den Mangel an diesen lebenswichtigen Berufen adressieren“, sagte der WHO-Generalsekretär damals.¹

Doch wie ist es hierzulande um das berufliche Selbstverständnis und die Identifikation mit dem eigenen Pflegeberuf bestellt? Dazu habe ich einige Pflegenden befragt – Berufsanfängerinnen und Fachkräfte mit über 40-jährigen Berufserfahrungen. Im Fokus stand dabei die Frage: „Bist du stolz darauf, eine Pflegefachkraft zu sein?“

Die **Berufsanfängerinnen** gaben alle an, auf ihren Beruf stolz zu sein. Ihnen ist besonders wichtig, über komplexes Fachwissen sowie über kognitive und kommunikative Fähigkeiten zu verfügen, aber auch in der Anwendung dieses Know-hows als Helfende für Patienten und Patientinnen unverzichtbar zu sein. Sie führten zum Beispiel aus: „Der Beruf der Pflegefachkraft ist sehr anspruchsvoll, es werden Fähigkeiten benötigt wie Empathie, Geduld, Geschicklichkeit, Belastbarkeit, Flexibilität, ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit, medizinisches Wissen“ und „die Pflegefachkraft unterstützt die Patienten und Patientinnen in der gesamten Dauer ihres Behandlungsprozesses, sie ist ihnen am nächsten. Die Patienten und Patientinnen vertrauen ihre Gesundheit der Pflegefachkraft an. Kranken Menschen zu helfen, das mache ich gerne.“

Aus den Antworten der **„langjährig Pflegenden“** wird deutlich, dass sie sich immer noch ihrem Berufsideal verpflichtet fühlen: „Ich sehe es als meine Berufung an, kranke Menschen durch pflegerische Gesten in ihrem Heilungsprozess zu begleiten.“ Ihr Berufsbild ist differenziert: „Eine Fachpflegekraft erlebt tagtäglich viele intime Situationen, das reicht von Standarduntersuchungen und Eingriffen bis hin zur Mitteilung von guten, aber auch

1 vgl. <https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=12995>
bvpg: Weltgesundheitsorganisation: Weltgesundheitstag 2020 ehrt Pflegekräfte und Hebammen.



Name: Susanne Herzog

Funktion: Referentin für Pflegeentwicklung

Bereich: Stabsstelle Pflegeentwicklung, Ev. Klinikum Bethel

Expertenwissen: Einarbeitungsprogramme für neue pflegerische Mitarbeitende, Expertenstandards (insbesondere pfleg. Schmerzmanagement, Dekubitusprophylaxe, Förderung der Mobilität)

von schlechten Nachrichten. Dabei muss ich mich auf den Patienten oder die Patientin und das jeweilige soziale Umfeld einstellen und einlassen. Das hat mit Respekt, Professionalität, Empathie, Qualifikation, Selbstreflexion und Selbstachtung zu tun. Ich habe meine Rolle immer so verstanden, dass ich ein Bindeglied zwischen dem erkrankten Menschen und seiner möglichen Genesung bin.“

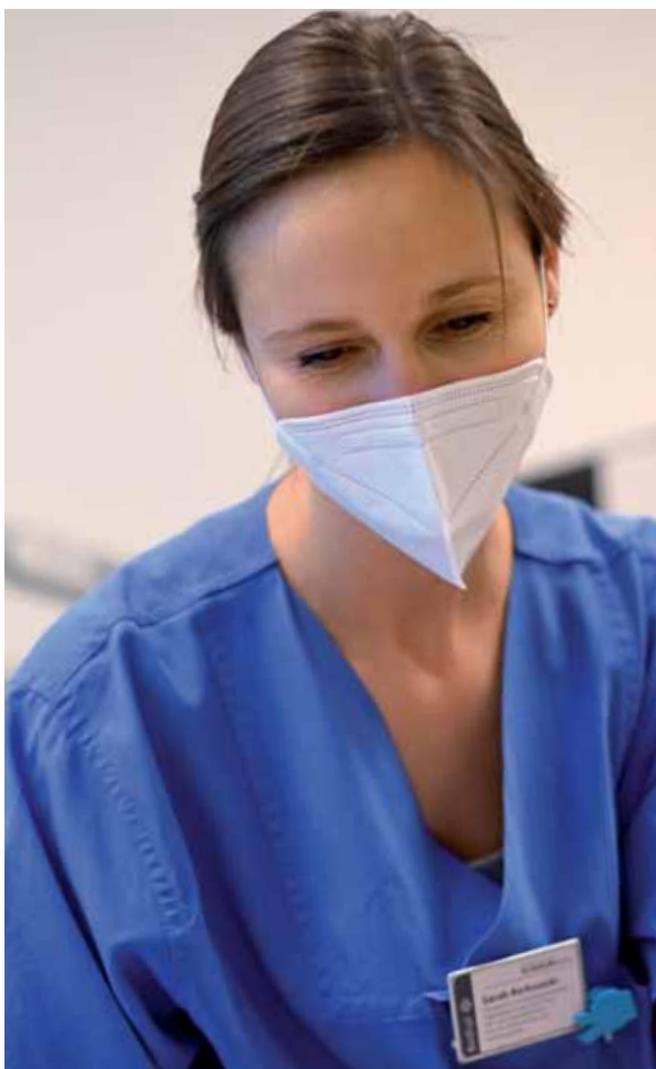
Bei den langjährig Tätigen wird die Freude am und Erfüllung im Beruf jedoch durch die erfahrenen Rahmenbedingungen der Berufsausübung getrübt, die sie im Zeitverlauf als immer schlechter werdend empfinden. „Ich bin stolz, nach 44 Jahren noch nicht aufgegeben zu haben, meine Berufsvorstellung zu leben. Allerdings nimmt das Rund-

um immer mehr Zeit in Anspruch und die Krankenpflege geht leider bergab. Aber bei der Grundpflege ein nettes Wort oder einmal pro Schicht sich Zeit für Zuwendung zu nehmen, schaffe ich bei allen.“

Eine andere Antwort lautet: „Mein Arbeitsumfeld hat sich über die Jahre massiv verändert. Ständige Veränderungen der internen Abläufe, kürzere Verweildauer und diverse politische Entscheidungen erschweren unsere Arbeit und zwingen uns, unser ursprüngliches Verständnis von unserem Beruf immer wieder in Frage zu stellen. Dennoch, natürlich bin ich stolz auf meine Berufswahl, und das kann mir keiner nehmen.“

Fazit: Der Beruf der Pflegekraft ist nach wie vor erstrebenswert und seine Ausübung erfüllend. Allerdings ist es als alarmierend zu konstatieren, dass aufgrund veränderter Rahmenbedingungen nicht selten eine Desillusionierung einsetzt. Indikatoren wie Berufs(un)zufriedenheit, unbesetzte Stellen und vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf zeigen auch eine negative Entwicklung an. Zu den Ursachen zählen laut Pflegefach- und Berufsverbänden das derzeitige Finanzierungssystem im Gesundheitswesen, das Personalnotstand im Pflegebereich verstetigt und verstärkt, die mangelnde Förderung am Arbeitsplatz, unzureichende Berücksichtigung und Implantierung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und auch das fehlende Mitspracherecht bei vielen gesundheitspolitischen Entscheidungen (z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss/G-BA).

Pflegekräfte sollten nicht allein darauf hoffen, dass andere auf höheren Stellen den Mängeln abhelfen. Bei allem tradierten und verinnerlichten Selbstverständnis, „für andere da zu sein“, sollte es zum pflegerischen Selbstbewusstsein gehören, sich auch um sich selbst zu kümmern. Dazu gehören u. a. die Bereitschaft, sich kontinuierlich weiterzubilden und sich berufspolitisch zu organisieren, z. B. durch die Mitgliedschaft in Organisationen wie Berufsverbänden, Gewerkschaften oder Pflegekammern. Denn sie eröffnen die Chancen, die Bedeutung des eigenen Berufes berufspolitisch und gesellschaftlich angemessen darzustellen, ihn attraktiv zu machen und qualitativ wie auch quantitativ so zu entwickeln, damit er den oben zitierten Zielen der WHO gerecht werden kann.



› AUS DREI MACH EINS

DIE GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG ALS CHANCE

» Seit dem 1.1.2020 basiert die Pflegeausbildung in Deutschland auf einer neuen gesetzlichen Grundlage, dem Pflegeberufegesetz. Die generalistische Pflegeausbildung vereint die bisherigen Berufsabschlüsse Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege. Die zukünftigen „Pflegefachfrauen“ und „Pflegefachmänner“ werden für alle Altersgruppen und alle Settings ausgebildet, in denen Pflege stattfindet. Grundlage dafür bildet zum ersten Mal auch ein bundeseinheitlicher Rahmenlehr- und Ausbildungsplan, auf dem die jeweiligen schulinternen Theoriecurricula und einsatzortbezogenen Praxiscurricula basieren.

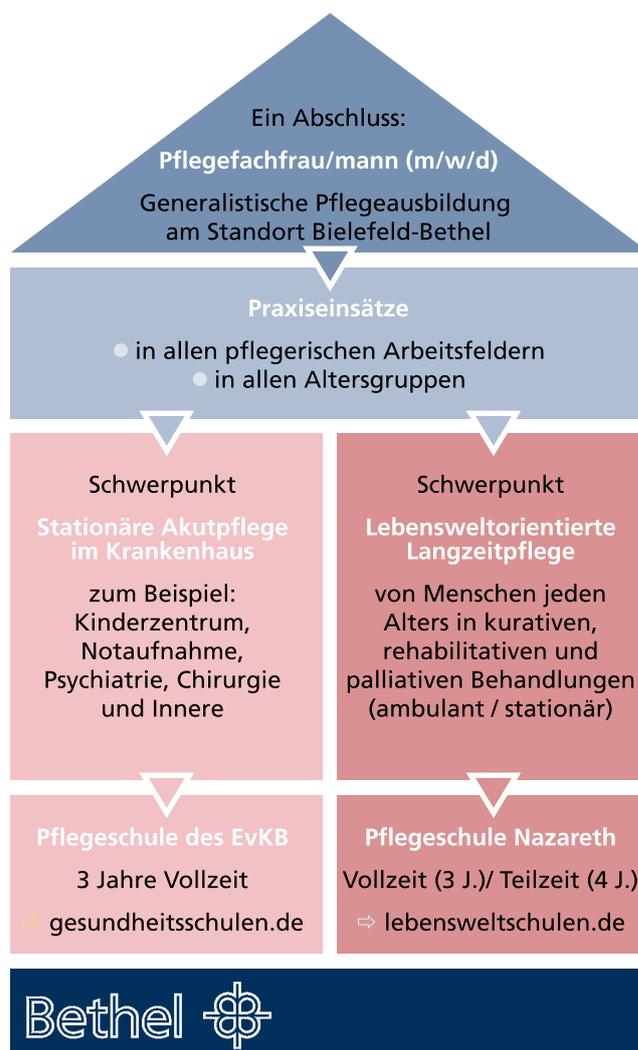
Der neue Berufsabschluss ist erstmals europaweit anerkannt und bietet damit den Absolventinnen und Absolventen erweiterte Möglichkeiten der beruflichen Mobilität.

