

Zwischenbericht

Pflege von Menschen mit Schlaganfall in Deutschland und China. Auf dem Weg zu einem gemeinsamen Pflegeverständnis.





Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Informationen zum Projekt	4
Stroke Unit, Charité Universitätsmedizin Berlin	7
Praktische Anleitung in der Pflegeausbildung	9
K&S Seniorenresidenz in Lübben	10
Workshop mit deutschen und chinesischen Pflegeexperten, Hotel Maritim proArte, Berlin.	11
Ergebnispräsentation: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, CityCube Berlin	12
Das Gesundheits- und Pflegewesen in Deutschland	13
Der Pflegeprozess in Deutschland	15
Aktivierend-therapeutische Pflege in Deutschland	17
Interprofessionelle Zusammenarbeit	18
Ergebnisse der vertiefenden Diskussionen zum Pflegeverständnis	19
Erklärfilm: Sprechertexte	22
Feedback-Berichte	25
Weitere Projektergebnisse	31
Ausblick	32
Abbildungsverzeichnis	33
Autorenverzeichnis	35
Projektorganisation: Steuerungs,- Experten und Projektgruppe	36
Glossar	37

Impressum

Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Pflege e.V. (DCGP) www.dc-gpflege.de info@dc-gpflege.de

Vorstand Marie-Luise Müller, Vorsitzende Dr. h.c. Ramona Schumacher, stellv. Vorsitzende Sabine Girts, MBA, stellv. Vorsitzende Dr. Almut Satrapa-Schill, Vorstandsmitglied Hui Wang, Vorstandsmitglied

Gabriele Breloer-Simon, Ständiger Gast im Vorstand Xun Li, Chinabeauftragter

Verantwortlich im Sinne des Herausgebers: Projektleiterin Sabine Girts, MBA

Hinweis: Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird bei der Bezeichnung von Personen auf die männliche Form zurückgegriffen, wobei diese jeweils Männer und/oder Frauen bezeichnet.



Vorwort

Die Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Pflege e.V. (DCGP) gründete sich im Jahr 2013 mit dem Ziel, eine Pflege-, Wissens- und Informationsplattform aufzubauen und diese zu einem festen Bestandteil für den bilateralen Austausch werden zu lassen. Die Initiative basiert auf dem Wissen, dass das Gesundheitssystem beider Länder, wenn auch in sehr unterschiedlichen Größenordnungen vor vergleichbaren gesundheitspolitischen Herausforderungen stehen. Dazu gehören die älter werdende Gesellschaft und demographische Verschiebungen, die Zunahme chronisch kranker Menschen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit. Im Kontext der jeweiligen Kultur, geleitet von Wertschätzung und Achtsamkeit, erfolgte von Anbeginn ein reger Austausch auf Augenhöhe zwischen Kolleginnen und Pflege-Experten beider Länder. Es schlossen sich bilaterale Besuche und Besichtigungen von Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Seniorenresidenzen und Bildungsstätten an. Vertiefende Erkenntnisse zum jeweiligen Wissensbedarf wurden gewonnen und spezielle Fragestellungen konkretisiert. So auch die Bitte des Universitätsklinikums Nr.2 in Hangzhou, die sich auf das Krankheitsbild "Schlaganfall" und auf eine Unterstützung bei der Weiterentwicklung professioneller Pflege bezog bei akut zu versorgenden Schlaganfallpatienten (Stroke Unit) während und nach dem klinischen Aufenthalt. Als Vorsitzende konnte ich während einer Reise mit der KTQ GmbH-International im inzwischen zertifizierten Universitätsklinikum Nr.2 Hangzhou hierzu Gespräche führen und Unterstützung anbieten.

Parallel dazu hat der DCGP-Vorstand in Deutschland mit dem Bundesgesundheitsministerium Referat Z 21 – Bilaterale Gesundheitspolitik, OECD Kontakt aufgenommen. In einem bilateralen, sehr inspirierenden Gespräch konnte bei Referatsleiterin Birte Langbein Unterstützung dafür gefunden werden, dass in dem zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit Deutschland und der Nationalen Kommission für Gesundheit der Volksrepublik China geschlossenen Rahmenplan für Gesundheit (2018- 2020) die Pflege einen festen Platz einnimmt.

Unter dem Titel "Fachkräfte in der Pflege" konnte, gefördert aus Mitteln des Rahmenplans, die DCGP mit ihrem Projekt "Pflege von Menschen mit Schlaganfall in Deutschland und China. Auf dem Weg zu einem gemeinsamen Pflegeverständnis" konkrete Schritte zur Zusammenarbeit aufbauen. Ein im November 2018 erfolgter Workshop in Hangzhou, Provinz Zhejiang, hat ergeben, dass zunächst Stimmigkeit im gegenseitigen Pflegeverständnis hergestellt werden muss, um einerseits die kulturellen und bildungsspezifischen Aspekte und andererseits die Patientensicht besser einordnen zu können. Darauf aufbauend fand im Mai 2019 in Berlin ein zweiter Workshop zum Themenkreis "Pflegeverständnis und Pflege von Schlaganfallpatienten" statt.

Die Ergebnisse werden im vorgelegten Zwischenbericht dargestellt.

Der gegenseitige Wille voneinander zu lernen, beflügelte die DCGP, dieses Vorhaben in einem größeren Umfang aufzusetzen. An dieser Stelle danke ich all unseren Kolleginnen und Kollegen in Deutschland für die selbstverständliche und engagierte Mitarbeit, das Projektvorhaben weiter nach vorne zu bringen. Ebenso danke ich meinen liebenswerten chinesischen Kolleginnen für ihr tiefes, freundschaftliches und großes Vertrauen sowie für ihre Bereitschaft, sich mit uns gemeinsam auf einen neuen chinesisch-deutschen "Pflegeweg" zu begeben. Wir fühlen uns mit ihnen innig verbunden.

Als Verehrerin von Albert Schweitzer darf ich allen, die an diesem deutsch-chinesischen Projekt mitwirken, mit dem Zitat: "Mit dem Herzen zu denken, ist die rechte Art für Menschen" danken.

Marie-Luise Müller Vorsitzende

Berlin, 7. Oktober 2019

Manie Cuin / Roll



Informationen zum Projekt

Geplante Gesamtlaufzeit: 01.11.2018- 30.04.2021

Zielsetzung des Projekts "Pflege von Menschen mit Schlaganfall in Deutschland und China. Auf dem Weg zu einem gemeinsamen Pflegeverständnis." ist, gemeinsam mit chinesischen Partnern, ein Pflegeverständnis zu entwickeln, und in Folge davon, Menschen mit Schlaganfall und deren Angehörigen in China Wege einer besseren Versorgung vor allem nach der Akutphase aufzuzeigen. Das in Deutschland vorhandene pflegewissenschaftliche, pflegefachliche und pflegepraktische Wissen und die Erfahrung in der Versorgung von Schlaganfallpatienten aller Altersgruppen und Schweregrade soll Anschauung bieten und mit dem im Rahmen des beantragten Vorhabens entwickelten deutschchinesischen Lernprogramm vermittelt werden.

Bei der Versorgung von Schlaganfallpatienten erfül-Ien alle am Behandlungsprozess beteiligten Professionen, wie Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Sozialpädagogen und Angehörige, die im Kontext ihrer beruflichen Qualifikation definierten Aufgaben in Eigenverantwortung. Sie tun dies auf der Basis eines eigens entwickelten Gesamtkonzepts bestehend aus Inhalten, Leitlinien und Standards. Vor allem nach dem intensivmedizinischen Aufenthalt auf einer Stroke Unit, den darauffolgenden Aufenthalten in einer Allgemeinstation, in einer Rehabilitationsklinik oder nach einer sich anschließenden Langzeitversorgung, hat sich bei Schlaganfallpatienten in Deutschland der Ansatz einer ganzheitlich-aktivierenden Pflege etabliert und bewährt. Durch aktivierende-pflegerische Maßnahmen soll der Patient unter anderem zu Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit zurückgeführt werden.

Leitende Pflegefachpersonen aus China richteten an die DCGP die Bitte, zu diesem Krankheitsbild mehr pflegefachliches Wissen zu erhalten und Praxiserfahrung sammeln zu können. Das daraufhin von der DCGP konzipierte Vorhaben basiert auf folgenden Leitgedanken: Jeder Mensch hat ein Recht auf eine angemessene pflegerische Versorgung, ausgerichtet an einer evidenz-basierten Pflege (Evidence-based Nursing). Die Sicherstellung einer nachhaltigen, adäquaten pflegerischen Versorgung von Schlaganfallpatienten, die insbesondere eine aktivierende Pflege beinhaltet, ist deshalb eine

entscheidende Zielsetzung im Rahmen des Gesamtkonzeptes.

Das Fundament professioneller Pflege ist der Pflegeprozess, der im deutschen Pflegegesetz verankert ist. Durch den Pflegeprozess wird eine qualitätsorientierte pflegerische Versorgung nach dem PDCA-Zyklus gesichert. Die Methode beinhaltet vier Stufen, die mit den englischen Begriffen plan, do, check und act bezeichnet werden. Sie erfüllen einen hohen Qualitätsstandard und werden u.a. auch für Qualitätsmanagementprozesse und Zertifizierungsverfahren für Einrichtungen im Gesundheitswesen angewendet.

Das Vorhaben der DCGP hat darüber hinaus eine übergeordnete Bedeutung, denn am Beispiel des Schlaganfalls lassen sich nahezu alle pflegefachlichen Themen, Methoden und Instrumente in den verschiedenen Krankheitsphasen und Einrichtungen wie Klinik, Reha, Langzeit- oder Häuslichkeit bearbeiten.

Das Krankheitsbild "Schlaganfall" hat sich in hochentwickelten Industrieländern aufgrund des Lebensstils, der Altersentwicklung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität in den letzten 60 Jahren deutlich schneller entwickelt als in weniger konsumorientierten Ländern.

Hinzu kommen Schlaganfallphänomene bei Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes-Mellitus, Adipositas, starkem Rauchen sowie bei Alkoholkonsum. Aufgrund der hochentwickelten Medizin, durch das "Time is brain-Konzept" und spezielle Stroke Units sind Schlaganfälle mittlerweile gut behandelhar

Auch in China gehört der Schlaganfall seit einigen Jahren zu den weit verbreiteten Krankheitsbildern. Während die klinisch-ärztliche Versorgung in den Großstädten medizinisch und technisch gut ist, fehlt es an durchgängigen pflegerischen und therapeutischen Behandlungskonzepten sowohl für die Akutphase als auch für die Rehabilitation, Langzeitpflege und häusliche Versorgung.

Das DCGP-Projekt setzt hier an und möchte dazu beitragen, dass durch den Erfahrungsaustausch im Bereich der Versorgung von Schlaganfallpatienten und durch die Weiterentwicklung der jeweiligen Konzepte ein gemeinsam entwickeltes Pflegeverständnis entsteht.



Damit begriffliche und kulturelle Verständigung bei der Fachdiskussion und den Statements gelingt, bedarf es erfahrener, qualifizierter Dolmetscher, die sowohl auf fachliche als auch auf sinologische Expertise zurückgreifen können.

Erste Projektphase: 01.11. 2018 bis 30.04.2019

Ziel der ersten Projektphase war es, durch die Produktion verschiedener Videoformate das bilaterale-kulturelle Pflegeverständnis kennenzulernen.

Ein erstes Erklärvideo zum Pflegeverständnis in Deutschland wurde produziert. Am Beispiel "Pflege von Schlaganfall-Patienten in Deutschland und China" bietet das erste Erklärvideo der DCGP eine Diskussionsgrundlage zum gegenseitigen Austausch auf Augenhöhe.

Dafür wurde mit Pflegeexperten in Deutschland eine Strategie zu der Frage erarbeitet, wie der komplexe Zusammenhang zwischen einer ganzheitlich-aktivierenden Pflege und den individuellen Bedürfnissen des Patienten/Bewohners (Pflegeverständnis) auf vereinfachte Weise in Form von Interviews dargestellt werden kann.

Für die technische und gestalterische Umsetzung wurden drei externe Agenturen gemäß der Vergabe- und Vertragsordnung für Leistungen (VOL) um Angebote gebeten. Nach Analyse der vorliegenden drei Angebote hat sich der DCGP-Vorstand für die Agentur MEDSERVATION www.medservation.de_entschieden.

Das Video sollte nach Auskunft der Agentur ungefähr eine Länge von drei bis fünf Minuten aufweisen. Die tatsächliche Länge wurde im Laufe der Konzeption und Ausarbeitung auf fast zwölf Minuten angepasst.

Das Video wurde auf der Homepage der DCPG allen Interessierten zur Verfügung gestellt. Um die Verbreitung des Videos und dessen Einbindung über die verschiedenen Social-Media-Kanäle zu ermöglichen, wurde das Video am 29. Mai 2019 über YouTube veröffentlicht und bis heute 183 Mal aufgerufen. Darüber hinaus erfolgte die Verbreitung in China über YOUKU insgesamt 30 Mal. So kann das Video auch von anderen Institutionen einfach genutzt werden und dabei mehr Interessierte erreichen

Durch die Veröffentlichung des Videos in den sozialen Medien wurde darüber hinaus ein breiter und verständlicher Zugang geschaffen. Ausländische Pflegekräfte, die Grundlagen des in Deutschland gelehrten Pflegeverständnisses benötigen, können besser in die professionelle deutsche Pflegelandschaft integriert werden.

Ab 2020 könnten weitere Videos folgen, so z.B. die Darstellung des chinesischen Pflegeverständnisses.

Zweite Projektphase: 01.05.2019- 30.04.2020

In einer zweiten Projektphase wurde und wird auf die Erfahrungen und Ergebnisse der ersten Projektphase zurückgegriffen. So wurde das im Rahmen der ersten Projektphase entstandene Erklärvideo, das mit Hinweisen zu Methoden und Instrumenten unterlegt ist, als Einstieg für den am 20. Mai 2019 in Berlin stattgefundenen Workshop verwendet. Dieser Workshop ist als ein weiterer Baustein gedacht, um chinesischen Pflegeexperten das deutsche Pflegeverständnis für eine allgemeine pflegefachliche Versorgung von Patienten nahezubringen.

Am Workshop nahmen deutsche und chinesische Experten aus Pflegewissenschaft, Pflegepraxis, Pflegemanagement und Pflegeorganisationen sowie Bildung teil.

Die Ergebnisse des Workshops wurden am 21. Mai 2019 im Rahmen des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit einem Fachgremium vorgestellt.

Der Workshop war Teil einer von der DCGP veranstalteten Delegationsreise chinesischer Pflegeexperten, die vom 17. Mai bis zum 22. Mai 2019 in Deutschland stattgefunden hat. Die Delegation wurde über die gesamten Tage von Vertretern der DCGP begleitet. Die aufeinander abgestimmten und umgesetzten Programmbestandteile sind detailliert auf den nachfolgenden Seiten dargestellt.

Am 21. Oktober 2019 werden auf Grundlage der Rückmeldungen aus China die Unterschiede des Pflegeverständnisses und der Pflegehandlungen herausgearbeitet: Welche Gemeinsamkeiten gibt es in den beiden Ländern? Was kann man gegenseitig voneinander lernen? Das gemeinsam entwickelte Pflegeverständnis soll dann für die Versorgung von Schlaganfallpatienten nutzbar gemacht werden.



Auf dieser Basis werden im März 2020 zusammen mit den chinesischen Pflegeexperten ein gemeinsames Pflegeverständnis in einer Trainingswoche in China entwickelt. Dieses dient dann als Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung von Qualifizierungsangeboten im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten, wie Workshops, Seminare, Trainingseinheiten auf Station, Hospitationen, flankiert von entsprechenden Lernmaterialien.

Ziel ist es, dass die Erkenntnisse mittelfristig in die praktische Versorgung von Betroffenen in Deutschland und China Eingang finden können.

Das erarbeitete Konzept und die eingeleiteten Maßnahmen sollen auf Basis gemachter Erfahrungen fortlaufend weiterentwickelt werden.

Anlagen 1c und 1d



Stroke Unit, Charité Universitätsmedizin Berlin 18. Mai 2019.

Schlaganfall – Aus Sicht der ärztlichen Versorgung

Priv.-Doz. Dr. med. Harald Prüß, Oberarzt der Klinik für Neurologie mit Experimenteller Neurologie https://neurologie.charite.de/metas/person/person/address_detail/pruess stellte das Schlaganfall-Zentrum (Stroke Unit) der Berliner Charité, Campus Mitte vor. In dieser Klinik werden jährlich ca. 500 Schlaganfallpatienten stationär behandelt.

Ausstattung und Leistungen der Klinik wurden vorgestellt:

- Sechs Stroke-Unit-Betten, Multimodales Monitoring an allen Plätzen (Blutdruck, Elektrokardiogramm (EKG). Pulsoxymetrie, Atemfrequenz, Temperatur, gegebenenfalls zentraler Venendruck (ZVD) und arterielle Blutdruckmessung).
- Engmaschige klinische neurologische und internistische Verlaufskontrollen.
- Durchführung von intravenösen und interarteriellen Thrombolysen bei akutem ischämischem Schlaganfall, Hirndrucktherapie, erweiterte Therapie der Spastik durch Botulinumtoxin, Therapie mit Immunsuppressiva/intravenösen Immunglobulinen.
- Frühe adjuvante Behandlung durch Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Neuropsychologie und Dysphagietherapie.
- Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, Medizinstudentinnen und Medizinstudenten, Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zur Diagnostik und Therapie von Schlaganfallerkrankungen auf höchstem Niveau.
- Durchführung klinischer Schlaganfallstudien und schlaganfallspezifischer Forschung auf internationalem Niveau.
- Bildgebende Diagnostik Magnetresonanztomographie (MRT), Computertomographie (CT), Neurosonologie und Elektrophysiologie in unmittelbarer Nähe zur Station.
- Enge interdisziplinäre Kooperation (u.a. Neuroradiologie, Kardiologie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie, Gerinnungsdienst etc.).

Die Neurologische Klinik ist Mitglied im Berliner Schlaganfallregister (BSR) der Ärztekammer Berlin

https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/40_Qualitaetssicherung/30_QM_Massnahmen_nach_Themen/30_BerlinerSchlaganfallregister/index.htm und in der Berliner Schlaganfall-Allianz https://www.schlaganfallallianz.de/ueber-die-bsa/mitalieder.

Dr. Prüß erläuterte ergänzend das einheitliche Berliner Behandlungs- und Versorgungskonzept zur Akut-Behandlung von Schlaganfall-Patienten: Seit 2011 gibt es das Stroke-Einsatz-Mobil (STEMO). Dieser Rettungswagen ist mit Geräten ausgestattet, die für eine wegweisende Diagnostik unentbehrlich sind, wie beispielsweise einen Computertomographen (CT) und ein Labor im Kleinformat.

Die DSG und die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe haben deshalb zur Sicherung der Behandlungsqualität ein Zertifizierungsverfahren entwickelt – eine Art TÜV. Demnach erfolgen in den Stroke Units die Gesamtdiagnostik, Therapie, Aufklärung und Früh-Rehabilitation. Und zwar nach den Vorschlägen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, die sich wiederum an den Empfehlungen der "European Stroke Initiative" (EUSI) orientieren. Seit 1996 gibt es in Deutschland solche Stroke Units. Derzeit sind bundesweit 155 zertifiziert, in Berlin sind es fünf, die das Siegel der DSG und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe haben.

Der entscheidende Faktor für eine vollständige oder zumindest teilweise Rückbildung der Folgen eines Schlaganfalls sind umso größer, je schneller der Patient im Krankenhaus behandelt wird.



Abbildung 1: Erläuterung zu Time is brain: Beim Schlaganfall zählt jede Sekunde.



Pflegerelevante Aspekte dieser Stroke Unit

Von Liane Villain, Dipl. Pflegewirtin, Centrumsleitung der Klinik für Neurologie.

Eine Stroke Unit ist eine auf die schnelle Behandlung und Pflege von Patienten mit zerebralvaskulären Ausfällen, Apoplex und Transischämischer Attacken spezialisierte Abteilung eines Krankenhauses. Stroke Unit-Einheiten müssen bauliche, technische, strukturelle, personelle sowie fachlich-inhaltliche Mindeststandards erfüllen. Zudem muss eine Stroke Unit entsprechend zertifiziert sein, wobei die Zertifizierung in Deutschland für jeweils drei Jahre gilt. Die Stroke-Unit-Einheit kann regional oder überregional zertifiziert sein. Hierbei ist die intensivmedizinisch interdisziplinäre Behandlung von Neurologen, Kardiologen sowie Radiologen und teilweise auch Neurochirurgen und Gefäßchirurgen sehr entscheidend.

Für die Pflege von Apoplex Patienten muss ein Pflegeleitfaden/Pflegemanual vorliegen. Darin wird dargelegt, nach welchen Konzepten die Patienten pflegerisch versorgt werden. Der Patient kommt aus der Ambulanz/Rettungsstelle bzw. von einer anderen Station. Noch vor dem Zimmer, bei Bedarf mit Hilfe eines Rollboards, wird er in das Patientenbett umpositioniert.

Der Patient wird entkleidet, erhält ein Kranken- Pflegehemd oder eigene Kleidung, je nach Gesundheitszustand. Der Überwachungsmonitor wird angeschlossen: Elektrokardiographie (EKG), Neurology in Practice (NIP), Pulsoxymetrie, ggf. Sauerstoffgabe. Schmuck und Wertsachen werden entfernt und dokumentiert. Es erfolgt eine Inspektion des Patienten (ggf. einmal drehen). Hautinspektion: Defekte oder Rötungen werden fotografiert und dokumentiert (Dekubitalrisiko). Vitalzeichen und neurologischer Status (National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS) werden dokumentiert.

Die Lagerung erfolgt nach dem **Bobath-Konzept**. Die Bewegungsabläufe nach den Prinzipien der **Kinästhetik.** Die pflegerische Versorgung wird nach dem Konzept **Basale Aktivierung – Basale Stimulation** durchgeführt.

Tätigkeit als Pflegefachkraft aus China auf dieser Stroke Unit.

Biao Cheng erläuterte, dass aufgrund der verschiedenen Bildungssysteme chinesische Pflegefachkräfte ihre in China abgeschlossene Ausbildung zunächst bei den deutschen Gesundheitsbehörden anerkennen lassen. Davor dürfen sie nur als Pflegehelfer in einer pflegerischen Einrichtung arbeiten. Das bedeutet, dass sie bei Pflegebedürftigen ausschließlich die Grundpflege unter Anleitung der Pflegefachkraft durchführen. In der Integrationsphase werden die chinesischen Pflegefachkräfte von Praxisanleitern begleitet.

Nach der Arbeit sind die chinesischen Pflegefachkräfte verpflichtet, eine Sprachschule zu besuchen, damit sie ihre deutschen Sprachkenntnisse verbessern und die Anerkennungsprüfung bestehen können. Der Zeitraum bis zum Erhalt eines Arbeitsvertrags als Pflegefachkraft dauert in der Regel ca. acht Monate.

Die Tätigkeiten als Pflegefachkraft in Deutschland bestehen aus **Grund- und Behandlungspflege**. Im Vergleich zu China spielt die Grundpflege in Deutschland eine sehr wichtige Rolle. Da in China Angehörige oder Bekannte die Aufgabe der pflegerisch zu versorgenden Menschen übernehmen, werden die Aspekte der in Deutschland üblichen Maßnahmen, die bei der Grundpflege zu beachten sind, beispielhaft dargestellt:

- Reinigung des Körpers
- Motivation und Aktivierung
- Steigerung der Selbstpflegekompetenz und des körperlichen Wohlbefindens
- Beziehungsgestaltung, d.h. Aufbau von Vertrauen zwischen der Pflegefachkraft und dem Patienten sowie seiner Angehörigen
- Gewährleistung der Patientensicherheit
- Alle Aspekte der Krankenbeobachtung, wie beispielsweise die Haut- und Schleimhautbeschaffenheit
- Förderung der körperlichen Beweglichkeit
- Krankheitsbedingte Einschränkungen, wie beispielsweise Schmerzen oder Paresen
- Vitalzeichenkontrolle
- Ziel ist die weitergehende Selbstständigkeit des Patienten
- Berücksichtigung des Patientenwillens https://www.wege-zur-pflege.de/pflege-charta.html



Praktische Anleitung in der Pflegeausbildung

Von Beate Lüdke, Dipl.-Pflegewirtin und Edmund Brzezinski, Psychotherapeutischer Heilpraktiker, Quensi, Berlin www.quensi.de.

Die Pflegeausbildung in Deutschland besteht aus mindestens 2.100 Stunden theoretischem Unterricht und 2.500 Stunden praktischer Ausbildung.

Die praktische Ausbildung wird von Praxisanleitern begleitet. Die Qualifikation der Praxisanleiter ist in den letzten Jahrzehnten geregelt worden. Zuletzt wurde die Länge der Qualifikation von 200 Stunden auf 300 Stunden erhöht. Die Praxisanleiter sind für die erfolgreiche Unterweisung von Auszubildenden (sowie für Studierende, Teilnehmenden an Qualifizierungsmaßnahmen etc.) zuständig. Sie organisieren die praktische Anleitung. Sie beaufsichtigen die Auszubildenden, geben ihnen qualifiziertes Feedback und beurteilen die Auszubildenden. Die Auszubildenden haben verschiedene Pflichteinsätze und Wahleinsätze während der praktischen Ausbildung.

In der Qualifikation zur Praxisanleiterin wird besonderer Wert auf ein gutes didaktisches Expertenwissen gelegt. Die praktische Ausbildung wird motivierender und effektiver für die Auszubildenden aufgrund der vollständigeren Handlung nach einem Modell von Hacker und Volpert. Das bedeutet, dass den Auszubildenden die Möglichkeit eingeräumt wird, die zu erlernenden Tätigkeiten vollständig selbst zu gestalten.

Dazu gehört,

- sich selbst zu informieren über die Situation des Patienten, die Ausstattung der Station und das Patientenklientel in Bezug auf die zu erlernende Handlung
- selbst zu planen, wie die Handlung an einem bestimmten Patienten auszuführen ist
- mit der Anleiterin zu entscheiden, wie gehandelt wird
- selbstständig zu handeln (eventuell unter Aufsicht der Anleiterin)
- sich selbst zu reflektieren und
- mit der Anleiterin gemeinsam die T\u00e4tigkeit zu bewerten.

Für wichtig wird erachtet, die Auszubildenden zu eigenem Denken und Handeln zu bewegen. Dies kann durch Übungen und spielerisches Lernen geschehen sowie durch Leittexte. In Leittexten werden die Auszubildenden mit Fragen und Anweisungen

durch den Prozess der vollständigen Handlung nach Hacker und Volpert geleitet. Der Leittext wird einmal erstellt. Er kann dann für alle zukünftigen Auszubildenden verwendet werden (muss aber ab und zu an die sich wandelnden Gegebenheiten angepasst werden). Das spart Zeit und ist zudem motivierend für die Lernenden/ Auszubildenden. Die Auszubildenden lieben spielerisches Lernen, wenn sich dieses an ihre Vorlieben anpasst. Heute kommen deshalb digitale Spiel-Lernmethoden zur Anwendung, wie

- Erkundungen und Schnitzeljagd mit QR-Code
- Online-Quiz (z.B. Kahoot) u.a.



Abbildung 2: Zeichnung von Beate Lüdke

Aber auch Übungen mit Zetteln und Karten sind möglich. Viel Spaß und ein effizientes Lernen findet man immer noch bei Memorys. Oder man lässt die Auszubildenden beschriftete Karten zuordnen. Z.B. Krankheitssymptome zu den Triage-Einteilungen in Rettungsstellen zuordnen oder die Karten so sortieren, dass der richtige Ablauf für eine Handlung entsteht.

Quellen.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019): Informationen zum Pflegeberufegesetz. Berlin.

Pflegeberufegesetz (PflBG) in der Fassung vom 17. Juli 2017
Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe
(PflAPrV) in der Fassung vom 02. Oktober 2018
Döring, Klaus W.; Ritter-Mamczek, Bettina (1997): Lehren und Trainieren in der Weiterbildung. Ein praxisorientierter Leitfaden. 6. völ-

nieren in der Weiterbildung. Ein praxisorientierter Leitfaden. 6., völlig neu bearb. Aufl. Weinheim: Dt. Studien-Verl. Seite 133-162
Döring, Klaus W.; Ritter-Mamczek, Bettina (1997): Lehren und Trainieren in der Weiterbildung. Ein praxisorientierter Leitfaden. 6., völlig neu bearb. Aufl. Weinheim: Dt. Studien-Verl. Seite 143 - 191

Anlage 2

Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Pflege e.V. 德中护理协会

K&S Seniorenresidenz in Lübben 19. Mai 2019.

Das Haus Spreewald der Seniorenresidenz in Lübben http://luebben.ks-gruppe.de/residenz ist ein komfortabler und behaglicher Alterswohnsitz mit besonderen Angeboten qualifizierter Pflege in der Langzeitversorgung insbesondere für Bewohner nach einem Schlaganfall. Die DCGP dankt Dr. Ulrich Krantz, Inhaber der K&S-Gruppe, für das selbstverständliche Angebot nach Lübben zu kommen. Dies ist eine seiner 33 Residenzen in verschiedenen Bundesländern. Mittelpunkt der Versorgung stand die Frage, welche biographischen Erlebnisse die Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Schlaganfall geprägt haben und welche Erfahrungen sie in die Gemeinschaft mit einbringen möchten. Alle an der Pflege Beteiligten beachten im Rahmen der aktivierenden Pflege die Einzigartigkeit jeder Bewohnerin und jeden Bewohners. Sie unterstützen sie in ihrem Alltag in einer von Offenheit, Akzeptanz und Vertrauen geprägten Atmosphäre.

Ziel dieser Besichtigung war, die Versorgung für Menschen mit Schlaganfall in der praktischen, aktivierenden und professionellen Umsetzung kennen zu lernen, unter Berücksichtigung der individuellen Schweregrade der Erkrankung der Bewohner.

Gutgelaunt und neugierig machte sich die Delegation mit der Regionalbahn auf den Weg, um in einem nächsten Schritt eine stationäre Einrichtung innerhalb der Versorgungsstruktur von Menschen mit Schlaganfall kennen zu lernen. Von der Residenzleitung Andrea Kunert wurde die chinesische Delegation und die Expertengruppe sehr herzlich in Empfang genommen. Sie stellte den Teilnehmern die Residenz vor.

In der von der K&S-Gruppe getragenen Residenz leben 195 Menschen, die von einem multiprofessionellen Team betreut und versorgt werden. Es handelt sich um ein Familienunternehmen, das auf persönlichen, individuellen und liebevollen Umgang miteinander großen Wert legt.