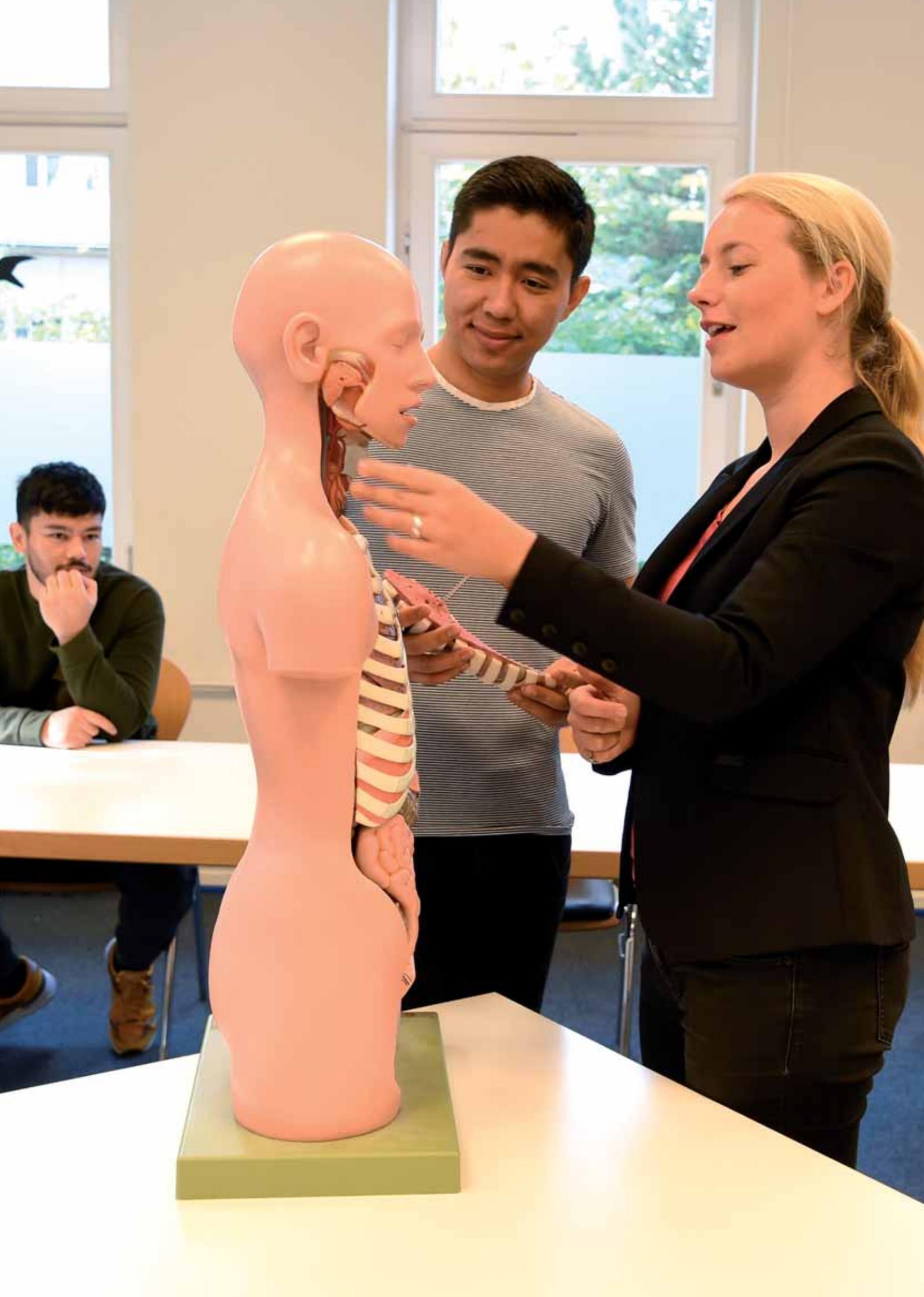
Aus „drei“ mach „eins“ – wie ist das möglich?

Im Vorfeld der Entwicklung der neuen Pflegeausbildung wurde vielfach die Frage gestellt, inwieweit sich drei ehemals eigenständige dreijährige Berufsausbildungen der Pflege auf eine Ausbildung reduzieren lassen. Eine angemessene Beantwortung setzt einen neuen, universellen Blick auf die berufliche fachgebietsübergreifende Pflegeausbildung voraus. Eine Spezialisierung für einzelne Fachgebiete erfolgt nach der dreijährigen Ausbildung im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen. Während der Ausbildung erfolgt lediglich eine Schwerpunktsetzung für die möglichen Bereiche stationäre Akutpflege und lebensweltorientierter Pflege.

Die Pflegeschulen am Standort Bethel in Bielefeld

Am Standort der Ortschaft Bethel in Bielefeld gibt es zwei Pflegeschulen, die sich mit ihren jeweiligen Profilen ergänzen und so den Bewerberinnen und Bewerbern eine breit gefächerte Auswahl an Qualifizierungsmöglichkeiten bieten, die zu dem gemeinsamen Ausbildungsziel „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ führen. Die folgende Grafik veranschaulicht dies.





Durch meine vielen Kontakte zur Pflege durch verschiedenste Praktika, die ich vor der Ausbildung gemacht habe, habe ich viele Informationen bekommen. Die generalistische Ausbildung bietet mir viele Möglichkeiten und ich habe die Freiheit mich entscheiden zu können, wo ich später arbeiten möchte. Für das EvKB habe ich mich entschieden, weil es bekannt ist und ich nur Gutes gehört habe.

Jenny Adler, Pflegeschule des EvKB

Die **Pflegeschule des Evangelischen Klinikums Bethel** bietet den Abschluss **Pflegefachfrau oder Pflegefachmann mit der Ausrichtung stationäre Akutpflege** an. Sie startet zum 1. März (28 Plätze), zum 1. August (56 Plätze) und zum 1. Oktober (56 Plätze). Die Grundlage der Arbeit bildet dabei das schuleigene Curriculum, welches sich sowohl an den gesetzlichen Anforderungen als auch an den Besonderheiten der diakonischen Einrichtung und den Einsatzbereichen des EvKB und des Krankenhauses Mara orientiert. Durch den Wechsel von mehrwöchigen Theorie- und Praxisphasen lernen die Auszubildenden dort verschiedene Arbeitsbereiche kennen. Des Weiteren haben alle Auszubildenden einen Einsatz bei einem der zahlreichen Kooperationspartner im Bereich der ambulanten Pflege und einen weiteren in der stationären Langzeitpflege, sodass sie nach drei Jahren Ausbildung einen guten Überblick über die verschiedenen Arbeitsbereiche der Pflege erhalten haben.

Zur Sicherstellung der gesetzlich vorgeschriebenen 10 % Praxisanleitungszeit in der praktischen Ausbildung werden sie durch fachlich versierte Pflegekräfte mit pädagogischer Zusatzqualifikation der Abteilung pflegerische Praxisanleitung mit Sitz in der Pflegeschule des EvKB begleitet.

Alle Absolventinnen und Absolventen erhalten aktuell die Möglichkeit, nach der Ausbildung im EvKB oder Krankenhaus Mara in der Pflege zu arbeiten und sich auch langfristig im Sinne des lebenslangen Lernens beruflich weiterzuentwickeln.

Die **Pflegeschule Nazareth** ist aus dem Fachseminar für Altenpflege hervorgegangen und bildet seit April 2020 **Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner mit einem lebensweltorientierten Schwerpunkt** aus. Lebensweltorientierung heißt hier, dass die Pflegebedürftigen dort aufgesucht werden, wo ihr aktueller Lebensmittelpunkt ist.

In enger Kooperation mit der Altenhilfe OWL gGmbH, den Pflege- und Betreuungsdiensten gGmbH in Bielefeld, sowie weiteren mehr als 50 Kooperationspartnern der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Akut- und Langzeitpflege berücksichtigt dieses Ausbildungsangebot die pflegefachlichen Bedarfe dieser Einsatzgebiete besonders.

Darüber hinaus absolvieren die Auszubildenden Praktika in allen gesetzlich vorgegebenen Settings, so auch in der stationären Akutpflege (Krankenhaus), der pädiatrischen Pflege und psychiatrischen Aufgabenfeldern.

Neben der Ausbildung in Vollzeit hat die Pflegeschule Nazareth mit der **Teilzeitausbildung** ein bislang einmaliges Angebot in OWL geschaffen, das von Menschen bis Mitte 50 angenommen wird, die häufig bereits Kinder haben. Für die Ausbildung von Menschen mit einem Migrationshintergrund besteht insbesondere für die Förderung der sprachlichen Entwicklung eine enge Zusammenarbeit mit dem Internationalen Bund Bielefeld, der Gesellschaft für Arbeits- und Berufsförderung Bielefeld und dem Bundesamt für Migration.

In Kooperation mit der Ev. Bildungsstätte für Diakonie und Gemeinde vermittelt die Pflegeschule Nazareth den Auszubildenden auch diakonisch-theologische Inhalte, die damit das Fundament und ein weiteres besonderes Profil der Ausbildung ausmachen.



Name: Judith Kreuziger

Funktion: Stellvertretende Schulleitung

Bereich: Gesundheitsschulen, Evangelisches Klinikum Bethel

Expertenwissen: Allgemeine Pflege Themen



Name: Thomas Kreutz

Funktion: Schulleitung

Bereich: Pflegeschule Nazareth, Stiftung Nazareth

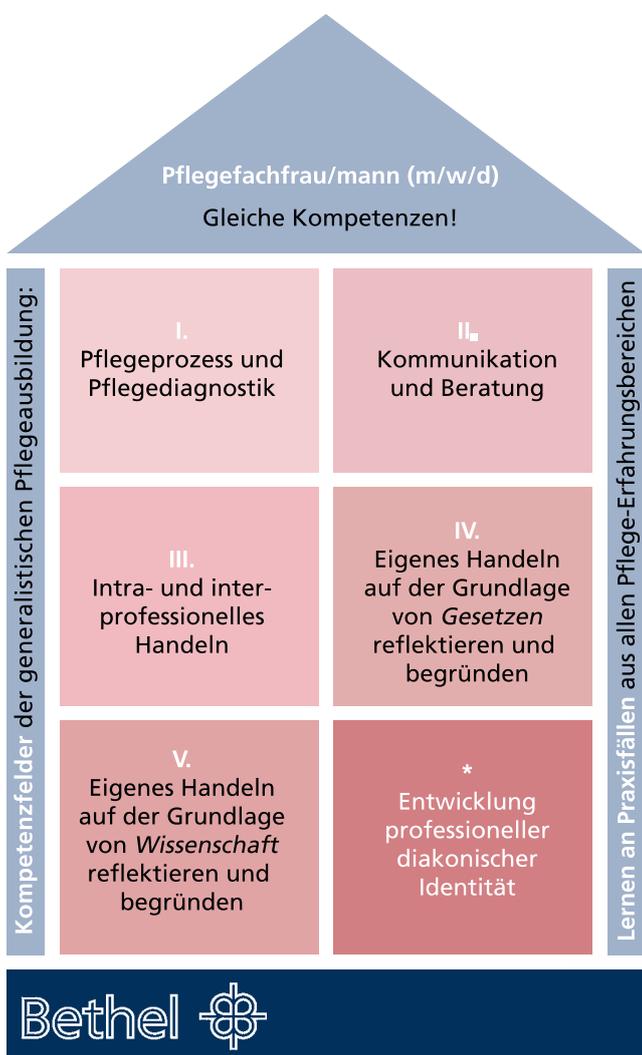
Expertenwissen: Schul- und Curriculumsentwicklung, Lernortkooperation, Qualifizierung von Praxisanleitenden; Gewinnung ausländischer Pflegekräfte

Der Ausbildungsbeginn ist jeweils zum 01.04. und 01.10. möglich.