Beim gemeinsamen Mittagessen lernte die chinesische Delegation neben der Spreewald-Küche auch die kulturellen und saisonalen Besonderheiten kennen, die bei der individuellen Versorgung der Bewohner eine große Rolle spielen. "Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen" sagt ein deutsches Sprichwort. Nach dem Mittagessen wurden

Angebote zur Förderung der Mobilität der Bewohner vorgestellt. Mit sichtlich viel Freude haben Bewohner, Therapeuten und die chinesische Delegation an diesen Angeboten teilgenommen. Das interdisziplinäre Team half den Bewohnern, individuell vorhandene Fähigkeiten durch gezielte Bewegung zu erhalten oder verloren gegangene zu reaktivieren.

Ein besonderes Ereignis für die Bewohner war das AOK-Tanzprojekt, das sowohl Gemeinschaft wie auch Bewegung einfordert und fördert. Die Vorstellung der Hilfsmittel, angefangen beim Besteck für Menschen mit Apoplex bis hin zu Rollstühlen, Hebehilfen und Orientierungshilfen fand bei der chinesischen Delegation großes Interesse. Ebenso der Snoezelen-Raum als Ruhe- und Rückzugsraum.

Der sich anschließende, rege Austausch bezog sich auf Fragen zur Pflegeversicherung, zum deutschen Pflegeverständnis, zur aktivierend-therapeutischen Pflege sowie zur Qualifikation der Mitarbeiter und der Qualität der Einrichtung. Die chinesische Delegation war auch daran interessiert, wie die Ausbildung der Altenpflege in Deutschland aufgebaut ist und wie diese finanziert wird. Insbesondere waren für sie die Gesprächskultur und das Einbeziehen von Angehörigen bedeutend. Der kulturelle und menschliche Anspruch, sich um die Alten zu kümmern, wurde diskutiert.

Den Abschluss bildete eine wunderbare und beschauliche Kahnfahrt mit Imbiss im Spreewald. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer genossen das ruhige Dahingleiten bei schönstem Wetter auf den Kanälen und ließen den an Informationen reichen und intensiven Tag ausklingen.



Abbildung 3: Gruppenfoto Lübben



Workshop mit deutschen und chinesischen Pflegeexperten, Hotel Maritim proArte, Berlin 20.05.2019.

Ziel des eintägigen Workshops "Pflege von Menschen mit Schlaganfall in Deutschland und China" war, Vorstellungen für das gemeinsam zu entwickelnde Pflegeverständnis zu finden, das neu produzierte Erklärvideo sowie die verschiedenen Pflegesettings in Deutschland und China aufzuarbeiten und neue Ideen und Innovationen zu entwickeln. Gemeinsam wurden interkulturelle Unterschiede und Gemeinsamkeiten beleuchtet und diskutiert.

Auf den nachfolgenden Seiten sind die wesentlichen Aspekte des Workshops aufgeführt.

Moderation: Marie-Luise Müller

Dolmetscherin: Yuelei Hu

Vorträge und Referenten

- Das Gesundheits- und Pflegewesen in Deutschland, Marie-Luise Müller Anlagen 3c, 3d
- Projektvorstellung, Sabine Girts Anlagen 1c, 1d
- Der Pflegeprozess in Deutschland, Christo Machtemes Anlagen 4 c und d sowie 5 d
- Aktivierend-therapeutische Pflege in Deutschland,
 Daniel Centgraf Anlage 6 c und d
- Interprofessionelle Zusammenarbeit in Deutschland, Barbara Napp Anlage 7 c und d
- Filmpräsentation: www.youtube.com/watch?v=vhQ6-uzSr8A&feature=youtu.be



Abbildung 4: Deutsch-chinesischer Workshop

Begleitprogramm im Anschluss an den Workshop

Bundesgesundheitsministerium (BMG).

Nach dem Workshop fand im BMG auf Einladung von Birte Langbein, Leiterin des Referats Z 21 – Bilaterale Gesundheitspolitik, OECD, eine gemeinsame Vorstellungs- und Gesprächsrunde zum Projekt statt: www.bundesgesundheitsministerium.de



Abbildung 5: Austausch im Bundesgesundheitsministerium

Berliner Medizinhistorisches Museum Charité.

Anschließend besichtigten die deutschen und chinesischen Teilnehmer die Sonderausstellung des berühmten Chirurgen Ferdinand Sauerbruch (1875–

1951 www.bmm-charite.de/ausstellungen/sonderausstellung.html



Abbildung 6: Berliner Medizinhistorisches Museum Charité

Ergebnispräsentation: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, CityCube Berlin 21.05.2019.

Moderation: Dr. h.c. Ramona Schumacher

Dolmetscherin: Yuelei Hu

Vorträge und Referenten

- Das Gesundheits- und Pflegewesen in Deutschland, Marie-Luise Müller Anlagen 3c, 3d
- Projektvorstellung, Sabine Girts Anlagen 1c, 1d
- Der Pflegeprozess in Deutschland, Dr. Pia Wieteck 4 c und d sowie 5 d
- Aktivierend-therapeutische Pflege in Deutschland, Helene Dyck Anlage 6 c und d
- Interprofessionelle Zusammenarbeit in Deutschland, Barbara Napp Anlage 7 c und d
- Filmpräsentation: www.youtube.com/watch?v=vhQ6uzSr8A&feature=youtu.be



Abbildung 7: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit: Treffpunkt Pflege



Das Gesundheits- und Pflegewesen in Deutschland

Die Strukturen und gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland werden von der Bundesregierung vorgegeben. Zuständig für die Gestaltung des Gesundheits- und Pflegewesens sind das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Basis hierfür sind die Sozialgesetzbücher (SGB).

Gesundheitssystem.

Das deutsche Gesundheitssystem gemäß SGB V wird von den folgenden vier Grundprinzipien geprägt: Selbstverwaltung, Krankenversicherungspflicht, Beitragsfinanzierung und Solidaritätsprinzip.

Selbstverwaltung.

Die Selbstverwaltung ist das tragende Organisationsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland. Selbstverwaltung heißt, dass sich die Träger des Gesundheitswesens sowie die Versicherten und die Arbeitgeber selbst organisieren, um das Gesundheitssystem zu steuern und mitzugestalten.

Bei den Trägern beziehungsweise Leistungserbringern des Gesundheitswesens wie den Krankenkassen, den Ärzten oder den Krankenhäusern spricht man von der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Dieses Gremium organisiert unter Beteiligung des Deutschen Pflegerats die medizinische und pflegerische Versorgung zum Beispiel über Verträge, Richtlinien und einheitliche Vorgaben.

Krankenversicherungspflicht.

In Deutschland gilt die Krankenversicherungspflicht für alle Personen. Die Krankenversicherungspflicht ist zu unterscheiden von der Versicherungspflichtgrenze. Diese ermöglicht Angestellten und Arbeitnehmern den Wechsel vom gesetzlichen ins private Krankenversicherungssystem.

Beitragsfinanzierung.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert sich durch Beiträge und einen jährlichen Bundeszuschuss. Die Beiträge werden von den Mitgliedern der Krankenkassen und den Arbeitgebern, Rentenversicherungsträgern oder sonstigen Stellen

einkommensabhängig getragen. Sie fließen dem Gesundheitsfonds zu.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 neu gestaltet. Die Beiträge werden von den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet und fließen wie die Steuermittel in den Gesundheitsfonds.



Abbildung 8: Gesundheitsfonds in Deutschland

Solidaritätsprinzip.

Das Solidaritätsprinzip ist das Gestaltungsprinzip für Staat, Gesellschaft und Wirtschaft in der Sozialphilosophie. In der Solidargemeinschaft des deutschen Gesundheitssystems tragen alle gesetzlich Versicherten gemeinsam das persönliche Risiko der Kosten, die durch eine Krankheit entstehen. Jeder gesetzlich Versicherte hat während seiner Berufstätigkeit im Krankheitsfall den gleichen Anspruch auf medizinische Versorgung und Lohnfortzahlung. Dabei richtet sich die Beitragshöhe nach seinem jeweiligen Einkommen. Es stellt dabei das wichtigste und zentrale Prinzip der sozialen Sicherung im Krankheitsfall dar. Somit werden die zu versichernden Erkrankungsrisiken von allen Versicherten gemeinsam getragen.



Pflegesystem.

Mit Einführung der sozialen Pflegepflichtversicherung wurde 1995 in Deutschland ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung geschaffen. Es gilt eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten. Alle, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert.



Abbildung 9: Pflegeversicherung in Deutschland

Seit 2017 wurde mit einer erweiterten Definition des Begriffs der **Pflegebedürftigkeit** eine umfassende Reform der Pflegepflichtversicherung realisiert.

Aufgrund des neu eingeführten Instruments zur Begutachtung ergibt sich die Einordnung in fünf Pflegegrade. Ein auf dieser Grundlage entwickeltes Punktesystem, das in Verbindung mit dem jeweiligen Grad der Pflegebedürftigkeit steht, ergeben sich der Betrag für die Leistungen als Pflegegeld oder die Pflegesachleistungen in den jeweiligen Versorgungsstrukturen, z.B. in der häuslichen oder stationären Pflege. Zusätzlich können bei Bedarf Leistungen der Tagespflege oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden.

Die Rahmenbestimmungen der Pflegeversicherung sind sehr komplex. Deshalb wurden bundesweit Beratungsstellen aufgebaut, die von den Bürgern in Anspruch genommen werden können. Aufgabe dieser Beratungsstellen sind umfassende Informationen zu den Themen der Versorgungsstrukturen und zu konkreten Leistungsangeboten.

Quellen.

Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft, Manfred Haubrock und Walter Schär, 5. Auflage, 2009, Bern.

Bundesministerium für Gesundheit: Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung

Bundesministerium für Gesundheit: Die Pflegeversicherung

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA): www.g-ba.de

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR): www.deutscher-pflegerat.de

Anlagen 3c, 3d



Der Pflegeprozess in Deutschland

Von Dr. Pia Wieteck und Stephanie Hausherr

Auszug aus Anlage 5 von Dr. Pia Wieteck und Stephanie Hausherr basierend auf der Lerneinheit CNE "Mit Pflegediagnosen arbeiten":

"Die Sicherstellung einer nachhaltigen, adäquaten pflegerischen Versorgung und Therapie ist eine Aufgabe der Profession "Pflege". In den kommenden Jahren ist mit einer Zunahme chronisch erkrankter Menschen und vulnerabler Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen mit Demenz, Pflegebedürftige etc.) zu rechnen. Zudem ist von sich verändernden Familienkonstellationen und Lebensstilen sowie einer damit verbundenen Abnahme an familiären Unterstützungssystemen auszugehen. Die Zunahme an evidenzbasiertem pflegerischem Wissen führt zu der weiteren Herausforderung, das aktuelle Pflegewissen verfügbar zu machen. Ein Theorie-Praxis-Transfer ist vor diesem Hintergrund zwingend, um den Pflegepersonen das aktuelle Wissen am Point of Care zur Verfügung zu stellen. Diese Konstellation erfordert ein "Neu Denken" der Dienstleistungen und Handlungskonzepte im pflegerischen Berufsfeld. Die Aufgabe Pflegender ist es, die wissenschaftlichen Erkenntnisse über sinnvolle Pflegemaßnahmen in Einklang mit der individuellen Bedürfnislage des jeweiligen Pflegeempfängers zu bringen. Bei der Auswahl von geeigneten Pflegemaßnahmen stehen häufig mehrere Optionen zur Verfügung, zwischen denen die Pflegefachperson entscheiden muss. Dies erfordert zunehmende Kompetenzen im pflegerischen Diagnostizieren sowie die Kenntnis über evidenzbasierte pflegerische Handlungsoptionen.

Aktuell sind zentrale Kernkompetenzen des pflegerischen Diagnostizierens und gezielte Prozesse der Entscheidungsfindung im Kontext evidenzbasierter Handlungskonzepte in vielen Einrichtungen unterrepräsentiert. Pflege hat es bisher noch nicht geschafft, den wertschöpfenden Anteil der Pflegearbeit sichtbar und abrechenbar zu machen. Eine pflegerische Versorgungsforschung ist in nicht ausreichendem Maße vorhanden. Zudem gibt es kaum attraktive Arbeitsplätze für exzellent ausgebildetes Pflegepersonal am Bett. Die Attraktivität, in der Pflege zu arbeiten, ist nicht nur wegen der schlechten Bezahlung und hohen Verantwortung gesunken, sondern vorwiegend auch vor dem Hintergrund der Arbeitsbedingungen und der fehlenden Gestaltungsoptionen pflegerischer Arbeit.

Pflegediagnostik in Deutschland erfährt durch das neue Pflegeberufegesetz eine neue Bedeutung. Ab 01.01.2020 wird die generalistische Pflegeausbildung, orientiert an dem neuen Rahmenlehrplan in der Pflegeausbildung, umgesetzt. Hier wird im speziellen die Förderung der Kernkompetenz zur Pflegediagnostik hervorgehoben.

Pflegeprozess versus pflegediagnostischer Prozess

Pflegediagnostik gehört zu den Kernprozessen und -kompetenzen Pflegender. Dabei ist die Realisierung des pflegediagnostischen Prozesses als Grundlage für die Entscheidung über mögliche Pflegeziele und Pflegemaßnahmenangebote ausschlaggebend für die Qualität und das pflegerische Outcome (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2013).

Mit dem Pflegeprozessmodell wird versucht, die pflegerische Arbeit als einen systematischen Handlungsablauf zu verdeutlichen. Dabei werden einzelne Schritte beschrieben, die zur Problemlösung und Zielerreichung führen. Durch die Systematisierung der Pflege werden Leistungen transparent, nachvollziehbar und vor allem überprüfbar. Dies stellt eine Grundvoraussetzung zur Überprüfung der Pflegewirkung dar. Zentrales Anliegen bei der Realisierung des Pflegeprozessmodells "[...] ist die Sicherung der Kontinuität einer individuellen, patientenorientierten Pflege" (Pröbstl & Glaser, 1997, S. 264). Innerhalb des Pflegeprozessmodells werden neben den einzelnen Prozessschritten auch die Pflegediagnose, Instrumente/Verfahren zur Informationssammlung und die Evaluation eingeschlossen.



Abbildung 10: Pflegeprozess nach Fiechter und Meier



Pflegepersonen können den Pflegeprozess mithilfe der Pflegeplanung, neben dem Gebrauch von Pflegeanamnese und Pflegebericht, schriftlich nachvollziehen. Im Pflegeplan werden einzelne Phasen des Pflegeprozesses schriftlich abgebildet – der Pflegeplan kann daher auch als "verschriftlichte" Abbildung des Pflegeprozesses bezeichnet werden.

Im deutschsprachigen Raum hat sich das Modell nach Fiechter & Meier in der Lehre (Fiechter & Meier, 1998) durchgesetzt. Sie teilt den Pflegeprozess in sechs Schritte ein: Informationen über den Patienten sammeln, Pflegediagnosen/Pflegeprobleme und Ressourcen erkennen, Pflegeziele vereinbaren, Pflegeinterventionen planen, Pflegemaßnahmen durchführen und die Wirkung der pflegerischen Leistungen evaluieren. Diese sechs Schritte des Pflegeprozesses werden in Form eines Regelkreises dargestellt. Es ist sinnvoll, sich den Regelkreis als Spirale vorzustellen: Immer, wenn sich neue Informationen oder Veränderungen im Pflegeprozess ergeben, werden neue Pflegeprobleme bzw. Pflegeziele formuliert und Maßnahmen geplant. Im Vergleich mit anderen (4-, 5- und 6-schrittigen) Pflegeprozessmodellen stellen Pröbstl und Glaser (1997) mehr Übereinstimmungen als Gegensätze fest. Aus diesem Grund wird hier darauf verzichtet, die anderen Modelle des Pflegeprozesses darzustellen.

Der Pflegeprozess beschreibt lediglich das systematische, logische Vorgehen der Pflegenden zur Problemlösung bzw. Zielerreichung und stellt keinen Garanten für die Qualität der zu leistenden Pflege dar. Es ist davon auszugehen, dass diese von zusätzlichen Parametern beeinflusst wird (Krohwinkel, 1993). Dies erklärt auch die unterschiedlichen Ergebnisse der Pflegeforschungsarbeiten und die daraus resultierende Ansicht über die Wirkung des Einsatzes des Pflegeprozessmodells und der Pflegeplanung auf die Qualität der Pflege. Die Pflegequalität wird durch die Genauigkeit im pflegediagnostischen Prozess, den Pflegebeziehungsprozess, die Interventionen in der Pflege, den Problemlösungssowie den Entscheidungsprozess bestimmt. Von verschiedenen Autoren wird gefordert, die Anwendung des Pflegeprozesses mit einem oder mehreren Pflegemodellen zu verknüpfen (Just 2000, Krohwinkel 1993, S. 18, Mischo-Kelling, Zeidler 1989, S. 5, Roper, Logan, Tierney 2002, S. 136). Die Verbindung des Pflegeprozesses mit Pflegemodellen und -

theorien entwickelt das Pflegeverständnis der Pflegenden weiter und trägt zur Förderung von Schlüsselqualifikationen bei. Es wird deutlich, dass den Pflegediagnosen als Produkt des pflegediagnostischen Prozesses eine zentrale Bedeutung zugewiesen werden kann. Im Laufe der Zeit wurden zahlreiche Definitionen einer Pflegediagnose veröffentlicht."

Weitere und detaillierte Ausführungen zu Pflegediagnosen, praktische Beispiele und die Quellen sind in der Anlage 5 ausführlich dargestellt.

Anlagen 4 c und d sowie Anlage 5



Aktivierend-therapeutische Pflege in Deutschland

Von Daniel Centgraf, M.Sc.

Die Konzepte geriatrischer- und neurologisch frührehabilitativer Versorgung sind ressourcenorientiert ausgerichtet, mit dem Ziel ein Höchstmaß an Selbstständigkeit zu erhalten oder wieder zu erlangen.

Dies wird in der Geriatrie und in der Neurologischen Frührehabilitation durch einen multimodalen Versorgungsansatz erreicht, der durch ein multidisziplinäres Team und im Besonderen durch aktivierend-therapeutische Pflege gekennzeichnet ist. In den organisatorischen Bedingungen geriatrischer- und neurologisch-frührehabilitativer Versorgung bietet sich professionell Pflegenden die Möglichkeit, eine vergleichsweise tiefe Beziehung zu Patienten und ihren "Kümmerern" aufzubauen. Sie ermöglicht dem Patienten gegenüber einen höheren Grad an Individualisierung und Nähe als in anderen akutklinischen Handlungsfeldern.

Pflege von älteren Menschen, insbesondere im Kontext kognitiver Veränderungen und/ oder neurologischer Störungen, erfordert einen Rahmen, in dem es gelingt, mit Betroffenen bewusst in Beziehung zu treten. Aktivierend-therapeutische Pflege geht über die Grund- und Behandlungspflege hinaus. Das pflegerische Handeln ist maßgeblich auf die Befähigung des Patienten zur Selbsthilfe gerichtet. Die Möglichkeiten des eigenen Handelns sollen für den Patienten selbst erfahrbar werden. Dabei ist es das zentrale Ziel, die individuelle und optimal zu erreichende Mobilität und Selbstständigkeit entweder bestmöglich zu erhalten oder diese wiederherzustellen.

Ausgehend von den vorhandenen Ressourcen stehen insbesondere das (Wieder-)erlangen und Erhalten der Alltagskompetenz im Mittelpunkt, die all jene Kompetenzen umfasst, die einem Menschen über die Mobilität hinaus eine selbstständige Lebensführung ermöglichen. Die Pflegenden greifen dabei die Arbeit der Therapeuten auf und setzen diese im Rahmen des interdisziplinären Behandlungskonzepts fort. Die Pflege leistet hierbei wichtige Impulse zur gemeinsamen Definition spezifischer Therapieziele und Maßnahmen.

Aus diesem Grund benötigt Pflege ein besonderes therapeutisches Verständnis und - Wissen und entsprechende Rahmenbedingungen, um es fallbezogen anwenden zu können.

Die Planung und Umsetzung pflegerischer Handlungen erfolgt auf Grundlage des Pflegeprozesses und nach einem ganzheitlichen und untrennbaren Verständnis des Menschen als bio-psycho-soziale Einheit. Der Patient wird während des gesamten Behandlungsprozesses in seiner Autonomie und Individualität berücksichtigt. Sofern möglich, werden seine Angehörigen als mündige Experten der [Lebens]Situation und als künftige Unterstützer des weiteren Entwicklungsweges im Rahmen familialer Pflegeberatungs- und Schulungsangebote gezielt integriert.

Für den Therapieerfolg ist es entscheidend, dass der Patient die Maßnahmen versteht und sie funktional umsetzen kann. Das geht nur, wenn der Patient die für seine Situation adäquaten Maßnahmen akzeptiert und deshalb diese motiviert befolgt. Die bestehende Lebenssituation, die persönlichen Wünsche und Lebensperspektiven des Patienten werden bewusst berücksichtigt. Die Motivation und emotionale Situation des Patienten und seiner Angehörigen werden dabei zu jeder Zeit gezielt gefördert und integriert.

Durch zielgerichtete Motivation, Anleitung, Beratung und Begleitung sowie durch das systematische Einüben von alltagspraktischen Handlungsabläufen, wird der Patient Schritt für Schritt zum eigenständigen Handeln ermutigt und in seiner Selbstständigkeit gefördert. Sämtliche Therapieziele und Maßnahmen werden im Rahmen eines gemeinsamen Beratungs- und Entscheidungsfindungsprozesses festgelegt. Therapieziele werden in Teilziele und kleinteilige Maßnahmen heruntergebrochen. Beziehung und Kommunikation sind hierbei essentielle Schlüsselelemente für den weiteren Behandlungserfolg, ebenso wie eine von Offenheit, Empathie, Wertschätzung und Vertrauen geprägte Beziehung.

Aktivierend-therapeutische Pflege definiert in umfassender Weise die Besonderheiten geriatrischer- und neurologisch-frührehabilitativer Pflege. Das Konzept schafft einen Perspektivenwechsel und trägt maßgeblich zur Professionalisierung klinischen Pflegehandelns bei.

Anlage 6 c und d



Interprofessionelle Zusammenarbeit

Von Barbara Napp, MBA

Patientenorientierung ist fester Bestandteil des Konzernleitbilds des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE). Unser Handeln ist deshalb an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Jeder Mensch ist einzigartig und die jeweiligen Lebensumstände können sehr unterschiedlich sein. Dies ist bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Statt eines spezifischen Pflegeverständnisses setzen wir am UKE auf eine konsequente interdisziplinäre Patientenorientierung.

Dafür haben wir ein eigenes Forum geschaffen, welches dazu beitragen soll, die Patienten noch stärker in den Mittelpunkt der gemeinsamen Arbeit im UKE zu stellen. Das zentrale Ziel des Forums Patientenorientierung ist es, wesentlich dazu beizutragen, die UKE Leitbildsäule "Konsequente Patientenorientierung " weiter zu entwickeln und anhand von innovativen Ideen und Projekten sowie tragfähigen Umsetzungen mit Leben zu füllen.

Mehr als 30 Beschäftigte aus unterschiedlichen Bereichen treffen sich kontinuierlich, um den patientenorientierten Behandlungsrahmen zu verbessern. Folgende Bereiche tragen zu einem multiprofessionellen Austausch bei: Pflege, Ärzte, Physiotherapie, Speisenversorgung, Seelsorge, Psychologie, Sozialdienst, Wissenschaftler, Qualitätsmanagement, Unternehmenskommunikation, Konzernbetriebsrat. Patienten-Ombudsmann. In themenspezifischen Arbeitsgruppen geht es darum, wie die Patientenorientierung entscheidend verbessert und zukunftsorientiert in den Mittelpunkt gestellt werden kann. Erkenntnisse aus der Forschung zur patientenzentrierten Versorgung, zur Patientenorientierung und zur gemeinsamen Entscheidungsfindung fließen in unsere Arbeit ein. So orientieren wir uns am UKE u.a. an dem wissenschaftlich entwickelten "integrativen Modell der Patientenzentrierung". Impulse aus der Arbeitsgruppe sowie die Auswertung der kontinuierlichen Patientenbefragung und der Rückmeldungen aus dem Lob- und Beschwerdemanagement des UKE bereichern außerdem unsere Arbeit.

Zur Identifizierung mit dem Forum Patientenorientierung und um Ideen und Aktionen zum Leitbild konsequente Patientenorientierung einheitlich präsentieren

zu können, wurde das nachfolgend dargestellte Label geschaffen. Es wird für spezielle Projekte der Patientenorientierung eingesetzt.



Abbildung 11: Leitbild zur Patientenorientierung im UKE

Im Jahr 2015 wurde der "Best Practice" Wettbewerb eingeführt, bei dem UKE Mitarbeiter Erfolgsbeispiele für mehr Patientenorientierung und -sicherheit einreichen können. Ein Beispiel für eine prämierte Auszeichnung ist die Entlassungsberatung in der Neuroonkologie, in deren Rahmen Patienten und Angehörigen mit neurochirurgisch-malignen Erkrankungen nach Diagnosestellung und vor Entlassung ein Beratungsgespräch angeboten wird, bei dem die individuellen Lebensumstände, wie beispielsweise die Wohnverhältnisse, Berücksichtigung finden.

Gerade bei der Diagnose Schlaganfall spielt das Leitbild und das Führungsverständnis des UKE eine große Rolle.

Eine gute und individuelle patientenorientierte Beratung und ein wertschätzender Umgang sollen Angehörigen und Patienten helfen, mit der Diagnose Schlaganfall besser umgehen zu können und jene Pflege und Betreuung zu bekommen, die sie in ihrer individuellen Situation jeweils benötigen.

Anlage 7 c und d



Ergebnisse der vertiefenden Diskussionen zum Pflegeverständnis

Die deutschen und chinesischen Workshop-Teilnehmer wurden in drei Arbeitsgruppen mit den Schwerpunkten Klinik, Langzeitpflege und Management aufgeteilt. Jeweils vier bis sieben Teilnehmer diskutierten anhand einem vorgegebenem strukturierten Fragenkatalog und dokumentierten die jeweiligen Arbeitsergebnisse. Zum Abschluss stellte jede Gruppe die Ergebnisse im Plenum vor.

Den strukturierten Fragenkatalog hatten vorab die deutschen Pflegeexperten aus ihren Arbeitsfeldern – Pflegewissenschaft, aktivierend-therapeutische Pflege, interprofessionelle Zusammenarbeit – zusammengestellt. Insgesamt elf Fragestellungen wurden herausgearbeitet und in den jeweiligen Arbeitsgruppen diskutiert.



Abbildung 12: Deutsch-chinesischer Workshop

A: Aus Sicht der Pflegewissenschaft.

1. Welches Pflegeprozessmodell hat sich bei Ihnen etabliert?

Ergebnisse.

- Arbeitsgruppe Klinik:

In China hat sich ein Fünf-Schritt-Pflegemodell etabliert. Grundlage dafür ist das NANDA-Modell www.recom.eu/klassifikationen/nanda-i-plus.html. Das Pflegemodell besteht aus den Schritten Assessment, Diagnose, Planung, Durchführung und Evaluation.

- Arbeitsgruppe Langzeitpflege:

Es hat sich ein fünfstufiges Pflegeprozessmodell etabliert, das sich aus den Bestandteilen: Informationssammlung, Pflegediagnose, Maßnahmen, Durchführung und Evaluation zusammensetzt.

- Arbeitsgruppe Management:

Das genutzte Pflegeprozessmodell entspricht dem deutschen Modell, mit dem Unterschied, dass kein Assessment durchgeführt wird.

2. Wie dokumentieren Sie die verschiedenen Prozessschritte?

Ergebnisse.

- Arbeitsgruppe Klinik:

Die Ergebnisse werden in einer Datenbank erfasst. Diese Thematik sollte im weiteren Fortgang des bilateralen Vorhabens differenzierter betrachtet werden.

- Arbeitsgruppe Langzeitpflege:

Keine Dokumentation, da die Pflege insbesondere im häuslichen Bereich stattfindet.

- Arbeitsgruppe Management:

Die Pflegedokumentation wird digital durchgeführt und ist sehr fortschrittlich. Hier könnte ein Vergleich des Dokumentationsumfanges, der Inhalte und der Strukturen mit deutschen Pflegedokumentationen erstellt werden, die als Basis für eine Weiterentwicklung der Pflegedokumentation in Deutschland dienen könnte.

3. Nutzen Sie in Ihrem Land ein Pflegeklassifikationssystem zur Abbildung von Pflegediagnosen, Pflegezielen und Pflegemaßnahmen?

Ergebnisse.

- Arbeitsgruppe Klinik:

Es existiert ein Punktesystem. Diese Thematik sollte im weiteren Fortgang des bilateralen Vorhabens differenzierter betrachtet werden.

- Arbeitsgruppe Langzeitpflege:

Aus Sicht der Langzeitpflege nicht vorhanden

- Arbeitsgruppe Management:

Es gibt fünf Pflegegrade (Schwere Fälle: 1-2-3). International Council of Nurses (ICN)

https://www.icn.ch/

4. Welches Klassifikationssystem benutzen Sie in der Schlaganfallversorgung?

Ergebnisse.

- Arbeitsgruppe Klinik:

Der Arzt wertet das Punktesystem aus. Hierzu sind noch weitere Informationen einzuholen.



- Arbeitsgruppe Langzeitpflege:

Aus Sicht der Langzeitpflege nicht vorhanden.

- Arbeitsgruppe Management:

Es gibt kein spezielles System zur Fallklassifikation.

5. Was würde bei Ihnen in der Patientenakte dieser Patienten stehen?

Ergebnisse.

- Arbeitsgruppe Klinik:

Konnte aus zeitlichen Gründen nicht diskutiert werden.

- Arbeitsgruppe Langzeitpflege:

Aus Sicht der Langzeitpflege nicht vorhanden.

- Arbeitsgruppe Management:

Stammdaten, Diagnose, Sozialverhältnisse, Pflegeprozess, Beobachtungen, Pflegeziele, etc.

B: Aus der Sicht der aktivierend-therapeutischen Pflege

6. Welcher organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen bedarf es aus Ihrer Sicht in China, um aktivierend-therapeutisch pflegen zu können?

Ergebnisse.

- Arbeitsgruppe Klinik:

Es bedarf einer professionellen Fort- und Weiterbildung, da ein solches System in China aktuell nicht existiert. In China wird die Pflege insbesondere durch die Angehörigen geleistet. Diese erhalten für Ihre Leistungen "Punkte" für die Pflege. Für eine bessere Transparenz sollte dieser Punkt noch differenzierter dargestellt werden.

Es existieren kulturelle Unterschiede zwischen China und Deutschland: Alte Menschen sollen und wollen in China daheim versorgt werden. Die Menschen in Deutschland werden älter und haben auch höhere Ansprüche in Puncto Lebensqualität.