Sechs Kompetenzfelder

In beiden Pflegeschulen werden die Auszubildenden kompetenzorientiert ausgebildet, d.h. im Rahmen der theoretischen und praktischen Ausbildung werden gesetzlich vorgegebene Kompetenzen angebahnt. Dies beinhaltet die Vernetzung von Wissen und Fertigkeiten, um konkrete typische berufliche Situationen bewältigen zu können.

Die folgende Grafik veranschaulicht die sechs Kompetenzfelder der Pflegeausbildung in Bielefeld-Bethel:



Diese Kompetenzen sollen in enger Abstimmung an drei Lernorten erworben werden:

1. Lernort Pflegeschule
2. Lernort Praxis
3. Lernort Skills-Lab

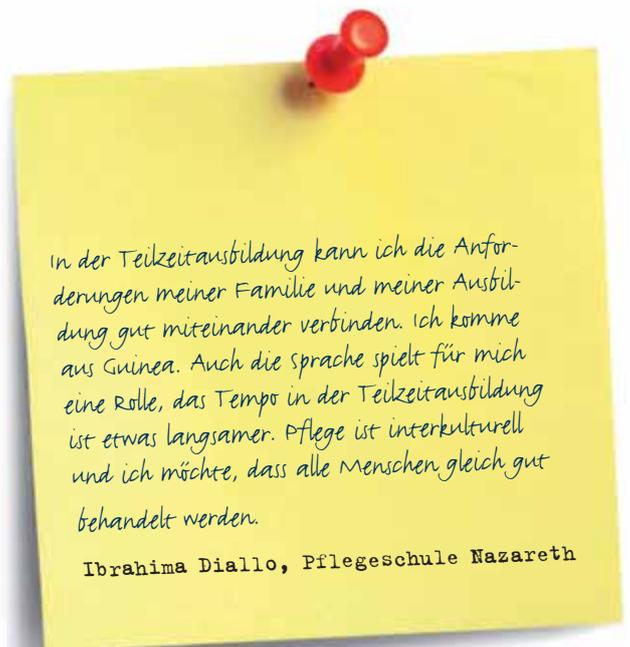
Auf die Zusammenarbeit zwischen dem Lernort Praxis und dem Lernort Schule wird im Rahmen einer intensivierten Lernortkooperation geachtet.

Die Verantwortung des Trägers der praktischen Ausbildung für den Lernprozess ist im neuen Pflegeberufegesetz deutlich hervorgehoben. Die Zusammenarbeit der Lehrenden mit den berufspädagogischen weitergebildeten Praxisanleitenden ist dabei eine wichtige Säule der gemeinsamen Ausbildungstätigkeit.

Der dritte Lernort bildet eine weitere wichtige Verbindung zwischen Praxis und Schule. Mithilfe komplexer digitaler Technik werden typische Pflege- und Berufssituationen im Simulationsverfahren geübt. An unseren Pflegeschulen im EVKB und in Nazareth entstehen aktuell diese neuen „Pfleglabore“, die eine neue zukunftsweisende Pflegeausbildung deutlich unterstützen werden.

Abschließend lässt sich festhalten:

Die Vielfalt der unterschiedlichen pflegerischen Aufgabenfelder (stationär, ambulant, Akutpflege, Langzeitpflege, Pflege von Menschen aller Altersgruppen etc.) und das damit verbundene weite Spektrum der pflegefachlichen Weiterentwicklung macht die neue Pflegeausbildung für viele interessierte Menschen sehr attraktiv. Dieses erleben wir vor Ort durch eine hohe Anzahl von Bewerbungen.



› PFLEGE VOR ORT

UNTERSTÜTZUNG FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

» In den Helfefeldern der Altenpflege unterstützen wir in der Hoffnungstaler Stiftung Lobetal Menschen sowohl ambulant zuhause, in unseren stationären Pflegeeinrichtungen, in der Tagespflege als auch als Hospizgäste mit Pflegebedarf und in ihrer palliativen Lebensphase. Im Vordergrund stehen allgemeinpflegerische Tätigkeiten, Behandlungspflege, die soziale Betreuung sowie tagesstrukturierende Begleitung. Sie kommen häufig dann infrage, wenn Familien die Pflege von Angehörigen nicht (mehr) leisten können.

Die Pflege nimmt einen essenziellen Stellenwert ein, brauchen wir doch diese Begleitung und Unterstützung in allen Lebenslagen auf vielfältige Weise.

„Ambulant vor stationär“ – Anforderungen sind erheblich

Seit Jahren ist die pflegerische Versorgung „ambulant vor stationär“ gesetzlich verankert. Die Umsetzung wird dahingehend forciert. Dieser Wandel braucht Zeit. Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege erweist sich, dass eine hohe Nachfrage auf geringe Kapazitäten stößt. Wird die Begrenzung bei der Auslastung der stationären Einrichtungen vorrangig aufgrund der vorhandenen Platzkapazitäten deutlich, zeigt sich im ambulanten Bereich, dass die erhöhte Nachfrage nach Pflegeleistungen mit den verfügbaren personellen Ressourcen (insbesondere Fachpersonal) nicht zu bewältigen ist. **Die Anforderungen an die Pflege nehmen erheblich zu und können ohne grundlegende Änderungen oder tiefgehende Reformen des Gesundheits- und Pflegesystems nicht aufgefangen werden.** Des Weiteren ergeben sich durch die alternde Gesellschaft Herausforderungen, die es dringend zu bewältigen gilt.

Stützpfeiler der Pflege vor Ort

Nach wie vor stützt und verlässt sich das professionell-pflegerische Versorgungssystem in erheblichem Maße auf die „Laienpflege“ der pflegenden Angehörigen. Zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland leben Zuhause und werden von ihren Angehörigen im häuslichen Lebensumfeld pflegerisch versorgt und begleitet. **Fest steht: Die Gruppe der pflegenden Angehörigen ist enorm angewachsen und steht dennoch nicht ausreichend im Blickfeld der gesellschaftspolitischen Änderungsprozesse.** Auch wir in der professionellen Altenhilfe müssen unseren Blick verstärkt auf diese Lebenssituation und die sich daraus ergebenden Umstände richten, Unterstützungsmöglichkeiten ableiten und konkrete Angebote für die Pflege in der Häuslichkeit anbieten.

In den ambulanten Beratungseinsätzen ist wahrzunehmen, dass Fragestellungen zur Einschätzung des Pflegebedarfs rund um diese Lebenssituation zunehmen. Angehörige nutzen diese Beratungen, professionelle Angebote oder Unterstützungsleistungen jedoch oft erst dann, wenn sich akute Veränderungen herauskristallisiert haben oder die persönlichen, psychischen und zeitlichen Belastungen nicht mehr zu bewältigen sind. Wahrzunehmen oder sich einzugestehen, dass es notwendig werden kann, Hilfe „von außen“ anzunehmen, fällt vielen Menschen sehr schwer, da viele von ihnen verunsichert sind durch chronische Erkrankungen, die mit typischen Begleiterscheinungen wie psychischen und somatischen Veränderungen einhergehen. Häufig fehlt es auch an Kenntnissen zu Pflgetechniken oder pflegepraktischen Handgriffen, die den Angehörigen die Begleitung ihrer pflegebedürftigen Mitmenschen in der alltäglichen Lebensführung erleichtern könnten.

Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige

Hier setzen wir mit unseren neuen Schulungsangeboten für pflegende Angehörige an. Gemäß § 45 SGB XI lässt



Name: Katja Möhlhenrich-Krüger

Funktion: Bereichsleitung Altenhilfe Lobetal; Vorstandsmitglied im Evangelischen Verband für Altenarbeit und pflegerische Dienste

Bereich: Hoffnungstaler Stiftung Lobetal

Expertenwissen: Themenfelder im Bereich der Altenhilfe und Pflege / Menschen mit Pflegebedarf im Bereich Teilhabe

sich die Finanzierung von Schulungen zu verschiedenen Themenstellungen über die Pflegekassen vereinbaren. Die Kursleitung übernehmen geschulte Pflegefachkräfte. **Die Teilnehmenden können sich in diesen Schulungen zum einen grundpflegerische Handgriffe aneignen. Zum anderen werden Kenntnisse in Orientierungs- bzw. Spezialkursen und an Themenabenden vertieft** – z.B. zur Begleitung und Pflege von Menschen mit altersbedingten und altersspezifischen Krankheitsbildern mit gerontopsychiatrischer Symptomatik, demenziellen Veränderungen oder tragenden gesundheitlichen Auswirkungen nach einem Schlaganfall.

In Kooperation mit dem Kompetenzzentrum der Alzheimer Gesellschaft des Landes Brandenburg und der Barmer

Ersatzkasse bieten wir speziell den Angehörigen von Menschen mit einer Demenz eine Schulungsreihe im Umfang von acht Modulen zu wichtigen Themen, die rund um diese Erkrankung zu bearbeiten und zu beachten sind. Hierbei stehen medizinische, pflegerische, rechtliche und soziale Inhalte im Blickpunkt.

Ganz im Sinne von „Pflege vor Ort“ beraten wir Pflegebedürftige, Angehörige und Interessierte zu sämtlichen niedrigschwelligen Leistungsangeboten der Altenhilfe bis hin zu Hilfeformen für Menschen in speziellen Lebenssituationen. Ebenso unterstützen wir beim Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und geben praktische Anleitung im häuslichem Umfeld der Betroffenen. Wir greifen die individuellen Gegebenheiten auf, geben Hinweise und Orientierung und stärken damit die individuelle Handlungssicherheit.

Die erste Begegnungs- und Beratungsstätte „Aufwind“ im Bereich der Lobetaler Altenhilfe in Eberswalde ist schließlich ein weiteres Unterstützungsangebot, und Ratsuchende mit ihren sozialen und pflegerischen Fragestellungen sind willkommen. Wir bieten Gruppenangebote im Freizeitbereich, Gedächtnistraining, präventive Angebote u.a. zur Sturzprävention und ermöglichen den Austausch zu lebenspraktischen Themen sowie speziellen individuellen Erfahrungen der pflegenden Angehörigen.



› MIT UND OHNE PANDEMIE PFLEGEKRÄFTE IM GESPRÄCH

» Wir haben Pflegefachkräfte aus verschiedenen Stiftungs- und Unternehmensbereichen der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel um kurze Statements zu ihren Erfahrungen in der Pandemie gebeten. Was war in der Zeit seit März 2020 aus Ihrer Sicht als Fachkraft überfordernd? Was war hilfreich? Und was schlagen Sie Verantwortlichen vor, welche Konsequenzen aus den Erfahrungen der letzten Monate gezogen werden müssen?