- Arbeitsgruppe Langzeitpflege:

In den Kliniken muss eine umfassende Anleitung gegeben werden, damit die Patienten im häuslichen Umfeld qualitativ versorgt werden können. Darüber hinaus bedarf es professioneller Unterstützung.

- Arbeitsgruppe Management:

Im Vergleich zu Deutschland fehlen nachstationäre Strukturen.

7. Aktivierend-therapeutische Pflege setzt idealerweise eine von Nähe, Individualität und Vertrauen geprägte Beziehung zum Patienten und dessen Angehörigen voraus. Welche Aspekte in der pflegerischen Versorgung in China können bei der Entstehung von Vertrauen, Motivation und Akzeptanz des Patienten zur Therapie unterstützend wirken und gezielt genutzt werden?

Ergebnisse.

- Arbeitsgruppe Klinik:

Es werden kostenlose Weiterbildungen für Angehörige angeboten. Ebenfalls existiert ein Erholungsservice für Angehörige.

Für die Pflege von Schlaganfallpatienten wird mehr Zeit benötigt, damit eine zielführende Kommunikation mit dem Patienten und den Angehörigen ermöglicht wird. Es gibt sehr viele Schlaganfallpatienten, zu wenig Personal und die intensive Mitarbeit der Angehörigen ist absolute Voraussetzung für den Genesungsprozess.

- Arbeitsgruppe Langzeitpflege:

Aus zeitlichen Gründen nicht besprochen

- Arbeitsgruppe Management:

Ein enger Kontakt zu Angehörigen erleichtert den Transfer in die Häuslichkeit.

8. Der enge Dialog im interdisziplinären Team hat bei der Planung von spezifischen aktivierend- therapeutischen Pflegemaßnahmen und Pflegezielen eine große Bedeutung in Deutschland. Wie gestaltet sich Interdisziplinarität im Kontext der Planung von aktivierend-therapeutischen Pflegemaßnahmen und Pflegezielen in China?

Ergebnisse.

- Arbeitsgruppe Klinik:

Aus zeitlichen Gründen wurde diese Fragestellung nicht beantwortet.

- Arbeitsgruppe Langzeitpflege:

Aus Sicht der Langzeitpflege nicht vorhanden. Der Bedarf an interdisziplinären Planungsaktivitäten,



gerade in Bezug auf Schlaganfallpatienten, wurde eindeutig betont.

- Arbeitsgruppe Management:

Im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement entsteht das Berufsbild des Sozialarbeiters. Diese werden auf Gemeinde- oder Kreisebene für spezielle Krankheitsbilder entwickelt. Aufgrund der spezifischen Anforderungen und der Vielzahl der Krankheitsbilder besteht die Herausforderung einer intensiven Abstimmung der verschiedenen Beteiligten.

C: Aus Sicht der interprofessionellen Zusammenarbeit

 Welche Erfolgsfaktoren bzw. bewährte Strukturen der interprofessionellen Zusammenarbeit bestehen im Krankenhaus, die Sie in neue Versorgungssektoren (z.B. Pflegeheim) übertragen möchten?

Ergebnisse.

- Arbeitsgruppe Klinik:

Es existiert eine Zusammenarbeit auf Bezirksebene zwischen Krankenhäusern, Pflegeheimen, Community. Diese befindet sich noch in der Entwicklung und muss ausgebaut werden.

- Arbeitsgruppe Langzeitpflege:

Es bestehen Zentren, in denen Vertragsärzte eine Beratung von Angehörigen durchführen können. Wenn Familien keine Ressourcen haben, dann kann die Pflege auch durch Nachbarn oder Arbeitslose durchgeführt werden, die dafür keine besondere Qualifikation besitzen müssen. Die Bezahlung muss privat sichergestellt werden. Wenn der Patient keine Angehörigen hat, übernimmt eine "Sozialversicherung" die Kosten. Altersheime existieren nur als Notlösung.

- Arbeitsgruppe Management:

Rahmenbedingungen für interprofessionelle Zusammenarbeit müssen verbessert werden.

10. Welche (neuen) Versorgungsformen brauchen Sie in China, um Schlaganfallpatienten, die nach dem Krankenhausaufenthalt weiter pflegebedürftig sind, gut zu versorgen?

Ergebnisse.

- Arbeitsgruppe Klinik:

Die Übergänge vom Krankenhaus über die Community und über das Pflegeheim zurück in die häusliche Umgebung sind zu verbessern. Es fehlt an Professionalität und Wissen sowie gut ausgebauten Prozessen. Es fehlt an fachlicher Hilfe in der Assistenz für die Pflege, aber auch an Service- und Betreuungsangeboten allgemein. Ein ganzheitliches Casemanagement bringt große Vorteile. Die Entwicklungen sind vorhanden, aber die Realisierung ist mangelhaft.

- Arbeitsgruppe Langzeitpflege:

Die Regierung hat Konzepte zur fachlichen Qualifikation als Weiterbildung entwickelt (zwei Wochenkurse). Diese müssen ausgebaut werden. Der Wunsch nach Krankenpflegehilfstätigkeiten ist groß.

- Arbeitsgruppe Management:

Differenzierungen von Krankenhäusern in Spezialkliniken (z.B. Reha) müssen im Sinne einer Versorgungskette aufgebaut werden.

11. Werden in China durch neue Versorgungssektoren (z.B. Pflegeheime) neue Gesundheitsfachberufe oder ein Qualifikationsmix (z.B. Pflegehelfer) benötigt, da z.B. Angehörige bei der Pflege nicht mehr ausreichend helfen können (z.B. Körperpflege, Essenversorgung)?

Ergebnisse.

- Arbeitsgruppe Klinik:

Es werden mehr Mitarbeiter für die Pflege benötigt. Insbesondere werden auch Mitarbeiter als Pflegehilfen und Servicekräfte benötigt. Darüber hinaus ist es notwendig, Manager für die Organisation der Pflegeleistungen einzusetzen. Der Bereich Begutachtung muss aufgebaut werden.

- Arbeitsgruppe Langzeitpflege:

Wurde aus zeitlichen Gründen nicht besprochen.

- Arbeitsgruppe Management:

Fachkräfte für psychische Betreuung, Ergotherapie und Rehabilitation werden vermehrt benötigt. Durch die traditionelle chinesische Medizin (TCM) gibt es Besonderheiten und Chancen, die in das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden könnten.



Finale Sprechertexte des Erklärvideos "Pflegeverständnis in Deutschland"

Marie-Luise Müller:

Pflegeverständnis – was ist das? Und was bedeutet das eigentlich? Ich bin Marie Luise Müller und vertrete die Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Pflege seit 2013.

Unser Projekt "Pflege von Menschen mit Schlaganfall in Deutschland und China" liefert mit dem ersten Baustein "Pflegeverständnis in Deutschland" eine Grundlage für ein auf gleicher Augenhöhe abgestimmtes Lernprogramm pflegerischer Versorgungsschritte von Schlaganfallpatienten.

Welche Methoden, Instrumente und Konzepte hierzu erfahrungsgemäß besonders geeignet sind, werden unsere drei Experten vorstellen.

In beiden Ländern kennen wir eine schnell wachsende alternde Gesellschaft, die zunehmend mehr berufliche Pflege- und Betreuungsangebote benötigt. In China steigt die Lebenserwartung einhergehend mit kaum lösbaren Familienkonstellationen. Das Kümmern um die Eltern gehörte bisher zum Bestandteil der Kultur. Für die jüngere Generation jedoch ist diese nicht mehr leistbar oder nur noch unter hohem Aufwand. Der Anstieg von chronischen Krankheiten, insbesondere das Krankheitsbild Schlaganfall, stellt die medizinisch-pflegerische Versorgung vor Herausforderungen.

Unser gemeinsames Ziel ist es, das breite Pflegewissen aus Deutschland im Hinblick auf die Versorgung von Schlaganfallpatienten aller Altersgruppen und Schweregrade unseren chinesischen Pflegekolleginnen zur Verfügung zu stellen.

Das Pflegekonzept einer ganzheitlich-individuelltherapeutisch-aktivierenden Pflege, gerade beim Krankheitsbild "Schlaganfall", ist in deutschen Gesundheitseinrichtungen weit verbreitet.

Eine strukturierte Versorgungskette Stroke Unit, klinische Therapie, Rehabilitation, ambulante-häusliche Versorgung bis hin zur Langzeitpflege sichert bei den Patienten eine gute Selbständigkeit und Eigenständigkeit.

Dieses strukturierte Handlungsprogramm setzt eine berufliche Haltung voraus, basierend auf einem ganzheitlich-individuellen Pflegeverständnis. Am Beispiel des deutschen sechsstufigen Pflegeprozessmodells zeigt Dr. Pia Wieteck was mit einer aufzubauenden professionellen Pflegearbeit an guter Pflegequalität möglich ist.

Dr. Pia Wieteck:

Pflege in Deutschland basiert in der Lehre und Pflegepraxis auf einem sechsstufigen Pflegeprozessmodell. Der Patient steht dabei mit seinen körperlichen, seelischen und sozialen Bedürfnissen im Mittelpunkt der pflegerischen Aufmerksamkeit. Der Pflegeprozess mit seinen sechs Schritten, der Informationssammlung, Pflegediagnosen- und Zielformulierung, Maßnahmenplanung und Durchführung sowie kontinuierliche Evaluation, ist dabei kein linearer Prozess.

Die Pflegeperson baut in einem Interaktionsprozess zum Patienten eine konstruktive und vertrauensvolle Beziehung auf. Eine wichtige Voraussetzung, damit die Pflegenden alle relevanten Informationen über die Gesundheitsprobleme, das Krankheitserleben und ggf. Anpassungsmöglichkeiten des Patienten erfährt. Im Rahmen dieser Informationssammlung, der pflegerischen Anamnese, nutzt die Pflegeperson Assessmentinstrumente und führt körperliche Untersuchungen durch.

Alle dabei ermittelten Patientendaten können beispielsweise in einer elektronischen Patientenakte mit dem pflegerischen Basisassessment (BAss) dokumentiert werden. In einem an die Pflegeanamnese anknüpfenden Analyse- und Syntheseprozess aller gesammelten Informationen stellt die Pflegeperson dann eine Pflegediagnose.

Idealerweise kodiert die Pflegeperson diese Pflegediagnosen über ein Pflegeklassifikationssystem wie z. B. ENP (European Nursing care Pathways) oder NANDA-International. Diesen Prozessschritt des pflegerischen Diagnostizierens möchte ich Ihnen gerne an einem konkreten Beispiel zum häufig auftretenden Pflegethema Inkontinenz bei Schlaganfallpatienten verständlicher machen.

Patienten mit einem Schlaganfall sind häufig inkontinent. Sie können der Tabelle entnehmen, dass die unterschiedlichen Pflegediagnosen wie z. B. "der Patient hat aufgrund einer Drangurininkontinenz ein Selbstversorgungsdefizit" durch verschiedene Kennzeichen und Symptome repräsentiert und identifiziert werden. Daumen nach oben bedeutet hier, dass es sich um ein Kennzeichen mit einer hohen Evidenz handelt, welche für die jeweilige Pflegediagnose spezifisch ist.

Die nächste Grafik zeigt, dass pflegerische Handlungskonzepte nur bei bestimmten Pflegediagnosen einen Effekt zur Förderung der Kontinenz oder Selbstversorgung auslösen. Eine systematische Pflegediagnostik und Umsetzung des Pflegeprozesses unter Einbeziehung des Patienten ist gerade in der Schlaganfallversorgung von hoher Bedeutung.



Damit können eine höchstmögliche Selbstversorgungskompetenz gefördert und unerwünschte Ereignisse im Versorgungsprozess vermieden werden. Eine differenzierte Pflegediagnostik ist eine zentrale Kernkompetenz der Pflegenden im Entscheidungsfindungsprozess bei der pflegerischen Versorgung eines Patienten nach Schlaganfall. Nur so kann eine für den Patienten evidenzbasierte Auswahl von pflegerischen Handlungskonzepten der aktivierend-therapeutischen Pflege, z.B. Bobath, Affolter oder Bienstein, sichergestellt werden.

Marie-Luise Müller:

Daniel Centgraf ist überzeugt, dass eine aktivierend-therapeutische Pflege in der Praxis enorme Möglichkeiten in der Versorgung von Menschen mit Schlaganfall bietet.

Daniel Centgraf:

Aktivierend-therapeutische Pflege hilft Patienten mit Pflege- und Frührehabilitationsbedarf beim Erhalten und Wiedererlangen von Alltagskompetenzen. Dieses besondere Pflegekonzept geht über die Grund- und Behandlungspflege hinaus und ist maßgeblich auf die Befähigung des Patienten zur Selbsthilfe gerichtet.

Die Möglichkeiten seines Handelns sollen für den Patienten selbst erfahrbar werden.

Mit Blick auf das Schlaganfallereignis ist es dann das Ziel, die optimal erreichbare Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe in den Aktivitäten des täglichen Lebens zu erreichen, wie diese vor dem Akutereignis bestanden haben.

Durch zielgerichtete Motivation, Anleitung, Beratung und Begleitung sowie das systematische Einüben alltagspraktischer Handlungsabläufe, wird der Patient Schritt für Schritt zum eigenständigen Handeln ermutigt und so in seiner Selbstständigkeit gefördert.

Für Patienten werden so die Möglichkeiten des eigenen Handelns erfahrbar. Diese Ausrichtung pflegerischer Unterstützung wirkt so motivierend, dass das Einüben bzw. Wiedererlernen von Alltagskompetenz häufig leichter gelingt.

Die Pflegenden benötigen hierzu ein umfassendes therapeutisches Verständnis und eine spezifische Methodenkompetenz, wie z.B. beim Praktizieren des **Bobath-Konzepts** oder sensomotorischer Fazilitationstechniken.

Der individuelle Therapieprozess wird gemeinsam mit dem Patienten und im Rahmen des interdisziplinären Teams abgestimmt. Die Pflege leistet hierbei wichtige Impulse zur gemeinsamen Definition spezifischer Therapieziele und -Maßnahmen. Die Ganzheitlichkeit, Autonomie und Individualität des Patienten werden berücksichtigt. Und auch die Angehörigen werden frühestmöglich als mündige Experten und elementare Unterstützer der künftigen Lebenssituation mit Hilfe familialer Pflegeberatungs- und Schulungsangebote eingebunden.

Für den Therapieerfolg ist es entscheidend, dass der Patient die Maßnahmen versteht, sie funktional umsetzen kann und er sie für seine Situation akzeptiert und motiviert befolgt

Die Aspekte Beziehung und Kommunikation sind hierbei essentielle Schlüsselelemente für den weiteren Therapieerfolg. Genauso wie eine von Empathie, Offenheit, Wertschätzung und Vertrauen geprägte Beziehung.

Marie-Luise Müller:

Barbara Napp zeigt auf, dass das Zusammenspiel aller Berufsgruppen bei der Versorgung von Menschen mit Schlagfall entscheidend für ein erfolgreiches Behandlungsergebnis ist.

Barbara Napp:

Dafür haben wir ein eigenes Forum geschaffen, welches dazu beitragen soll, die Patienten noch stärker in den Mittelpunkt unserer gemeinsamen Arbeit im UKE zu stellen.

Das zentrale Ziel des Forums ist es, wesentlich dazu beizutragen, die UKE Leitbildsäule "Konsequente Patientenorientierung" weiter zu entwickeln sowie anhand von innovativen Ideen und tragfähigen Umsetzungen mit Leben zu füllen.

Mehr als 30 Beschäftigte aus unterschiedlichen Bereichen treffen sich kontinuierlich, um den Behandlungsrahmen zu verbessern. Folgende Bereiche tragen zu dem multiprofessionellen Austausch bei: Pflege, Ärzte, Physiotherapie, Speisenversorgung, Seelsorge, Psychologie, Sozialdienst, Wissenschaftler, Qualitätsmanagement, Unternehmenskommunikation, Konzernbetriebsrat, Ombudsmann. In themenspezifischen Arbeitsgruppen geht es darum, wie die Patientenorientierung entscheidend verbessert und zukunftsorientiert in den Mittelpunkt gestellt werden kann. Erkenntnisse aus der Forschung zur patientenzentrierten Versorgung und zur gemeinsamen Entscheidungsfindung fließen in unsere Arbeit ein. So orientieren wir uns u.a. an dem



mit dem UKE wissenschaftlich entwickelten internationalen "Integrativen Modell der Patientenzentrierung".

Auch Impulse aus der Arbeitsgruppe sowie die Auswertung der kontinuierlichen Patientenbefragung und das Lob- und Beschwerdemanagement des UKE bereichern unsere Arbeit.

Zur Identifizierung mit dem Forum Patientenorientierung und für eine einheitliche Präsentation wurde ein Label geschaffen, welches für spezielle Projekte der Patientenorientierung eingesetzt wird.

Im Jahr 2015 wurde der "Best Practice" Wettbewerb eingeführt, bei dem UKE-Mitarbeiter Erfolgsbeispiele für Patientenorientierung und -sicherheit einreichen können. Ein Beispiel für eine prämierte Auszeichnung ist die Entlassberatung in der Neuroonkologie, in deren Rahmen Patienten mit neurologisch-malignen Erkrankungen und ihre Angehörigen

vor der Entlassung ein Beratungsgespräch angeboten wird. Hier fließen die individuellen Lebensumstände, wie beispielsweise die Wohnverhältnisse, mit ein.

Marie-Luise Müller:

Unser Projekt "Pflege von Menschen mit Schlaganfall in Deutschland und China" umfasst drei große Themenfelder: Das Pflegeprozessmodell, eine aktivierend-therapeutische Pflege und Interdisziplinarität.

Dazu passend gehören Lernprogramme mit vielen praktischen Konzepten.

Ein gelebtes Pflegeverständnis tut gut – trauen Sie sich mitzumachen!



Feedback-Berichte

Um die durchgeführten Veranstaltungen bewerten und die Meinung der Teilnehmer wiedergeben zu können, wurden entsprechende Feedbackbögen zu den einzelnen Veranstaltungen vorbereitet. Den Auswertungen kann entnommen werden, inwieweit die Ziele der im Mai durchgeführten Veranstaltungen erreicht wurden.

Statistische Auswertungen.

Am 18. und 19. Mai 2019 wurden keine Feedbackbögen eingesetzt.

20. Mai 2019.

1 galt als beste, 5 als schlechteste Bewertung (Schulnoten).

Fragen	Bewertung
Hat Ihnen die Veranstaltung Erkenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem und das Pflegeverständnis gebracht?	1 - 6x 2 - 4x
Konnten Sie anhand der Fragen Erkenntnisse über das deutsche Pflegeverständnis gewinnen?	1 - 7x 2 - 1x 3 - 2x

Wie bewerten Sie die Vortragsstile der Referenten/Moderatoren?

Marie-Luise Müller	1 - 10x
Sabine Girts	1 - 9x
Dr. Almant Catrona Cabill	2 - 1x 1 - 5x
Dr. Almut Satrapa-Schill	2 - 3x
Gabriele Breloer-Simon	1 - 6x 2 - 3x
Dr. h.c. Christo Machtemes	1 - 7x 2 - 3x
Daniel Centgraf	1 - 7x 2 - 3x
Barbara Napp	1 - 10x

	1 - 5x
Konnten Sie Erkenntnisse über den Unterschied zum chinesischen Pflegeverständnis gewin-	2 - 4x
nen?	
	3 - 1x 1 - 4x
Konnten Sie in der Bearbeitung anhand der Fragen in den Arbeitsgruppen Erkenntnisse über	2 - 4x
die kulturellen Unterschiede zum deutschen und chinesischen Pflegeverständnis gewinnen?	3 - 1x
	1 - 4x
Konnten Sie Gemeinsamkeiten feststellen?	2 - 4x
Romiten die Gemeinsamkeiten reststellen?	3 - 1x
	4 - 1x
Konnten Sie in den Bereichen aktivierende Pflege, Pflegewissenschaft und Management Er-	1 - 4x
kenntnisse über die Unterschiedlichkeit in China und Deutschland sammeln?	2 - 4x
Refinitions and the office schiled lichkett in China und Deutschiland Sammenn:	4 - 1x
	1 - 6x
Wie fanden Sie die Diskussion mit dem Teilnehmerkreis.	2 - 2x
We failue if the Diskussion fill delif Feiline interimenters.	3 - 1x
	4 - 1x
	1 - 5x
Waren die Vorab-Informationen ausreichend?	2 - 3x
water de volab-informationer austeichend:	3 - 1x
	4 - 1x
Wie het Ihnen des Erklömides gefollen?	1 - 9x
Wie hat Ihnen das Erklärvideo gefallen?	
Wie howerton Sie die Veransteltung insgesemt?	1 - 8x
Wie bewerten Sie die Veranstaltung insgesamt?	2 - 2x



Was hat Ihnen besonders gefallen?

- Gute Anwesenheit und hohe Effizienz und Leistung.
- Gute Organisation und sehr herzlicher Empfang
- Sehr hohe Effizienz und Leistungen in kurzer Zeit.
- Sehr erleichterte Austauschweise.
- Die Phasen der Besichtigungen des Museums und der Diskussionen. Außerdem die kulturellen und akademischen Kollisionen. Und der Extrakt der Stärke und die Ergänzung der Schwäche des anderen.
- Sehr offene und gute Atmosphäre des Meetings und umfassend angebotene Informationen sowie die Freundlichkeit und hohe Leidenschaft.
- Sehr gute Organisation und umfassende fachliche Informationen.
- Hohe Zufriedenheit vor allem mit dem Pflegeprozess und den Pflegeprozessmodellen in Deutschland.
- Die gute Organisation der Entlassung der Patienten mit Schlaganfall und das von der Regierung unterstützte gute Krankenversicherungssystem.
- Das gegenseitige Kennenlernen der Politik und des Gesetzes der bilateralen Krankenversicherungen. Die Besichtigung des Heims in Lübben und dort die menschliche Versorgung für die alten Menschen.

Sonstige Hinweise und Bemerkungen:

- Mehr Kommunikationen zwischen beiden Ländern werden benötigt.
- Mehr Diskussionen miteinander und Aufmerksamkeiten auf unsere DCGP.
- Auf Grund der geplanten Themen müssen die entsprechenden, ausgezeichneten Experten eingeladen werden.
- Die Arbeitssituation der Pflegefachkraft und -Hilfe und die Arbeitsweise in Deutschland mehr kennenlernen.
- Mehr beidseitige Kommunikationen zwischen den Delegationen und Krankenschwester. Und es wäre besser, wenn mehr fachliche Weiter -und Fortbildungen zur Verfügung gestellt würden.
- Zusammenhalt bei der Realisierung des gemeinsamen Pflegeverständnisses.
- Die organisierten Themen sind inhaltlich zu umfangreich und der Vorschlag ist, dass ein Thema begrenzt werden muss und inhaltlich nicht viel zu viel aufgegriffen wird.
- Die Umsetzung der Theorie in die Praxis und die Weiterbildung der pflegerischen fachlichen und wissenschaftlichen Personen sowie die Fachqualifikationen in dem Bereich der Hauspflege stärken.
- Teilen des Standards des Entlassungssystems in Deutschland und das Kommunikationsmodell zwischen den verschiedenen Einrichtungen, wenn ein Patient entlassen wird.
- Über die Prävention für die Krankheit Schlaganfall muss mehr diskutiert und gegenseitig gelernt werden. Und aufgrund der Theorie der TCM "Die Priorität der Vorbeugung einer Krankheit" ist die Senkung der Rate des Schlaganfalls wichtiger.



21. Mai 2019.

1 galt als beste, 5 als schlechteste Bewertung (Schulnoten).

Fragen (21.05.)	Bewertung
Haben Sie in der Diskussion Klarheit über die Unterschiede und Gemeinsamkeit in der abgestuften Versorgungskette gewonnen?	1 - 2x 2 - 2x 3 - 1x
Wurden Ihre Kenntnisse über das deutsche Pflegeverständnis in den verschiedenen Versorgungsbereichen vertieft?	1 - 3x 2 - 1x 4 - 1x
Ziehen Sie Erkenntnisse aus dem Prozess in den unterschiedlichen Pflegesettings für die unterschiedlichen Genesungs- und Versorgungsphasen?	2 – 5 x
Wurden Unterschiede in der Interdisziplinarität in China und Deutschland sichtbar?	1 - 4x 2 - 1x
Können Sie Erkenntnisse zum kulturellen Unterschied im Pflegeverständnis gewinnen?	1 - 2x 2 - 2x 3 - 1x
Wie fanden Sie die Diskussion mit dem Teilnehmerkreis?	1 - 1x 2 - 1x 3 - 1x 4 - 1x
Wie waren die Rahmenbedingungen der Veranstaltung?	1 - 2x 2 - 1x 3 - 1x 4 - 1x
Wie bewerten Sie die Veranstaltung insgesamt?	1 - 3x 2 - 1x 3 - 1x

Was hat Ihnen besonders gefallen?

- Inhalte der Vorträge insbesondere Ergebnisse des Workshops. Darstellung des Pflegeprozess zwischen Deutschland und China.
- Hohe Fachkompetenz, nette Moderation.

Welche Inhalte möchten Sie vertiefen?

- Kulturelle Unterschiede im Pflegeverständnis.
- Kulturelle bzw. Mentalitätsunterschiede (Persönliches Interesse).
- Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit.

Sonstige Hinweise und Bemerkungen.

- Es war mir noch nicht klar, wie sich die Krankenpflege im häuslichen Umfeld unterscheidet.
- Bekanntmachung des Veranstaltungsraums.
- Rahmenbedingungen für Dolmetscher verbessern.

Im Juli 2019 wurde die chinesische Delegation im Nachgang schriftlich um Ihre Rückmeldungen gebeten. Diese sind auf den beiden nachfolgenden Seiten aufgeführt.

Feedback von Yuehua Xiong



1. Pflegeverständnis

Das 6-stufige Pflegeprozessmodell der deutschen Pflege entspricht den körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnissen des Patienten. Die sechs Phasen des Standard-Pflegeprozessmodells umfassen das Sammeln von Informationen, die Pflegediagnose, die Festlegung von Pflegezielen, die Planung von Pflegemaßnahmen, die Durchführung von Pflegemaßnahmen und die Beurteilung der Wirkungen. Diese sechs Phasen sind nicht unabhängig voneinander, sondern miteinander verflochten. Entsprechend gliedert sich das in unserer Klinik implementierte Pflegeprogramm in fünf Stufen: Assessment, Fragestellung von Pflegeproblemen, Festlegung von Pflegezielen, Erarbeitung von Pflegeplänen, Umsetzung von Pflegemaßnahmen und Evaluation. Durch kontinuierliche Pflege soll der Zweck der Behandlung von Krankheiten und der Förderung der Gesundheit erreicht werden. Die Leitphilosophie der deutschen Krankenpflege ist "fest auf den Patienten ausgerichtet". Auch in unserer Pflegeversorgung wird der Schwerpunkt auf "patientenorientiert" gelegt. In der deutschen Pflege wird die patientenzentrierte Pflege umgesetzt, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken zwischen Krankenpflege, Ärzten, Physiotherapeuten, Ernährungsberatern, Geistlichen, psychologischen Beratern, Sozialarbeitern, Akademikern, Qualitätsmanagern, Unternehmen (Krankenhäuser), Gewerkschaften, Vorgesetzten usw. Je nach der tatsächlichen Situation des Patienten werden unterschiedlich zusammengesetzte Arbeitsgruppen eingerichtet, um den Behandlungsplan und die Durchführung gemeinsam festzulegen. Unsere Teamarbeit in China besteht hingegen hauptsächlich nur in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenschwestern.

Die Durchführungsstrategien der deutschen Pflege auf Basis von Grundpflege und Behandlungspflege sind zuerst die aktivierend-therapeutische Pflege, die Festlegung der klaren Pflegeziele und Umsetzung ermutigender Ansätze wie Anleitung, Beratung, Begleitung sowie systematischer Schulung, um das Vertrauen der Patienten zu stärken und schrittweise ihre Abhängigkeit zu reduzieren. Ein solches Unterstützungssystem kann Patienten ermutigen und Patientencompliance verbessern. Zugleich sollten die Familienmitglieder aufgerufen werden, so früh wie möglich daran teilzunehmen, so dass Familienmitglieder zu Experten in der Pflege und zu wichtigen Unterstützern im Leben von Patienten werden. In China liegt der Schwerpunkt der pflegerischen Arbeit auf der Versorgung der Patienten und der Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung, wobei der Schwerpunkt auf Hilfestellungen und die Erfüllung der Patientenbedürfnisse liegt.

2. Ausbildung in der Pflege

Die deutsche pflegerische Berufsausbildung folgt dem dualen Berufsausbildungsmodell, das sich in 2.100 Stunden theoretisches Lernen und 2.500 Stunden praktisches Lernen (d.h. betriebspraktisches Lernen) aufteilt und in drei Jahren abgeschlossen wird. Jede Auszubildende hat ihren eigenen Praxisanleiter, und dieser Praxisanleiter begleitet die Schüler für drei Jahre, damit sie ihre Ausbildung erfolgreich und rechtzeitig abschließen können. Die Anleitung des praktischen Mentors teilt sich in sechs Module: Sammeln von Schülerinformationen (Bewertung), Formulierung von Lernplänen, Festlegung spezifischer Maßnahmen zur Durchführung eines Plans, Umsetzung dieser Maßnahmen, Überwachung und Kontrolle sowie Bewertung der Lerneffekte. Am Ende der dreijährigen Ausbildung müssen die Schüler einen 4-stündigen theoretischen schriftlichen Test, eine 4-stündige praktische Prüfung und einen 30-minutigen mündlichen Test (spezifische Fallanalyse) absolvieren. Wenn sie den Test bestehen, können sie das Zertifikat "Gesundheits-und Krankenpfleger" erhalten. Mit dem Zertifikat sind sie eine examinierte Krankenschwester.

Bei der chinesischen Berufsausbildung in der Pflege können die Schüler in der Regel nach dem Abschluss in der Junior High School oder in der High School direkt mit der pflegerischen Ausbildung anfangen. Bei dem letzten



Lernjahr müssen sie in verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses Praxiseinsätze machen. Nach der Beendigung des Praktikums müssen sie die Abschlussprüfung in der Schule ablegen. Nach Bestehen der Prüfung bekommen sie ein Abschlusszertifikat, um sich damit für eine Stelle als Krankenpfleger zu bewerben (Arbeitssuche) oder zusätzlich (?) die nationale einheitliche Prüfung zum Krankenpfleger abzulegen. Nachdem Sie ein Zertifikat für Gesundheits- und Krankheitspfleger erhalten haben, dürfen sie als Pflegefachpersonal in einem Krankenhaus arbeiten. In unserem Krankenhaus besuchen die frisch examinierten Krankenpfleger klinische Abteilungen und nehmen an der standardisierten vom Krankenhaus organisierten Schulung und der Eins-zu-Eins-Unterweisung der Abteilung teil. Sie können in der Regel zwischen drei Monaten und sechs Monaten einen Leistungstest zur Unabhängigkeit bei der Arbeit beantragen. Nach dem Leistungstest dürfen sie selbstständig arbeiten.