» Leider ist unsere Abteilung StäB in Gilead 4 geschlossen worden und wir wurden für mehrere Monate zwangsversetzt innerhalb der Klinik. Ganz schwierig war für mich die Unsicherheit, wie lange der Zustand andauern sollte. Auch war es schwierig zu erlernen, wie man Patienten oder Patientinnen richtig abstreicht (Schnelltest und PCR-Test), da es keine Einweisung von der Klinik gab **und wir uns alles anlesen mussten** im Intranet. Es gab auch eine große Unsicherheit in Bezug auf die erlaubte Anzahl an Personen bei einer Übergabe oder Gruppenveranstaltungen. Personell war es außerdem sehr eng, da viele Kollegen und Kolleginnen für den Corona-Bereich abgestellt worden sind, als wir wieder öffnen durften. Ich habe, am Anfang der Pandemie, auf die auf Station vorhandenen Masken allergisch reagiert und es konnte keine andere Art von FFP2-Maske bestellt werden.

Hilfreich war, dass **meistens genug Material vorhanden** war wie Abstrichröhrchen und Kittel etc. Als die erste Panik vorbei war und wir unsere Station wieder aufmachen durften, trat eine vorsichtige Gelassenheit ein und es wurde nicht ganz so schnell entschieden zu schließen bzw. **Entscheidungen der Klinikleitung waren wohl überlegter**. Es gab eine hohe Akzeptanz seitens der Patienten und Patientinnen für die Maßnahmen -außerdem hielten sich diese weitestgehend an die Vorgaben. Das StäB-Team hat in der schwierigen Zeit gut zusammengehalten. Dass **sehr schnell geimpft** werden konnte, war auch eine hilfreiche Maßnahme.

Ich fände es gut, wenn die Verantwortlichen uns die Entscheidung über die Schließung selber mitteilen würden.

**Lisa Stratmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Stationsäquivalente
Behandlung in Gilead 4 im Evangelischen Klinikum Bethel**



» Es war eine Situation, die für mich noch nie so gewesen ist. Aufgrund der Quarantänebestimmungen und Vorgaben in unserer Einrichtung mussten Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb des Hauses umziehen. Dadurch waren einige von ihnen sehr unzufrieden und zeigten dies auch deutlich in ihrem Verhalten. Dadurch hatte ich das Gefühl, **häufiger am Limit zu arbeiten**.

Der **Zusammenhalt** unter den Mitarbeitenden war auch in schwierigen Phasen, in denen wir immer privat oder auch beruflich neue Informationen über die Pandemie erhielten, sehr gut. Gerade zu der Zeit haben auch die Führungskräfte das Team kräftig in der täglichen Arbeit unterstützt. Dies hat mir sehr geholfen und ein gutes Gefühl gegeben.

Als eine Konsequenz sollte nach diesen Erfahrungen darauf geachtet werden, dass in allen Bereichen immer genügend Hygiene- und Pflegematerial vorhanden ist. Dazu sollte weiter **der jetzt bestehende Informationsfluss aufrechterhalten werden**, der gerade in der schwierigsten Phase der Pandemie sehr hilfreich war. Und schließlich sollte man als Gesellschaft gut vorbereitet sein, falls sich solch eine Situation wiederholt und wirklich genau schauen, wer wo mithelfen und auch unterstützen kann.

Lucy Mbugua, Altenpflegerin im Anna-Meyberg-Haus in Hannover, Bethel im Norden

» An einem Wochenende Mitte März 2020 wurden wir zur Pandemiestation. Wir mussten schnell handeln und die Nicht-Covid-Patienten bzw. -Patientinnen verlegen. So richtig waren wir nicht vorbereitet. So waren gewisse Schutzmaterialien nicht vor Ort. Es gab viele offene Fragen. **Der Stresslevel war entsprechend hoch**. Und dann kamen die Bilder aus Italien und wir haben so sehr gehofft, dass es bei uns nicht so wird.

In der Nachbarschaft hab ich gemerkt, **dass die Mitmenschen sich zurückziehen** auch von meinen Kindern, weil man im Krankenhaus mit Covid-Infizierten arbeitet. Und Respekt und Klatschen: Ich wohne auf dem Dorf. Ich hab das nur im Fernsehen gesehen. Davon hab ich nichts.

Sehr hilfreich war, dass wir uns viel ausgetauscht haben. Die Pandemiestation haben wir komplett abgeschottet. Wir haben uns als Team gesagt: Wir bekommen das hin! Das war schon sehr beeindruckend.

Daniela Heck, Stationsleitung der IN04 (erste Pandemiestation) im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge Berlin





» Für mich als Heilerziehungspflegerin ist **die dauerhafte Unterbesetzung mit und ohne Pandemie** überfordernd. Es sind einige Mitarbeitende krankheitsbedingt während der Beginn der Pandemie ausgefallen, Bewohnerinnen und Bewohner mussten in den Zimmern isoliert werden, um weitere Ansteckungen zu vermeiden. Dieses erhöhte natürlich den Zeitaufwand und es ist somit schwieriger den Menschen hier und auch uns selbst in der Rolle als Pflegenden gerecht zu werden.

Es wäre unterstützend/hilfreich gewesen, wenn dem sozialen Bereich/den Pflegeberufen und auch der Heilerziehungspflege bereits vor der Pandemie mehr Aufmerksamkeit, Wertschätzung und mehr Lohn zur Verfügung gestanden hätte. **Das Klatschen der Mitmenschen auf dem Balkon war definitiv nicht hilfreich** und wurde schnell wieder vergessen. Eine finanzielle Prämie wurde mehrfach angekündigt, aber in manchen Bereichen nie gezahlt.

Man sollte bereits aus den letzten Jahren wissen, dass Pflegeberufe nicht genügend Anerkennung sowie Wertschätzung erfahren haben. Außerdem würde mehr/andere Öffentlichkeitsarbeit den positiven Nebeneffekt haben, dass die Menschen aufgeklärt werden und sich somit für die Pflege interessieren könnten. **Pflege und Begleitung in allen Lebenslagen ist ein respekt- und liebevoller Job, den ich jedem Menschen ans Herz legen kann.**

Man könnte die Menschen auch mit mehr Geld und besseren/angemessenen Bedingungen locken, aber was weiß ich schon? Wäre ja viel zu einfach.

Sabine Gewis, Heilerziehungspflegerin, Unterstütztes Wohnen Pontanus Carrée, Bethel.regional



» Belastungen:

- zusätzliche Hygiene- und Schutzmaßnahmen, ohne zusätzliche Zeit
- anfangs keine ausreichende Schutzausrüstung
- Sorge und Angst vor gegenseitiger Ansteckung (Patient bzw. Patientin ↔ Pflegekraft)
- Belastung durch Tragen der Schutzkleidung (FFP2-Masken, Schutzkittel, ...)
- Testungen (teilweise alle 48 h)
- veränderte Arbeitszeiten aufgrund der individuellen Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen und ihrer Familien
- In manchen Bereichen wurde die mangelnde Kommunikation mit den Führungskräften beanstandet
- höhere Arbeitsbelastung bei sowieso schon sehr dünner Personaldecke
- durch Quarantäne (besonders bei Familien mit Kindern) häufiges Einspringen
- wenig Wertschätzung, teilweise Stigmatisierung von Pflegekräften in der Öffentlichkeit
- Pflexit

unterstützend war:

- Sicherheit durch Impfungen, Testungen
- später ausreichend Schutzkleidung vorhanden
- Wertschätzung durch einmaligen Corona-bonus

Konsequenzen:

- mehr Wertschätzung für die Pflege durch Verbesserung der Personalsituation, höhere Vergütung, Entlastung, andere Anreize (z.B. mehr Boni)
- andere Finanzierung der Pflege
- mehr politische Stimmen für die Pflege
- Pflegekammer?

**MAV Pflege und Betreuungsdienste
Bethel gGmbH**



» Die Corona-Pandemie hat Bewohner bzw. Bewohnerinnen und Personal körperlich und emotional enorm belastet. Wir wurden zeitweise täglich, gar stündlich mit neuen Herausforderungen konfrontiert, die sofort umgesetzt werden mussten. **Aus Pflegekräften wurden Improvisationskünstler und -künstlerinnen.** Erschreckend war, wie schnell sich die Isolation, die fehlenden Berührungen, im zunehmenden Verlauf auf die Stimmung, Lebensfreude und die Orientierung der Pflegebedürftigen auswirkte. Besuche der Angehörigen, der Ehrenamtlichen sowie der therapeutischen Dienste blieben aus, das Dasein der Pflegekraft wurde in ein ganz anderes Licht gerückt. **Wir waren gefragt und belastet wie noch nie.**

Hilfreich waren und sind die regelmäßigen Krisenstäbe mit Einbeziehung aller Mitarbeitenden aus allen Bereichen. Es folgten regelmäßig strukturierte Unterweisungen durch die jeweiligen Hygienebeauftragten. Ich habe mich immer sehr gut informiert gefühlt, **wir wurden in Änderungen mit einbezogen**, was sehr wertschätzend war und Sicherheit vermittelte. Die positivste Ressource war das unterstützende Team, welches auch in dunklen Stunden zusammengehalten hat. **Es wurde bereichsübergreifend gearbeitet.** Besonders hervorzuheben ist die Wertschätzung durch die Angehörigen, welche für uns sehr berührend war.



Die Lage ist alarmierend! Schon vor der Pandemie zeigte sich ein Mangel an gut ausgebildeten Fachkräften. **Es muss etwas passieren, um den Beruf attraktiver zu machen.** Die Pflege ist ein hochkomplexer Beruf, der darin besteht, Menschen in existenziellen Situationen des Krankseins zur Seite zu stehen. Und zu wenige üben ihn aus. Denn schon lange vor Corona haben Pflegenden klar gesagt, dass die Rahmenbedingungen ihres Berufs es kaum zulassen, ihn auf menschenwürdige Weise auszuüben. Ebenso wäre es zu hoffen, dass Wissen, Problembewusstsein und Sorgfalt in Hinsicht auf Hygienemaßnahmen in der Pflege durch die Corona-Krise dauerhaft steigen.

Sarah Hasselbach, Altenpflegerin im Pflegezentrum Kirchdorfer Heide, Landkreis Diepholz, Bethel im Norden



Ulrich Johnigk

› NEUE TECHNOLOGIEN IN DER PFLEGE

AKTUELLE PROJEKTE IN DER ALTENHILFE BETHEL





Name: Ulrich Johnigk

Funktion: Referent für Unternehmensentwicklung Altenhilfe Bethel

Bereich: Stabsstelle, Stiftungen Sarepta I Nazareth

Expertenwissen: Bau- und Technologieprojekte, Wohn- und Versorgungskonzepte

» Seit rund 10 Jahren beschäftigt sich die Altenhilfe Bethel intensiv mit der Frage, welche Chancen und Möglichkeiten Digitalisierung in der Pflege bieten kann. Der kontinuierliche Einsatz und die Erprobung moderner Technologien haben gezeigt, dass digitale Hilfsmittel den Pflege- und Betreuungsprozess nachhaltig unterstützen können, indem sie die Sicherheit und Lebensqualität von Menschen mit Assistenz- und Pflegebedarf verbessern und Mitarbeitende im Arbeitsalltag entlasten.

So sammeln im Seniorenzentrum Breipohls Hof Mitarbeitende und Bewohnerinnen und Bewohner bereits seit der Eröffnung 2013 grundlegende Erfahrungen mit innovativen Assistenz- und Kommunikationssystemen. Zudem haben Teststellungen mit funkbasierter Sensortechnik sowie Probelaufe zur telemedizinisch gestützten Betreuung von Seniorinnen und Senioren gezeigt, dass Technologieeinsatz in der Pflege zentrale Prozesse sinnvoll und dauerhaft unterstützen und absichern kann.