3. Digitalisierung in der deutschen Pflege

Ich hatte wenig Ahnung bezogen auf die Digitalisierung der Pflege in Deutschland. Erst bei der Besichtigung der Stroke Unit der Charite habe ich erfahren, dass mit BAss (elektronisches System zur Patienteninformation) gearbeitet wird, und das Pflegepersonal die Aufzeichnung der Patienteninformationen über Computer elektronisch verarbeitet. Die Pflegediagnose wird durch eine umfassende Analyse erstellt, und der Pflegestandard wird gemäß der Pflegediagnose angepasst, wie z. B. ENP, internationales NANDA-System (in der Vorlesung gelernt). Jeder Patient hat ein netzverbundendes Display am Bett. Auf dem Display werden Informationen wie die Vitalfunktionen der Patienten, die Bilanzierung, der Zustand des Stuhlgangs und Urins und die Medikation angezeigt. Das Pflegepersonal gibt einen Zugangsnamen und ein Passwort ein, um dann die durchgeführte Versorgung der Patienten sowie die ärztlichen Anordnungen aufzeichnen zu können.

Feedback von Yu Liu



Bei dieser Reise nach Berlin habe ich andere "Ernten" und "Gefühle" im Vergleich mit den letzten beiden Besuchen in Deutschland. Durch mehrtägige unterschiedliche Kommunikations- und Studienformen, wie den Besuch des größten Krankenhauses Charité in Deutschland und eines Seniorenheims sowie durch die Teilnahme an drei Workshops in Teams und durch Erfahrungsaustausch, haben wir etwas über die deutsche Ausbildung in der Pflege, Pflegeprozess, Rentenmodelle, Rentenversicherungssysteme usw. gelernt. Es lohnt sich zu lernen, wie das Versorgungskonzept für Schlaganfall und dementsprechend das ganze Versorgungssystem sowie die aktivierend-therapeutische Pflege bei der Durchführung des Pflegeprozesses und das Stimulieren der Selbstständigkeit der Patienten funktioniert.

Ich bin dem Bundesgesundheitsministerium für die Einrichtung einer Plattform zur Förderung des Austauschs deutscher und chinesischer Pflegeexperten sehr dankbar, die die Integration und den Austausch der Entwicklung der Pflegedisziplinen in beiden Ländern maßgeblich vorangetrieben hat. Ein besonderer Dank gilt der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Pflege für die sorgfältige Vorbereitung und sorgfältige Organisation unseres Besuchs in Berlin. Sie hat mit wichtigen Beiträgen und mit viel Mühe zum Austausch beigetragen. Vor allem möchte ich mich bei Frau Müller, als eine internationale Freundin, für das langfristige Engagement für den Kultur- und Pflegeaustausch in beiden Ländern herzlich danken. Ihr selbstloser Einsatz und die Liebe zum chinesischen Pflegeberuf haben wir außerordentlich bewundert und hat uns tief bewegt.

Folgendes haben wir nach der Rückkehr ins Heimatland China immer wieder überdacht: Die Grundversorgung der Patienten ist die Grundlage für die Vertiefung der speziellen Pflege, Verfeinerung, Einarbeitung, Zusammenfassung, Standardisierung, Prozessabläufe und Prozessmanagement. Grundpflege ist Einsatz der Theorie der Pflege und Sublimation in der Praxis. Sie muss in Kliniken umgesetzt werden, um besser dem Patienten zu dienen.



Feedback von Yaping Feng



Unvergesslich war die Reise nach Berlin, die über umfangreiche Inhalte und vielfältige Formen in einem kompakten Zeitplan informiert hat. Wir haben zuerst die Station Stroke Unit der Charité und das Seniorenheim in Lübben besichtigt. Dann haben wir auch am Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin teilgenommen. In diesen Tagen des Studiums und der Diskussion haben wir uns nicht nur über das Bildungssystem in Deutschland informiert, sondern auch erfahren, wie wir im Kontext unseres bestehenden standardisierten Trainingssystems der Pflege eine bessere Lehrumgebung schaffen und wie wir die Lehrmethoden und Bildungsqualität verbessern können, um Krankenschwestern mit hoher Fachkompetenz auszubilden.

Nach einigen Tagen der Besichtigung und Diskussion lernten wir auch den Pflegeprozess, die Rentenmodelle, das Rentenversicherungssystem usw. in Deutschland kennen. Insbesondere auch das Konzept der Schlaganfallversorgung und das gesamte Versorgungssystem sowie das Konzept der Stimulierung der Selbstständigkeit der Patienten Es lohnt sich daraus zu lernen und voranzukommen. Das Engagement von Frau Müller, Präsidentin der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Pflege, für die Pflegebranche haben wir außerordentlich bewundert und sie zu einem Vorbild für uns gemacht.

Nachdem wir nach China zurückgekehrt sind, verstärken wir zuerst die Erfolge und Fortschritte unserer Pflegeausbildung in China. Außerdem wollen wir aus den Erfahrungen, Lehrmethoden und Lehrkonzepten der deutschen Krankenpflegeausbildung lernen. Wir wollen voneinander lernen, um die Qualität und das Niveau der fachspezifischen Ausbildung in der Pflege weiter zu verbessern. Man geht davon aus, dass das dreijährige deutschchinesische Projekt zur Förderung der Krankenpflege uns definitiv mehr Sublimation in Bezug auf die Pflegekonzepte bringen und die Qualität der Pflege verbessern wird. Ich bin bereit, unermüdliche Anstrengungen zu unternehmen, um dazu beizutragen.

Abschließend möchte ich mich beim Bundesgesundheitsministerium für die Einrichtung der Plattform zur Förderung des Austauschs deutscher und chinesischer Pflegeexperten und bei der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Pflege für die sorgfältige Vorbereitung und die sorgfältige Organisation dieses Workshops bedanken.



Weitere Projektergebnisse

Das Erklärvideo "Pflegeverständnis in Deutschland" wurde seit dem 29. Mai 2019 in den sozialen Medien in Deutschland bei YouTube eingestellt und bisher 183 Mal abgerufen. In China wurde er über YOUKU verbreitet und 30 Mal angesehen.

Stand: 7. Oktober 2019

Begleitend wurde folgender Pressetext am 6. Juni 2019 auf der Internetseite der DCGP veröffentlicht und über einen zielgruppenorientierten Verteiler verbreitet.

Wissensaustausch zur Pflege von Schlaganfallpatienten in Deutschland und China angelaufen. Die Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Pflege e.V. (DCGP) startet mit einem Erklärvideo zum "Deutschen Pflegeverständnis"

Die DCGP ist

- inspiriert durch jahrelange vielseitige chinesische Kontakte,
- motiviert durch ein großes Pflege-Bildungsinteresse von chinesischen Pflegekräften, Bildungsträgern und Gesundheitseinrichtungen sowie
- von der Idee geprägt, ein Medium zu nutzen, das kurz, prägnant, schnell, aussage- und ausbaufähig eine erste Botschaft verbreitet und
- berücksichtigt, dass die richtige pflegerische Versorgung ein großer Wunsch des Pflegemanagements chinesischer Kliniken ist.

Im Rahmen eines ersten Informations-Dialogs mit den chinesischen Pflegekollegen und Pflegekolleginnen hat die DCGP die Weiterentwicklung der Pflege-Professionalisierung beider Länder in den Fokus genommen.

9 hochrangige Experten aus dem chinesischen Gesundheitswesen waren eigens angereist, um sich mit deutschen Pflegexperten zu gemeinsamen Fragenstellungen auszutauschen. Vom 18. bis zum 22. Mai wurden in Berlin drei große Themenbereiche diskutiert: Pflegeprozessmodel, aktivierend-therapeutische Pflege und Interdisziplinarität. Alle Teilnehmer waren begeistert von der Informationsvielfalt und dem konstruktiven Gedankenaustausch.

Am Beispiel "Pflege von Schlaganfall-Patienten in Deutschland und China" bietet das erste Erklär-Video der DCGP eine Diskussionsgrundlage zum gegenseitigen Austausch auf Augenhöhe. Auf der Homepage der DCGP unter https://www.dc-gpflege.de wird das Video einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die DCGP möchte in den kommenden Jahren Schritt für Schritt gemeinsam ein deutsch-chinesisches Lernprogramm entwickeln, das nicht nur chinesische Pflegekräfte auf ihr künftig mögliches Arbeiten vor allem außerhalb von Kliniken vorbereitet sondern das auch deutsche Pflegefachpersonen von der chinesischen Pflege profitieren.

Unterschiedliche Fragestellungen, Meinungen und Auffassungen wurden ausgetauscht, unterstützt durch engagierte Pflege-Experten und durch chinesische Pflegekräfte, die in Deutschland tätig sind.

Bis kommenden Herbst werden Rückmeldungen zu den definierten Phänomenen erwartet, die bei Schlaganfall-Patienten aus chinesischer Sicht relevant sind.

Im Frühjahr 2020 will die DCGP ein abgestimmtes Schulungs- und Trainings-Programm in China auf der Basis der gefundenen Gemeinsamkeiten starten.

Das Projekt "Pflege von Menschen mit Schlaganfall in Deutschland und China. Auf dem Weg zu einem gemeinsamen Pflegeverständnis" ist ein gefördertes Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit.



Ausblick

Die zweite Projektphase liefert mit den zahlreichen Aktivitäten enormes Wissensmaterial, um die anstehenden Aufgaben und die Konkretisierung der Pflegebedarfe bei Menschen mit Schlaganfall zu erfassen.

Für die Experten in beiden Ländern sind die Ergebnisse aus den verschiedenen Aktivitäten, Begegnungen und Diskussionsrunden zu einem Theorie-Praxis-Trainingsprogramm zusammen zu bringen. Die hierfür erforderlichen Bildungseinheiten, wie das Pflegeprozessmodell, die aktivierend-therapeutische Pflege und die interdisziplinäre Zusammenarbeit sind zu Leitlinien ähnlichen Verschriftungen zu entwickeln und unseren chinesischen Kolleginnen zur Verfügung zu stellen. Die Vorbereitung für die anstehende chinesische Trainingswoche im März 2020 wird von deutscher Seite in enger Ab- und Zustimmung mit den chinesischen Experten derzeit ausgearbeitet.

Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse sind weitere Verschriftungen zur Vertiefung des neuen Wissens erforderlich. Die Feststellungen aus der anspruchsvollen chinesischen Trainingswoche mit zehn Pflegeexperten aus Deutschland werden dazu beitragen die Grundlagenarbeit für eine gute pflegerische Versorgung von Schlaganfallpatienten in beiden Ländern zu erreichen.

Um die Effekte der Aktivitäten der ersten beiden Projektphasen nachvollziehbar bewerten zu können, wird in der dritten Phase die daraus erfolgte Qualitätsverbesserung des Handelns anhand eines Evaluierungskonzepts überprüft. Die Ergebnisse werden für die Weiterentwicklung nutzbar gemacht.



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erläuterung zu Time is brain: Beim Schlaganfall zählt jede Sekunde	7
Abbildung 2: Zeichnung von Beate Lüdke	9
Abbildung 3: Gruppenfoto Lübben	
Abbildung 4: Deutsch-chinesischer Workshop	
Abbildung 5: Austausch im Bundesgesundheitsministerium	11
Abbildung 6: Berliner Medizinhistorisches Museum Charité	11
Abbildung 7: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit: Treffpunkt Pflege	12
Abbildung 8: Gesundheitsfonds in Deutschland	13
Abbildung 9: Pflegeversicherung in Deutschland	14
Abbildung 10: Pflegeprozess nach Fiechter und Meier	15
Abbildung 11: Leitbild zur Patientenorientierung im UKE	18
Abbildung 12: Deutsch-chinesischer Workshop	



Teilnehmerverzeichnis

Anlage 8



Autorenverzeichnis

Gabriele Breloer-Simon

Daniel Centgraf, M.Sc.

Biao Cheng, Bachelor of Medicine, Qilu Medical University, Shandong, VR China

Sabine Girts, MBA

Beate Lüdke, Diplom Pflegewirtin und Edmund Brzezinski, Psychotherapeutischer Heilpraktiker

Marie-Luise Müller

Barbara Napp, MBA

Dr. Almut Satrapa-Schill

Liane Villain, Diplom Pflegewirtin

Ulrich von Rekowski, MBA

Dr. Pia Wieteck und Stephanie Hausherr



Projektorganisation: Steuerungs-, Projekt- und Expertengruppen

Name	Funktion	Institution
Marie-Luise Müller	Vorsitzende	DCGP
Dr. h.c. Ramona Schumacher	Stellvertretende Vorsitzende	DCGP
Sabine Girts, MBA	Stellvertretende Vorsitzende	DCGP
Dr. Almut Satrapa-Schill	Vorstandsmitglied	DCGP
Gabriele Breloer-Simon	Ständiger Gast im Vorstand	DCGP

Projektgruppe

Name	Funktion	Institution / Ort
Sabine Girts, MBA	Projektleiterin	DCGP
Ulrich von Rekowski, MBA	Projektmitarbeiter	DCGP
Biao Cheng, B. Medicine	Projektmitarbeiterin	DCGP
Yuelei Hu	Dolmetscher/Sinolog.	Bonn
Xun Li	China Beauftragter	DCGP

Expertengruppe in Deutschland

Name	Funktion	Institution / Ort
Christine Vogler	Vizepräsidentin	Deutscher Pflegerat, Berlin
Dr. Pia Wieteck	Pflegewissenschaftlerin	Baar-Ebenhausen
Daniel Centgraf, M.Sc.	Pflegerische Leitung	Albertinen Haus/Albertinen Krankenhaus, Hamburg
Qiumei Jiang-Siebert	Mitglied	DCGP
Barbara Napp, MBA	Stellv. Pflegedirektor	UKE-Herz- u. Gefäßzentr., Hamburg
Helena Dyck	Gesundheits- und Krankenpflegerin	RKU - Univers u. Rehaklinik Ulm
Dr. h.c. Christo Machtemes	Mitglied	DCGP

Expertengruppe in China

Name	Funktion	Institution / Ort
Quniang Jiang	Supervisor	Krankenhaus der Universität, Hangzhou
Yaping Feng	Vice Direktor	Krankenhaus der Universität, Hangzhou
Juhe Li	Generaldirektor	Innovation Association Medical, Nanjing
Xiarong Huo	Präsidentin	Jinagsu Nursing Association, Nanjing
Mingming Fang	Direktor Klinik u. Krankenpflege- schule	Jinagsu Health Vocation College, Nanjing
Danxing Wu		Ministerium f. zivile Angelegenh., Peking
Liu Yu	Vice Direktorin	Tongji Hospital Wuhan
Sufang Huang	Supervisor	Tongji Hospital Wuhan
Yuehna Xiong	Pflegedienstleitung	Kinderkrankenhaus Wuhan



Glossar

Aktivierende Pflege.

Aktivierende Pflege ist als ein alltägliches Pflegehandeln zu verstehen, das die Selbstständigkeit und Autonomie des Menschen respektiert und im Bedarfsfall kontinuierlich fördert. Diese Form der "Hilfe zur Selbsthilfe" soll Menschen, die Pflege bedürfen, mehr Selbstbewusstsein vermitteln und aufzeigen wie sie den Alltag noch allein oder unter Beaufsichtigung beziehungsweise Anleitung oder Unterstützung bewältigen können.

Aktivierende Pflege hilft Pflegebedürftigen individuell, kultursensibel und ganzheitlich vorhandene Fähigkeiten zur Selbstversorgung zu erhalten und solche, die beispielsweise durch das Alter, Behinderung oder Krankheit verloren gegangen sind, zu reaktivieren. Die hierfür notwendigen pflegefachlichen Kenntnisse sind Grundlage einer professionellen *Pflegefachlichkeit*.

AOK.

Unter dem Namen AOK (Allgemeine Ortskrankenkassen) bestehen derzeit elf rechtlich selbständige Krankenkassen, bei denen mehr als 26,3 Millionen Menschen, also mehr als ein Drittel der deutschen Bevölkerung, versichert sind. Die AOKs treten unter der Marke "AOK - Die Gesundheitskasse" mit einheitlichem Erscheinungsbild auf. Jede AOK ist sowohl Krankenkasse als auch Landesverband im Sinne des SGB V.

https://www.aok-bv.de/

PDCA (Plan – Do – Check – Act).

Die Anamnese erfolgt durch Einsatz von Assessments. Die Zielvereinbarungen und der Zeitplan finden gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen statt. Die Bedeutung des PDCA-Zyklus im Kontext der pflegerischen Versorgung von Schlaganfallpatienten ist stichwortartig nachfolgend aufgeführt.

Do:

Das Handeln geschieht aufgrund der geplanten Maßnahmen anhand von Standards und Leitlinien.

Check:

Die Überprüfung wird anhand der Verlaufsdokumentation unter Einbeziehung von messbaren Instrumenten, wie beispielsweis FIM (Functional Independence Measure), durchgeführt. Die darauf basierende Fallbesprechung findet mit allen Beteiligten statt.

Act:

Neue Aktivitäten werden gemeinsam im therapeutischen Team mit allen Beteiligten festgelegt.

Basale Aktivierung – Basale Stimulation. Definition:

Der Begriff "Basale Aktivierung" beschreibt ein Konzept, das schwerstpflegebedürftigen Menschen mit Wahrnehmungsverlusten den Kontakt mit ihrer Umwelt ermöglichen soll. Zumeist verbleiben selbst bei schweren Hirnschädigungen eine ganze Reihe von Sinnen, mittels derer ein schwer betroffener Patient erreicht werden kann. Diese sind:

- Vibratorische Reize, also die Wahrnehmung von Schwingungen. Diese k\u00f6nnen etwa mittels eines Massageger\u00e4tes, einer elektrischen Zahnb\u00fcrste oder eines Rasierapparates erzeugt werden.
- Vestibuläre Reize, also Wahrnehmungen durch Lageveränderungen. Dazu zählen Sinneseindrücke, die durch die Schwerkraft, das Gleichgewicht oder Beschleunigung verursacht werden.
- Somatische Reize, also Berührungswahrnehmungen. Dafür wird das größte Sinnesorgan des Menschen, die Haut stimuliert. Die Möglichkeiten reichen vom Halten der Hand bis zu Berührungen, Massagen oder Ganzkörperwaschungen.
- Olfaktorische Reize, also Wahrnehmungen von Geruch. Diese Reize können durch Duftstoffe wie Parfüms oder Duftöle angesprochen werden.
- Orale Reize, also Wahrnehmungen durch Nahrungsmittel, aber auch durch Genussstoffe und Pflegemittel für den Mundraum.
- Auditive Reize, also Wahrnehmungen durch Geräusche oder Stimmen. Wirksam sind hier bekannte Klänge wie Lieblingsmusik, Stimmen von Angehörigen oder Naturaufnahmen wie etwa Vogelgesang.



- Taktile Reize, also Wahrnehmungen durch das Ertasten von Gegenständen. Genutzt werden dafür zumeist Gegenstände, deren Formen dem Patienten bekannt sind, da er diese in der Vergangenheit häufig verwendet hat, wie etwa Haushaltsgeräte, Gegenstände aus dem Berufsleben oder Körperpflegeutensilien.
- Visuelle Reize, also optische Wahrnehmungen.
 Dafür können etwa Fotos der Familie oder Fotos, die mit der Vita des Patienten in Verbindung stehen, genutzt werden. Reizauslösend ist aber auch das Wechselspiel aus Dunkelheit und Licht im Laufe des Tag-Nacht-Rhythmus.

Die im Verlauf der "basalen Aktivierung" vermittelten Reize sollen eindeutig und einfach sein. Patienten mit Wahrnehmungseinschränkungen sollten nicht von zwei oder mehr Personen gleichzeitig angesprochen werden. Eine zweite Person darf zwar anwesend sein, etwa um zu assistieren oder die Beobachtungen zu dokumentieren, sollte sich aber im Hintergrund halten.

Die Rehabilitation wird noch im Akutkrankenhaus vom Sozialdienst mit dem Patienten bzw. mit den Angehörigen beantragt. Oft werden die Patienten in die Reha-Einrichtung direkt verlegt.

Die Rehabilitation findet in der Reha-Klinik stationär statt. Diese dauert drei Wochen. Sollten die behandelnden Ärzte zum Ende dieser Zeit weiteren Bedarf sehen, kann die Maßnahme auf Antrag verlängert werden.

Für ältere Schlaganfall-Patienten kommen grundsätzlich zwei medizinische Fachrichtungen in Frage, die neurologische und die geriatrische Rehabilitation. Neurologen werden in aller Regel die Rehabilitation in einer neurologischen Fachklinik empfehlen.

Für Patienten mit bestimmten Vorerkrankungen bzw. einem allgemein schlechten Gesundheitszustand kann eine geriatrische Rehabilitation ratsam sein.

Das Ziel der Rehabilitation ist es, verlorengegangene Funktionen so weit wie möglich wiederherzustellen oder – wo das nicht möglich erscheint – mit dem Patienten Kompensationsstrategien einzuüben.

Die Ziele sollten sich jedoch immer am Lebensalltag des Patienten orientieren, d.h. er soll so gut es geht in sein gewohntes Leben zurückkehren können.

Bobath-Konzept.

Das Bobath-Konzept ist ein weltweit in allen therapeutischen und pflegerischen Bereichen erfolgreich angewandtes Konzept zur Rehabilitation von Menschen mit Erkrankungen des ZNS, die mit Bewegungsstörungen, Lähmungserscheinungen und Spastik einhergehen.

Das Konzept ist ein multidisziplinärer rehabilitativer Ansatz in Therapie und Pflege von Patienten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Es wurde ab 1943 von der Physiotherapeutin Berta Bobath und ihrem Ehemann, dem Neurologen und Kinderarzt Karel Bobath, entwickelt.

Die Kernprobleme bei der Arbeit nach dem Bobath-Konzept sind die zentral bedingte teilweise oder vollständige Lähmung (Parese bzw. Plegie) eines Körperabschnittes, Haltungs-, Gleichgewichts- und Bewegungsstörungen, unkontrolliert erniedrigte Muskelspannung (Hypotonus, schlaffe Lähmung) bzw. unkontrolliert erhöhte Muskelspannung (Hypertonus, Spastik) sowie die Störungen der Körperselbstwahrnehmung (Propriozeption).

Das Bobath-Konzept strebt einen Lernprozess des Patienten an, um mit ihm die Kontrolle über die Muskelspannung (Muskeltonus) und Bewegungsfunktionen wieder zu erarbeiten. Die Arbeitsprinzipien des Bobath-Konzeptes sind Regulation des Muskeltonus und Anbahnung physiologischer Bewegungsabläufe. Alle Lernangebote, die sich an den Patienten richten, werden nach diesen beiden Prinzipien gestaltet und vom Erfolg her beurteilt.

Die "Methoden" des Bobath-Konzeptes sind Lernangebote, die dem Patienten nach einem individuellen Befund von Problemen, Ressourcen und Zielen wiederholt und gezielt entgegengebracht werden. Lernangebote sind insbesondere die Lagerung (Vermeidung bzw. Hemmung der Spastik), das Handling (Bewegungsanbahnung) und das Selbsthilfetraining (Anbahnung der Selbstpflegefähigkeit).

Schematisiertes Arbeiten mit stets gleichförmigen "Übungen" ist nicht im Sinne des Bobath- Konzeptes. Der Lernprozess nach dem Bobath-Konzept fin-



det nicht nur während zeitlich begrenzter Therapiesitzungen statt, sondern ist ständiger Bestandteil des gesamten Tagesablaufes. Alle an der Rehabilitation Beteiligten arbeiten eng zusammen. Patient, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpflege, Ärzte und Angehörige des Patienten orientieren sich rund um die Uhr an gemeinsamen berufsübergreifenden Arbeitsprinzipien.

Therapie und Pflege von hirngeschädigten Menschen nach dem Bobath-Konzept müssen so früh wie möglich beginnen, damit negative Entwicklungen wie Ausbildung von Spastik und Erlernen unphysiologischer bzw. unnötiger, kompensatorischer Bewegungsabläufe verhindert bzw. kontrolliert werden können. Hemiplegiepatienten, die im Akutkrankenhaus nach Bobath betreut wurden, haben bessere Erfolgsaussichten in der weiteren Rehabilitation. Das Bobath-Konzept involviert das gesamte therapeutische Team in ineinandergreifender Zusammenarbeit neben den Physio- und Ergotherapeuten insbesondere die Krankenpflege.

Ziel der Therapie ist es, verloren gegangene sensomotorische Funktionen, wie das Gehen oder das Anziehen von Kleidungsstücken, wieder anzubahnen

Eine Kompensation wird erst in einem späten Stadium der Rehabilitation in Betracht gezogen, wenn nicht mehr zu erwarten ist, dass die Funktion zurückerlangt werden kann. Die Behandlung soll in den täglichen Tagesablauf einbezogen werden.

Grund- und Behandlungspflege.

Grundpflege ist die Pflege in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie anderen Aspekten des täglichen Lebens.

Die **Behandlungspflege** umfasst ausschließlich medizinische Leistungen, die von Pflegefachkräften bei Patienten und Pflegebedürftigen durchgeführt werden.

Handlung nach einem Modell von Hacker und

Volpert: https://www.akademie-management.de/ser-vice/glossar/glossarordner-mit-h/handlungsregulationstheorie-hacker/volpert-

Kinästhetik.

Kinästhetik, die "Lehre von der Bewegungsempfindung", wurde erstmals Anfang der 1970er Jahre

vom Tänzer, Choreographen und Verhaltenskybernetiker Dr. Frank Hatch als kreatives Tanz-, Selbsterfahrungs-und Bewegungsprogramm an mehreren amerikanischen Universitäten unterrichtet. Kinästhetik-Kurse zielen darauf ab, die Bewegungsempfindung zu nutzen, um die eigenen Bewegungsfähigkeiten besser zu verstehen und zu erweitern.

Begriff:

Kinästhetik (Kinesia = Bewegung, Ästhetik = mit den Sinnen wahrgenommen, Schönheit, Harmonie).

Der Begriff Kinaesthetics kann mit "Kunst / Wissenschaft der Bewegungswahrnehmung" übersetzt werden.

Kinaesthetics beschäftigt sich hauptsächlich mit der Entwicklung der differenzierten und bewussten Wahrnehmung der eigenen Bewegung.

Die Entwicklung der eigenen Bewegungskompetenz, d.h. einem gesunden und flexiblen Einsatz der eigenen Bewegung in privaten und beruflichen Aktivitäten.

Die differenzierte Analyse menschlicher Aktivitäten mittels des erfahrungsbasierten Blickwinkels von Kinaesthetics.

Die Fähigkeit, die eigene Bewegung im Kontakt mit anderen Menschen so einzusetzen, dass diese in ihrer eigenen Bewegungskompetenz bzw. in ihrer Selbstwirksamkeit gezielt unterstützt werden.

Kinaesthetics nähert sich diesen Inhalten auf zwei Wegen. Einerseits stellt es Instrumente und Methoden zur Verfügung, um individuelle Erfahrungen einzuordnen und zu verstehen. Auf diese Weise fördert es die Achtsamkeit für die Qualitäten und Unterschiede der Bewegung in alltäglichen Aktivitäten. Andererseits ermöglicht Kinaesthetics die kognitive Auseinandersetzung mit theoretischen Grundlagen und wissenschaftlicher Forschung. Die Verbindung dieser beiden Herangehensweisen macht die Faszination und Innovation von Kinaesthetics aus.

Pflegebedürftigkeit.

Die Pflegebedürftigkeit ist in Deutschland im elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) definiert. Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die gesund-



heitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder von Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe Anderer bedürfen. Bei Pflegebedürftigkeit muss es sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die nach SGB XI anerkannte Pflegebedürftigkeit liegt dann vor, wenn sie für mindestens sechs Monate andauert und eine nach diesem Gesetzbuch festgelegte Schwere aufweist.

Pflegeprozess.

Der Pflegeprozess beschreibt die strukturierte und zielgerichtete Vorgehensweise von professionellen Pflegekräften bei der Versorgung eines pflegebedürftigen Patienten.

Der Sinn des Pflegeprozesses liegt darin, die pflegerische Versorgung durch professionelle Pflegekräfte bei einem Patienten zu vereinheitlichen. Ziel ist es, dass alle an der Patientenversorgung beteiligten Pflegekräfte nach einem festgelegten Plan arbeiten und dieselben Ziele verfolgen und nicht mehr jede Pflegekraft ihre individuellen Maßnahmen einbringt. Der Pflegeprozess ermöglicht demnach eine organisierte, ganzheitlich orientierte, bedarfsgerechte und individuelle Pflege.

In den Pflegeprozess fallen alle allgemeinen Schritte zur Vorbereitung, Durchführung und Evaluation. Darüber hinaus werden Handlungsabläufe und Maßnahmen festgelegt und definiert. Ein wesentlicher Bestandteil des Pflegeprozesses ist die Pflegeplanung.

In Deutschland ist das Sechs-Phasen-Modell am weitesten verbreitet. Es geht auf Fiechter und Meier zurück und besteht aus folgenden Schritten: - Informationssammlung - Erkennen von Problemen und Ressourcen - Festlegung der Ziele - Planung der Maßnahmen - Durchführung der Maßnahmen - Beurteilung der durchgeführten Pflege Ziel dieses Modells ist es, über einen induktiven Prozess einen individuellen Pflegeplan zu erarbeiten. Das Handeln im Sinne des Modells stellt hohe Anforderungen an die Pflegenden, da der Gegenstand der Pflege strukturiert wird. Notwendig sind analytische und kommunikative Fähigkeiten sowie soziale Kompetenz. Im Rahmen der Einführung ist es erforderlich, dass zuvor intensive theoretische Schulungen der

Pflegenden und eine kontinuierliche Prozessbegleitung in der Praxis durchgeführt werden, welche die Fähigkeiten und das Wissen der Pflegenden reflektieren, erweitern und fördern. Erst das Zusammenwirken dieser Kompetenzen und Fähigkeiten führt dazu, dass Pflegende in der Interaktion mit dem Pflegebedürftigen Pflegeprobleme benennen und beschreiben können.

Snoezelen.

Ein multifunktionales Konzept aus den Niederlanden, das Sinnesempfindungen auslöst. Es kann sowohl therapeutisch als auch zur Förderung von Fähigkeiten verwendet werden.

Aus: http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/Snoezelen.php