Aktuell plant die Altenhilfe Bethel, stationäre Einrichtungen schrittweise mit funkbasierter Sensortechnologie in Form flexibel einsetzbarer „Sensorik-Koffer“ auszustatten. Die darin enthaltene Rechneinheit mit Sensoren (Bewegungsmelder, Tür-/Fensterkontakte, intelligente Steckdosen) kann in einem Bewohnerzimmer installiert und zur Alarmierung der Pflegekräfte an die Schwesternrufanlage des Hauses angeschlossen werden. In besonderen Pflegesituationen werden durch die Sensortechnik betreuungsrelevante Informationen wie z. B. Sturzgefahr oder nächtliche Unruhe erfasst, Mitarbeitende benachrichtigt und zeitnahe pflegerische Interventionen ermöglicht.

Vorbereitend hat die Altenhilfe Bethel ein Fortbildungsset entwickelt, mit dem Mitarbeitende und Auszubildende funkbasierte Sensorik kennenlernen und erproben können. Die in einem Schulkoffer zusammengestellten Sensorkomponenten können in Verbindung mit einem portablen Schwesternruf-System sowohl in Seminarräumen als auch bei Inhouse-Veranstaltungen eingesetzt werden. Auf diesem Wege ist es möglich, unterschiedliche Pflegesituationen aus dem stationären und ambulanten Kontext zu simulieren und Mitarbeitende im Einsatz sensorischer Assistenz zu schulen.

Parallel hierzu wird im Haus Abendfrieden und im Seniorenzentrum Dissen erprobt, inwiefern Videosprechstunden auch die hausärztliche Versorgung in der Altenhilfe sinnvoll ergänzen können. Bei dieser Form der Arztvisite lädt die Praxis Patienten und Patientinnen über einen zertifizierten Videodienst in ein virtuelles Warte- bzw. Sprechzimmer ein. Die Einrichtungen ihrerseits halten entsprechende Endgeräte (iPads) zum Aufbau einer sicheren Datenverbindung zur Arztpraxis vor. Von dieser auf Wunsch durch Pflegefachkräfte begleiteten und im Zimmer des Bewohners bzw. der Bewohnerin organisierten Sprechstunde erhofft sich die Altenhilfe Bethel eine flexiblere und bessere gesundheitliche Versorgung der Seniorinnen und Senioren. Insbesondere aufgrund der Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie ist davon auszugehen, dass ältere und oftmals vorerkrankte Menschen durch den Einsatz von Videosprechstunden sicherer und engmaschiger in ihrem Wohnumfeld ärztlich versorgt werden können. Dieses Mehr an Sicherheit schützt und entlastet sowohl die älteren Menschen als auch die Pflegefachkräfte.

➤ DIGITALISIERUNGSPROZESSE IM KRANKENHAUS

ERFAHRUNGEN AUS DEM EVANGELISCHEN KRANKENHAUS
KÖNIGIN HERZBERGE BERLIN





» Ein Interview mit Christoph Janitzek zu
Veränderungsprozessen im Evangelischen
Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge Berlin

Welche technischen und technologischen Veränderungen stehen Ihrer Meinung nach im Krankenhausbereich im Hinblick auf die Pflege in den nächsten Jahren an?

Grundsätzlich besteht in Deutschland immer noch ein großer Handlungsbedarf, was die Digitalisierung angeht. Als Vergleich kann ich die Schweiz und Australien nennen. In Australien läuft alles digital. Das Fax hat man vor über 10 Jahren abgeschafft. Da sind wirklich alle Prozesse extrem schlank und schnell. Da geht nichts verloren auf dem Weg, zum Beispiel ein Befund auf Papier. Man merkt schon, dass dort ganz viel Zeit gespart wird. In der Schweiz, da sind wir im deutschsprachigen Raum, ist das auch der Fall. Da wird z. B. kein Rezept oder keine Anforderung mehr auf Papier ausgestellt.

So wird sich auch hier bei uns zukünftig vieles im Krankenhaus verändern, indem Prozesse digitalisiert werden – so auch in der Pflege. Beispiele sind die **elektronische Patientenakte** oder das Erfassen des Zustandes vom Patienten bzw. von der Patientin. Darüber hinaus geht es natürlich auch darum, alle Leistungen zu erfassen, die die Pflege bei den einzelnen Patienten und Patientinnen effektiv erbracht hat und natürlich darum, in Zukunft den optimalen Einsatz von Fachkräften in der Pflege zu fördern. Da sind wir beim Thema **Skill-Grade-Mix**, auch um dem Fachkräftemangel in der Pflege zu begegnen.

Name: Christoph Janitzek

Funktion: Referent für
Pflegeentwicklung

Einrichtung: Referat der Pflege-
direktion, Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge

Expertenwissen: Leadership, Digitali-
sierung im Gesundheitswesen, Projekt-
management, Theorie-Praxis-Transfer,
Simulationstraining

Worum geht es beim Skill-Grade-Mix und wie wird dies technisch umgesetzt?

Mit Skill-Grade-Mix bezeichnet man die Mischung verschiedener beruflicher Qualifikationsniveaus (Grade) sowie Erfahrungen und Expertisen (Skills) in den Teams. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Versorgung durch sinnvoll gemischte Teams besserer und sicherer wird.

Das Thema Skill-Grade-Mix, das Thema Pflege-Controlling ist gerade ganz groß. Die Fragen dabei sind: **Welche Möglichkeiten gibt es, die Belegung einer Station zu erfassen und welchen Fertigungs- und Fähigkeitenmix braucht man auf der Station, um der speziellen Gruppe der zu Behandelnden gerecht zu werden und wie viel Personal benötigt man dafür in welcher Schicht?** Da es dabei recht schnelle Veränderungen gibt, braucht man ebenso schnelle digitale Lösungen, um das zu monitorisieren und damit später Profile von den einzelnen Stationen erstellen zu können.

Welche Vorteile sehen Sie in diesen Veränderungen und was sehen Sie vielleicht auch eher kritisch?

Vorteile sind natürlich, dass die Pflege damit abbilden kann, was sie tatsächlich erbringt. Letztendlich wird die Pflege noch immer nur pauschal gesehen, sowohl in der Finanzierung als auch in der grundsätzlichen Betrachtung. **Es ist noch nicht deutlich genug, was die Pflege alles leistet, wie viel Zeit es wirklich kostet.** Da ist es natürlich ein großer Vorteil, wenn wir Möglichkeiten haben, das auch abbilden zu können.

Kritisch sehe ich immer alle Finanzierungsfragen, sei es zum Beispiel in den DRGs, wo die Pflegeleistung als Pauschalbetrag aufgeführt wird. Da wird nicht differenziert, ob die Versorgung des jeweiligen Menschen auf der Station aufwendig oder nicht so aufwendig ist. Es zeigt sich auch bei politischen Veränderungen wie zum Beispiel bei den Personaluntergrenzen, die unabhängig vom Fachbereich festgelegt wurden und bestimmte Schlüssel vorgeben. Das ist natürlich eine Gegenbewegung zu den von uns gewünschten individualisierten Stationsprofilen. Da arbeitet das Politische aus meiner Sicht gegen Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem Ausland.

Solche Prozesse neu zu strukturieren und zu digitalisieren ist ja mit erheblichen Kosten verbunden. Wie wird das im Krankenhausbereich finanziert?

Da kann einerseits das Krankenhaus selbst aus seinem begrenzten Budget Gelder einsetzen, um diese Prozesse voranzutreiben. Andererseits gibt es jetzt auch das Krankenhauszukunftsgesetz, über das sich bestimmte Kosten refinanzieren lassen.



Jetzt würde ich gerne konkret auf die Pflege und die Pflegekräfte eingehen. Was bedeuten diese Veränderungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Station?

Ich glaube, grundsätzlich ist jede Veränderung anstrengend und alle, die einmal größere Veränderungsprozesse auf der Arbeit mitmachen mussten, kennen das vielleicht. Es ist ja leider nicht so, dass alles andere liegen bleiben kann und man sich in Ruhe den Neuerungen widmen kann. Nein, das muss parallel zum normalen Alltag erfolgen und das ist die größte Herausforderung, da mitgehen zu wollen und zu können. Dafür braucht es natürlich Kompetenzen, die man fördern muss und man merkt schnell, wer veränderungsbereit ist oder wer dazu noch nicht in der Lage ist.

Und wenn wir jetzt noch einmal konkret ein Beispiel wie die Einführung der digitalen Patientenakte oder eines Tools zur Dokumentation des Skill-Grade-Mixes nehmen: Was heißt das für die Pflegekräfte? Welcher Beitrag ist von deren Seite zu leisten?

Da finde ich ganz wichtig, wenn wir jetzt von so einer digitalen Patientenakte sprechen, dass man dabei auch alle Funktionen nutzt, die zur Verfügung stehen. Es bringt nichts, wenn man etwas einführt und es dann nicht vollends genutzt wird. Das müssen die Pflegenden annehmen können, auch wenn es zunächst anstrengend ist. **Dann ist natürlich bei solchen Prozessen auch ein steter Austausch ganz wichtig** – nicht nur indirekt über die Führungskräfte, sondern auch direkt mit den Pflegenden, damit wir diese Veränderungen weiter anpassen können, damit sie dann auch wirklich zielführend sind.

Und wie schulen Sie die Mitarbeitenden oder wie versetzen Sie die Mitarbeitenden in die Lage, dass sie auch wirklich alle Funktionen umfassend nutzen können?

Da ist die Förderung von digitaler Kompetenz wesentlich. Umso jünger die Leute sind, umso höher ist in der Regel die digitale Kompetenz. Da der Altersdurchschnitt in der Pflege recht hoch ist, stellt dies eine große Herausforderung dar. **Ein langsames Heranführen an digitale Lösungen im Rahmen von mehrfachen Schulungen ist hier vonnöten.** Wichtig ist, dass die Schulungskonzepte unabhängig von der digitalen Kompetenz und des Alters verständlich sind und digitale Kompetenz stetig weiter gefördert wird. Das machen wir zum Beispiel durch Schulungen auf einer digitalen Plattform.

Wie sieht das genau aus?

Also die Herausforderung ist ja aktuell, dass wir bei der digitalen Patientenakte zu einem anderen Anbieter wechseln und da haben wir uns das so überlegt: Wir haben festgestellt, dass eine „Frontalkonfrontation“ mit all den Neuerungen nicht zielführend ist, insbesondere, weil man die Inhalte so nur einmal hört. Wenn man dieses neue Wissen nicht auch direkt anwendet, verpufft es relativ schnell. Jetzt gehen wir den Weg über kleine Handouts. Diese Kurzanleitungen haben viele Bilder und wenig Text. Wir gehen dann in den regen Austausch und in die direkte Anwendung, damit die nutzenden Fachkräfte bestmöglich vorbereitet ist, wenn das neue System ab dem 1.1.2022 auf den Stationen genutzt wird. Der Einzelne soll das System schon mal „durchgeklickt“ haben. Das ist ein sehr praktisches Lernen, man kann das nicht mit einem Handbuch alleine lernen. Wir wollen Strukturen schaffen, damit die Leute auch schnell auf Wissen von Ansprechpersonen zurückgreifen können. Dafür werden auch einige Leute speziell ausgebildet.

Letztlich ist das Wichtigste die Haltung der Beteiligten. Ich finde, man sollte den angesprochenen Neuerungen, so anstrengend sie auch zunächst sind, offen gegenüberstehen, auch wenn sie noch nicht optimal erscheinen und am Anfang erstmal vielleicht auch zeitraubend sind. **Sie werden uns doch letzten Endes dahinführen, dass wir diesen stressigen Alltag trotz des Fachkräftemangels in Zukunft besser bewältigen können.**

Vielen Dank für das Interview Herr Janitzek!

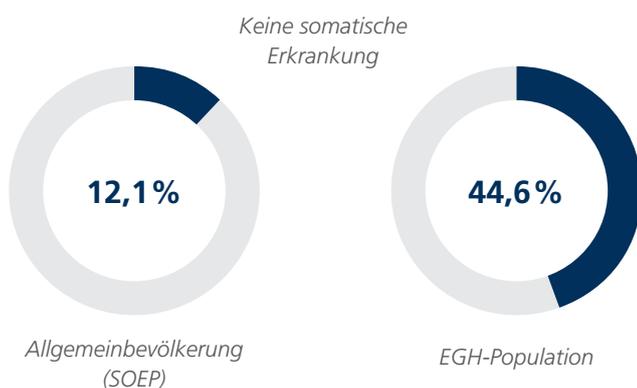
› GESUNDHEITSSORGE

EIN RELEVANTES THEMA IN DER EINGLIEDERUNGSHILFE

» Im Zusammenhang mit der Eingliederungshilfe wird das Thema Pflege intensiv und zum Teil kontrovers diskutiert. In diese Diskussionen fließt aktuell zudem das Thema der Gesundheitsvorsorge im Kontext der sozialen Teilhabe ein. Häufig stehen dabei jedoch die fehlenden Schnittstellen und die sozialrechtliche Abgrenzung der Leistungen im Vordergrund. **Dieser Artikel fokussiert sich im Folgenden auf pflegerische Leistungen und Unterstützung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge als integralen Bestandteil der Eingliederungshilfe im Rahmen des SGB IX.**

Sobald man sich über die sozialrechtlichen Aspekte hinaus mit dem Thema beschäftigt, wird deutlich, dass die Pflege und die Gesundheitsvorsorge nicht erst seit Ausbruch der Corona-Pandemie von hoher Relevanz sind, sondern stets waren. Auch der dritte Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen nennt die Relevanz, indem er Gesundheit, Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken im Dreiklang beschreibt.

*Selbstauskunft zur Komorbidität:
Vergleich zwischen EGH-Gruppe (BAESCAP)
und Allgemeinbevölkerung (SOEP)*



Weitere wesentliche Gründe für die hohe Relevanz lassen sich wie folgt darstellen und zusammenfassen.



In der Regel ist eine Krankheit die Grundlage für eine Behinderung. Laut statistischem Bundesamt wurde in ca. 89 Prozent der Fälle die Behinderung durch eine Krankheit ausgelöst.¹ Zudem sind Menschen mit einer Behinderung deutlich häufiger von Multimorbidität betroffen. Im Rahmen der BAESCAP-Studie wurde die Selbstauskunft zur Komorbidität von Eingliederungshilfeempfängern mit einer seelischen Behinderung und der Allgemeinbevölkerung verglichen. Deutlich wurde, dass die somatische Komorbidität der EGH-Population im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist (s. Grafik links).²

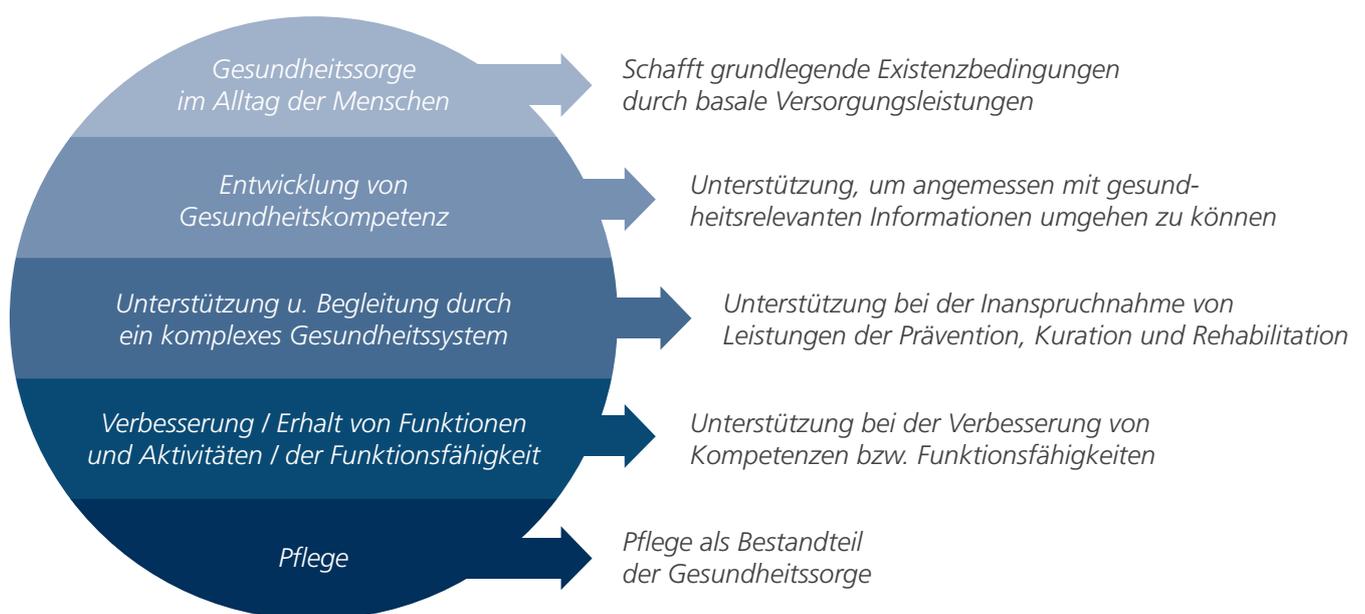


Bekannt ist auch, dass die Multimorbidität gerade auch hier mit dem Alter zunimmt. Dabei ist davon auszugehen, dass in besonderen Wohnformen 2030 jede zweite Bewohnerin/jeder zweite Bewohner über 60 Jahre sein wird. Im ambulant betreuten Wohnen wird die Zahl der über 60-Jährigen über ein Drittel betragen.³

In erster Line denken wir im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit an die Leistungen des SGB V und SGB XI. Diese Leistungen sind jedoch qualitativ und quantitativ begrenzt, fordern eine aktive Mitwirkung der Leistungsberechtigten und bauen auf die Eigenverantwortung für Gesundheit auf. Bei der aktiven Mitwirkung wird auch das soziale Netz der Leistungsberechtigten einbezogen und gefordert. **Häufig sind die Menschen mit Behinderungen jedoch nicht in der Lage, der geforderten aktiven Mitwirkung gerecht zu werden und es steht kein oder kein ausreichendes primäres soziales Netzwerk zur Verfügung.** Erfahrungsgemäß verhält es sich bei Nutzerinnen und Nutzern von besonderen Wohnformen oder bei einigen psychischen Erkrankungen deutlich häufiger so als beim Durchschnitt der Bevölkerung.⁴

Bisher trugen die besonderen Wohnformen die Gesamtverantwortung für die Versorgung der Klientinnen und Klienten, diese Versorgung umfasste auch die Gesundheitsversorgung. Die gesundheitsbezogene Versorgung macht dabei bisher ca. 22 Prozent der geleisteten Assistenzstunden aus.⁵ **Deutlich wird aber, dass die Leistungen häufig implizit erbracht werden, damit nicht abgebildet sind oder als Leistung mit pflegerischen Charakter beschrieben werden.** Dabei ist die Unterstützung im Bereich der Gesundheitsversorgung in der Praxis vielfältig und umfasst u.a. basale Versorgungsleistungen oder die Verbesserung von Funktionsfähigkeiten.

Fünf Bereiche der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Sozialen Teilhabe





Name: Christian Henning

Funktion: Referent für Qualitätsentwicklung und Projekte

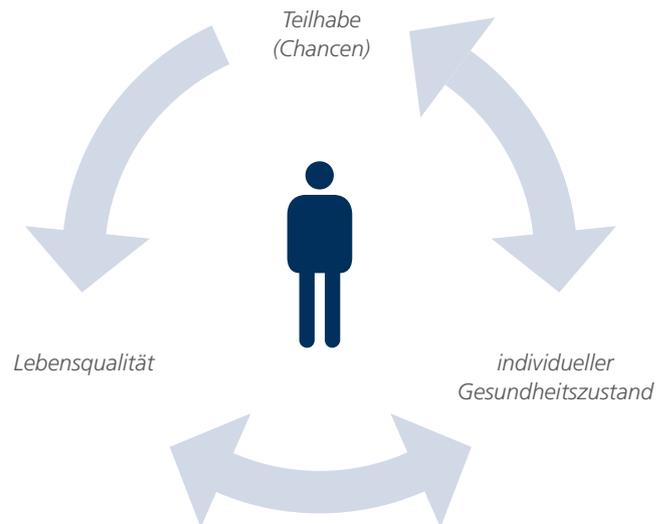
Bereich: Stabsstelle, Bethel.regional

Expertenwissen: Schnittstellen Pflege (SGB V, SGB XI) und Eingliederungshilfe (SGB IX), Gesundheitsvorsorge im Rahmen der Eingliederungshilfe

Ein weiterer relevanter Punkt ist die im dritten Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen genannte „Verbindung zwischen Gesundheit und Teilhabe“ (s. Grafik rechts). Der individuelle Gesundheitszustand einer Person beeinflusst die wahrgenommene Lebensqualität und hat Auswirkungen auf die Teilhabechancen in verschiedenen Lebensbereichen. Gleichzeitig wirkt sich die Teilhabe wiederum auf die objektive und die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität sowie auf den Gesundheitszustand aus.⁶

Mit der fortschreitenden Umsetzung des Bundes-teilhabegesetzes wird deutlich, dass es im Rahmen der personenzentrierten Leistungen von zentraler Bedeutung sein wird, die Bedarfe mit Bezug auf den Erhalt und die Förderung von Gesundheit zu beschreiben, bedarfsdeckende Leistungen zu planen und in den individuellen Assistenzstundenbudgets zu berücksichtigen.

Im Projekt „BTHG bewegt“ und in Zusammenarbeit mit z. B. der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe, der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) oder dem Bundesverband der evangelischen Behindertenhilfe (BeB) bearbeiten wir diese Themen. Ein Ergebnis ist u. a. das Positionspapier der DVfR zur Gesundheitsvorsorge – Erhalt und Förderung von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Eingliederungshilfe. Dieses beschreibt ein Modell, mit dem es gelingt, das komplexe Thema zu operationalisieren und in die Praxis zu transferieren.



1 Statistik der schwerbehinderten Menschen – Kurzbericht – 2019 (destatis.de)

2 Steinhart (2018): Gesundheit, Komorbidität und medizinische Versorgung aus Sicht von Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe. In: sozialpsychiatrische Informationen, Sonderdruck: An Leib und Seele krank, Seite 20–24

3 Dieckmann & Giovis (2012): Der demografische Wandel bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Vorausschätzung der Altersentwicklung am Beispiel von Westfalen-Lippe. In: Teilhabe 1/2012, Seite 12–19

4 Positionspapier der DVfR zur Gesundheitsvorsorge – Erhalt und Förderung von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Eingliederungshilfe (2021)

5 ebd.

6 vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (HG.) (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung

› UND PLÖTZLICH WAR DA ETWAS BESONDERES IM RAUM

SPIRITUALITÄT IN DER PFLEGE

» Spiritualität ist ein schillernder Begriff. Allgemein ist sie eine Basisqualität bzw. eine Fähigkeit eines Menschen, welche Sinnsuche, Sinngebung, das Empfinden von freudvoller Verbundenheit sowie die Fähigkeit zur (Selbst)-Transzendenz umfasst. Letzteres kann beschrieben werden als die Fähigkeit, Leben als etwas zu erfahren, das über das eigene Selbst hinausgeht. Spiritualität ist dabei verbunden mit „großer Transzendenz“ wie Gott, göttlicher Kraft und absoluter Wirklichkeit im Gegensatz zu „kleiner Transzendenz“ wie Alltagspiritualität, der Begeisterung für Fußball oder ein Konzert. Spiritualität ist nicht in religiöse Stufenschemata pressbar und nimmt im Alter auch nicht „automatisch“ zu, sondern bleibt viel eher erhalten. Zeitgenössische Spiritualität ist individualisiert und beruht auf der persönlichen Erfahrung des einzelnen Menschen. Auch wenn sich nicht alle Menschen als spirituell bezeichnen, ermöglicht ein weites Verständnis von „Spiritualität“ die Universalisierbarkeit. Denn niemand wird bestreiten, dass Sinnfragen, Suche nach Ganzheit und die Frage tief erlebter Verbundenheit jeden Menschen beschäftigen.

Eine spirituelle Dimension in der Pflege

Spiritualität in der Pflege meint als sinnstiftende Lebenseinstellung sowohl den Blick auf das Leben als auch die sensible Haltung des Sorgens gegenüber den hilfebedürftigen Menschen aus einer religiösen Dimension heraus. Viele Mitarbeitende in Pflege und Betreuung haben solche Momente in der Begleitung von Menschen schon erlebt: **Im ganz normalen Alltag, in der Routine von Pflege und Betreuung wird plötzlich diese spirituelle Dimension des Lebens spürbar, die immer latent da ist, der aber häufig wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird.** Gerade in der Begleitung von Menschen auf ihrer letzten Wegstrecke des Lebens erleben Mitarbeitende oft in besonderer Weise die Ganzheitlichkeit des Menschen, die eben auch diese spirituelle Dimension miteinschließt. Als Begleitende werden Mitarbeitende auch auf die eige-

ne Religiosität angesprochen, aus der heraus sie auf die religiösen Bedürfnisse des Anderen in der Regel spontan reagieren und antworten. Über diese innere Haltung verfügen viele Mitarbeitende intuitiv, weil sie Beziehungsarbeit ermöglicht, die zugewandte Pflege eröffnet und erleichtert.

Spiritualität in der Pflege und Betreuung ist kein Selbstläufer, sondern bedarf der kontinuierlichen Begleitung, Schulung und Förderung der Mitarbeitenden durch professionelle Seelsorgende. Diese helfen dabei, eine große Achtsamkeit für den besonderen Raum zu entwickeln, den Mitarbeitende ab und an im Pflegealltag betreten, um spirituelle Bedürfnisse nicht dem Zufall zu überlassen, sondern reflektiert wahrzunehmen. **Mitarbeitende müssen sich regelmäßig darüber austauschen können, wo sie bereits in ihrem Arbeitsalltag mit der spirituellen Dimension selbstverständlich in Berührung gekommen sind.** Nur so können sie entdecken, dass diese Dimension nichts ist, was sie jetzt auch noch als weitere Aufgabe „machen müssen“, sondern dass diese ohnehin schon vorhandene Ebene der Arbeit nun bewusst und benannt in den Blick kommt. Die Reflexion über spirituelle Erfahrungen unterstützt Mitarbeitende, ein Gespür dafür zu entwickeln und zu begreifen, dass diese Dimension unverfügbar ist und deshalb nicht die Erwartung besteht, sie bewusst herbeizuführen. Wird sie aber spürbar, macht eine reflektiert-sorgende Haltung des Vertrauens es möglich, dass sich Mitarbeitende und zu Pflegenden auf Augenhöhe mit Wohlwollen und Wärme begegnen. Dafür ist es notwendig, Fähigkeiten wie mitzufühlen und empathisch zu sein zu fördern, um seitens der Mitarbeitenden eine gewisse Resonanzfähigkeit und Offenheit für existenzielle Nöte und Wünsche der zu Pflegenden freizusetzen. Diese innere Einstellung gilt es zu verbinden mit einer Haltung des bedingungslosen Respektes und der Akzeptanz des anderen um seiner selbst willen. Nur so können sich Mitarbeitende punktuell im Pflegealltag in zugewandter Aufmerksamkeit öffnen, um für den Moment Anteil zu nehmen am unwiederholbaren Schicksal des Gegenübers.



Name: Pastorin Dr. theol. habil.
Petra Pfaff

Funktion: Koordination des Pasto-
ralen Dienstes des Birkenhofes

Bereich: Bethel im Norden

Expertenwissen: Religiöse und
ethische Fragestellungen, Seelsorge
in herausfordernden Arbeitsfeldern,
Spiritual care, Sterbebegleitung,
Aussegnung

Eine Altenpflegerin erzählte, dass sie nahezu täglich ein großes Pflaster auf dem Kopf eines älteren Mannes wechseln muss, der dort bedingt durch Krebs eine offene Wunde hat. Zum Pflasterwechsel säubert sie die Wunde und dann platziert sie das Pflaster auf der Wunde und muss das Pflaster danach gut 2-3 Minuten mit der Hand anwärmen, damit es hinterher gut hält. Die Haltung ihrer Hände zum Anwärmen des Pflasters mit beiden Händen macht die Altenpflegerin beim Erzählen intuitiv nach und schließt die Augen, während sie davon spricht, dass diese wenigen Minuten ganz besonders für sie und den älteren Mann wären, der dann ebenfalls die Augen schließt. Beide würden kein Wort sagen und miteinander im Einklang schweigen ... Als die Altenpflegerin ihre Augen wieder öffnete und auf ihre Hände schaute, stellte sie fest, dass



Und manchmal kann Pflege auch Segnen sein

Eine reflektierte Einstellung und sensibel-sorgende Haltung werden besonders am Lebensende wichtig, um die Würde des Betroffenen in dieser finalen Phase zu gewährleisten. Sie begleitet Mitarbeitende aber auch sonst durch ihren Betreuungs- und Pflegealltag und schenkt ihnen ein Gespür dafür, dass „plötzlich da etwas Besonderes im Raum war“. **Sie können sich diesem kleinen „heiligen“ Moment bewusst öffnen, um ihn zu gestalten, wie das folgende Beispiel verdeutlicht:**

sie wie zum Segnen geformt waren. „Darf ich denn segnen?“, fragte sie mich. „Ich bin doch nur Altenpflegerin“, fuhr sie zweifelnd fort. Ich nickte und antwortete: „Warum nicht, wenn es sich für Sie und den älteren Mann so anfühlt, dann ist das Segen und segnen können wir, wenn unsere innere Haltung dazu stimmt.“ Die Altenpflegerin bedankte sich und versprach, beim nächsten Mal bewusster darauf zu achten. Als wir uns wiedersahen, lächelte sie mich an und sagte: **„Es ist Segen und jetzt freue ich mich auf diesen Augenblick der Begegnung, weil Gott selbstverständlich dabei ist.“**

› DIE PFLEGEKAMMER NRW EINE STIMME FÜR DIE PFLEGE



» Der Pflegeberuf ist ein bedeutender Heilberuf mit einem hohen gesellschaftlichen Nutzen. Das ist nicht nur in der Zeit der Corona-Pandemie mehr als deutlich geworden. Die Notwendigkeit von Veränderungen für den Pflegeberuf in den unterschiedlichen Settings wie in der Langzeitpflege, der ambulanten Pflege und in den Kliniken ist dadurch noch offensichtlicher geworden.

Doch wer diskutiert und entscheidet eigentlich über Veränderungen in der Pflege?

Bis jetzt wurde in der Politik und in den entsprechenden Gremien über die Belange der Pflege gesprochen und entschieden, dieses soll sich mit der Errichtung der Pflegekammer NRW im Frühjahr 2022 ändern. Die professionelle Pflege ist dann auf Augenhöhe in den politischen Gremien vertreten. Die Pflegekammer kann mit einer Stimme für alle Pflegefachpersonen sprechen und dem Berufsstand die Bedeutung verschaffen, welche ihm zusteht.

Organisierte Pflege im Vergleich

Nach Schätzungen haben in Deutschland ca 1,7 Millionen Menschen eine dreijährige Ausbildung in einem Pflegeberuf. In NRW sind es ungefähr 240.000 Pflegefachpersonen. Der Organisationsgrad der Pflegefachpersonen in Deutschland in Gewerkschaften und Berufsverbänden beträgt nur etwa 10 %. Im Vergleich dazu sind in anderen europäischen Ländern

80 bis 90 % der Pflegefachpersonen organisiert oder Mitglied einer Pflegekammer.

Die Unterschiede können mit dem differenten Grad der Professionalisierung, wie aber auch durch den unterschiedlichen historischen Kontext begründet sein. Exemplarisch sei hier die Entwicklung der Pflegewissenschaft genannt. Der erste Studiengang der Pflegewissenschaft wurde im angloamerikanischen Raum Anfang des letzten Jahrhunderts gegründet. Nach einigen gescheiterten Versuchen gelang es in Deutschland erst Mitte der 1980er Jahre erste Studiengänge zu implementieren.

Der Weg zur Gründung der Pflegekammer NRW

Im Pflegeberufegesetz (PflBG) (2020) werden der Pflegeberuf als Heilberuf und Vorbehaltstätigkeiten für Pflegefachpersonen mit einer dreijährigen Ausbildung festgelegt. Zur weiteren Professionalisierung des Pflegeberufes gehört auch das Recht, den eigenen Berufsstand selbst zu gestalten. Eine anerkannte Profession verfügt über einen hohen Grad an beruflicher Organisation, eine eigene Berufsethik, die Selbstverwaltung, ein exklusives Handlungskompetenzmodell und Aufgaben von gesellschaftlicher Bedeutung.

Um die Stimme der Pflegefachpersonen zur Gründung einer Pflegekammer NRW zu hören, wurde 2018 in NRW eine repräsentative Umfrage durchgeführt. In dieser Repräsentativumfrage in NRW sprachen sich 79 % der Befragten für eine Pflegekammer aus. Gegner kritisieren zumeist die ihrer Meinung nach zu geringe Anzahl an



Name: Petra Krause

Funktion: Pflegedirektion und Leitung
Gesundheitsschulen

Bereich: Evangelisches Klinikum Bethel,
Krankenhaus Mara, Gesundheitsschulen

Expertenwissen:
Allgemeine Pflege Themen



Befragten und dass es eine „Zwangsmitgliedschaft“ für die Pflegekräfte bedeute, die u.a. mit Mitgliedschaftsbeiträgen verbunden ist. Nach einer entsprechenden Vorbereitungszeit wurde am 20. Juni 2020 die Novellierung des Heilberufegesetz (HeilBerG) durch den Landtag NRW verabschiedet. Im §1, Kammern für Heilberufe, wurden die Pflegefachpersonen aufgenommen. Das novellierte Heilberufegesetz trat am 14. Juni 2020 in Kraft.

Somit war die Gründung einer Pflegekammer gesetzlich verankert. Der Weg zur Selbstverwaltung mit einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und somit zu einem selbstbestimmten Berufsbild mit der entsprechenden Unabhängigkeit wurde geebnet.

Am 20. September 2020 war der Startschuss für den Errichtungsausschuss der Pflegekammer NRW.

In Essen fand die konstituierende Sitzung mit Minister Laumann und 19 berufenen Mitgliedern und deren Stellvertretungen statt. Die Zusammensetzung des Errichtungsausschusses ist paritätisch im Sinne der Geschlechterverteilung, aber auch der entsprechenden Abbildung der unterschiedlichen Settings und Ausbildungen. In dieser Sitzung wurden der vierköpfige Vorstand gewählt sowie vier Arbeitsgruppen gegründet. Die Mitglieder des Errichtungsausschusses finden sich monatlich zusammen, die Arbeitsgruppen wöchentlich.

Die Arbeitsgruppen: AG 1 Grundlagen; AG 2 Kommunikation; AG 3 Aufbau; AG 4 Politische Agenda haben den Auftrag, die entsprechenden Inhalte zu erarbeiten und für die Kammerversammlung vorzubereiten.

Der Zeitplan ist ambitioniert, denn die Kammerversammlung muss am 01.04.2022 arbeitsfähig sein.

Vorher müssen die entsprechenden Ordnungen entwickelt und beschlossen werden, alle Arbeitgeber angeschrieben werden, dann die Pflegefachpersonen, welche sich registrieren müssen. Nur registrierte Mitglieder dürfen gewählt werden. Nachdem die Wahllisten erstellt sind, wird die Wahl durchgeführt. Die Kammerversammlung wählt in ihrer konstituierenden Sitzung den Vorstand und die Mitglieder der unterschiedlichen Arbeitsgruppen. Erst dann wird auch die Beitragsordnung festgelegt.

Aber brauchen wir wirklich eine Pflegekammer?

Reichen denn nicht die Berufsverbände und die Gewerkschaften/Tarifpartner? Die Pflegekammer ist aus meiner Sicht als notwendige Ergänzung zu den Berufsverbänden und Gewerkschaften im Dreiklang zu sehen. **Nur eine gesetzlich verankerte, unabhängige Institution, in der ausschließlich Pflegekräfte organisiert sind, kann Gesetze mitgestalten und Sachverständige stellen und eben den zugeschriebenen Aufgaben einer Heilberufekammer nachkommen.**

Meine Meinung ist: Wir brauchen EINE starke Stimme, um dem Berufsstand die ihm zustehende Bedeutung zu geben.

Weitere Infos auf:
www.pflegekammer-nrw.de

› PFLEGE HAT MEHR VERDIENT!

BESSERE ARBEITSBEDINGUNGEN STATT KLATSCHEN

» Pflege ist (nicht) selbstverständlich. Eine Fernsehdokumentation mit diesem Titel hat viel Aufsehen erregt. Alle waren da, die in der Pflege wirken, die Mitarbeitenden, Ehrenamtliche und pflegende Angehörige. Pflege war und ist da! Auch in der Pandemie für die uns anvertrauten Menschen, erst beklatscht, dann kritisiert, auf jeden Fall immer „systemrelevant“ – ein viel strapaziertes Wort. Mit diesem Beitrag möchte ich einen Blick auf genau dieses System werfen. Was hat die Pandemie für Folgen, welche notwendigen Änderungen sind für das Pflegesystem erforderlich und, mit einem Blick über den Tellerrand hinaus, was muss das System und insbesondere Pflege aus der Pandemie lernen? **Die Pandemie hat in besonderer Weise die Stärken und die Schwächen aufgezeigt** – nicht nur in der Pflege, sondern auch gesamtgesellschaftlich. Krisen können bekanntlich Chancen in neuem Gewand sein.

Ergebnisse einer Umfrage

Der Personalmangel wurde von den Pflegekräften der Diakonie als das größte Hindernis bei der Bewältigung der Covid-19-Pandemie empfunden. Dies ist ein zentrales Ergebnis der Umfrage der Diakonie und der Evangelischen Arbeitsstelle für missionarische Kirchenentwicklung und diakonische Profilbildung (midi) unter Mitarbeitenden in der Altenpflege. Die Umfrage fand im Oktober 2020 statt und wurde am 2. Dezember 2020 veröffentlicht.

Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass der durch die Corona-Pandemie bedingte Personalausfall nur durch Mehrarbeit und eine Umverteilung von Personal innerhalb ihrer Einrichtung kompensiert werden konnte. 25 Prozent der Befragten gaben an, dass Kolleginnen und Kollegen mit Covid-19 infiziert waren. 70 Prozent zufolge mussten Kolleginnen und Kollegen in ihrer Einrichtung wegen eines Corona-Verdachts in Quarantäne, was die Personallage zusätzlich erschwerte.

Weitere auszugsweise Daten aus der Befragung:

- » 96 Prozent fordern eine Verbesserung der Rahmenbedingungen,
- » 93 Prozent, dass sich nicht ständig die Vorgaben in der Pandemie ändern,
- » 80 Prozent verlangen ausreichend Schutzkleidung und -ausrüstung,
- » 90 Prozent erlebten den Zusammenhalt unter den Kolleginnen und Kollegen motivierend für die Arbeit,
- » 70 Prozent wollen nachhaltige Strukturveränderungen im Pflegebereich.

Dennoch haben die Mitarbeitenden in den Pflegeeinrichtungen trotz der bereits vor Corona kritischen Personalabdeckung bis zum Rande des Zumutbaren gearbeitet.

Erst Klatschen, dann Vorwürfe

Für ihren Einsatz wurden sie zunächst beklatscht und dann immer schärfer kritisiert. Einzelne Stimmen aus der Politik und Wissenschaft sowie Studien der Krankenkassen haben der Öffentlichkeit erklärt, dass die Situation in den Einrichtungen auf menschlichem Versagen und mangelhaften Hygienekonzepten beruhe. Der oberste Patientenschutz, Eugen Brysch, Vorstand der Stiftung Patientenschutz, sprach sogar von einem schleichenden System der Triage in den Heimen.

Geredet hat niemand mit den Expertinnen und Experten, als es darum ging, ein gutes Konzept zu entwickeln, das die Bewohnerinnen und Bewohner vor dem Virus schützt und ihnen gleichzeitig die Möglichkeit gibt, nicht komplett von der Außenwelt abgeschnitten zu sein.

Mehrfach ist darauf hingewiesen und angemahnt worden, dass die Regelungen ohne Expertise aus dem Pflegebereich getroffen wurden und zum Teil an der praktischen Realität vorbeigingen.



Name: Wilfried Wesemann

Funktion: Mitglied der Direktion der Stiftungen Sarepta I Nazareth, verantwortlich für die Altenhilfe und die Palliativ- und Hospizarbeit; Vorstandsvorsitzender des Deutschen Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP)

Bereich: Stiftungen Sarepta I Nazareth

Expertenwissen: Pflegemanagement, Versorgungsforschung, Sozialgesetzbücher V, XI, XII, Pflegepolitik

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege haben während der Pandemie unter Berücksichtigung der verordneten Besuchsregelungen das Leben für die Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen so angenehm wie irgend möglich gemacht.

Die Antwort der Politik – „ein Reförmchen“?

Die letzte Bundesregierung hat zum Ende der Legislaturperiode 2021 mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) noch eine Pflegereform auf den Weg gebracht, die aus Sicht der Praxis und der Fachverbände den Namen „Reform“ leider nicht verdient. Natürlich lassen die dort beschlossenen Maßnahmen

angesichts der drängenden Probleme in der Pflege kleine Fortschritte erkennen. Die Reform legt u.a. fest, dass alle Pflegeeinrichtungen ihren Mitarbeitenden seit September 2021 Vergütungen zahlen müssen, wie sie in Kirche, Diakonie und Caritas schon lange umgesetzt sind. Zudem ist mit der Einstellung von zusätzlichen Pflegekräften ein wichtiger Schritt in Richtung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens eingeleitet worden. Für die Pflegebedürftigen sorgt die finanzielle stufenweise Entlastung (in Jahresschritten 5 %, 25 % und 45 % sowie 70 % ab dem 37. Monat des Heimaufenthalts) allerdings nur bei einem kleinen Teil der Betroffenen für eine deutliche Verbesserung.

Die notwendige, umfassende Reform des Pflegesystems ist nicht erreicht! Eine demografiefeste und für alle Menschen bezahlbare Pflege ist weiterhin nicht in Sicht. Zukunftsfähige sektorenübergreifende Versorgungskonzepte, die wirksame Stärkung der Zivilgesellschaft und der pflegenden Angehörigen sowie die Einbindung der Kommunen ist ebenfalls nicht ausreichend in den Blick genommen worden.

In der vergangenen Wahlperiode wurde die Pflegereform nur halbherzig angepackt – die neue Regierung muss mehr Mut beweisen. Ein breiter gesellschaftlicher Konsens darüber, dass die Pflegeversicherung ernsthaft und zukunftssicher umgestaltet werden muss, damit auch zukünftige Generationen davon profitieren können, wurde einfach ignoriert.



IMPRESSUM

© Bethel-Verlag, Bielefeld 2021
ISSN 2364-02940

Herausgeber:

v. Bodelschwingsche Stiftungen
Bethel
V. i. S. d. P. Werner Arlabosse
Stiftungen Sarepta I Nazareth
Nazarethweg 5, 33617 Bielefeld
Telefon: (0) 521 144-2229
Telefax: (0) 521 144-2213
www.bethel-wissen.de

Redaktion:

Diakonin Kathrin Sundermeier
Ulrich Strüber
redaktion@bethel-wissen.de

Produktion:

Diakon Martin Eickhoff-Drexel

Konzeption / Design / Prepress:

unikat GmbH
www.unikat.net

Gedruckt auf FSC-zertifiziertem
Papier

Druck und Verarbeitung:

proWerk, MedienService Bethel
www.prowerk-bethel.de

Bildnachweise:

Titel: 4x6 / Barbulat / JakeOlimb /
istockphoto.com
S. 2: Stefan Gendl / Neubau
S. 4: Simon Berger / Pexels
S. 5: Jan Kopřiva / Pexels
S. 8,9: Mario Haase,
Evangelisches Klinikum Bethel
S. 11,15: Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit und
Kommunikation,
Stiftungen Sarepta I Nazareth
S. 20: Thomas Richter, Stabsstelle Presse und
Kommunikation, vBS Bethel
S. 22: Andrea Piacquadio / Pexels
S. 24: A-Digit / istockphoto.com
S. 27: Tara Winstead / Pexels
S. 31: João Jesus / Pexels
S. 32: Oles Kanebckuu / Pexels
S. 35: Ingolf Semper, Stabsstelle Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit, Bethel im Norden
S. 36: syntika / istockphoto.com

Diverse: Bethel / Stiftungen Sarepta I Nazareth

Entdecken Sie unser Fachthemenportal:

www.bethel-wissen.de

Dort können Sie bethelwissen kostenlos abonnieren
und vergangene Ausgaben herunterladen.

