Chris Care

MAGAZIN FÜR SPIRITUALITÄT UND GESUNDHEIT

4/202

Gent's work?

KOMPETENT

Hausarztpraxis der Zukunft: Was erwarten wir zukünftig in der Hausarztmedizin? S. 22

INSPIRIEREND

Sorgende Gemeinschaften sind ein Gottesgeschenk S. 4

PRAXISNAH

Wer pflegt in Zukunft? Der Roboter? Eine Pflegewissenschaftlerin blickt nach vorn S. 8



EINLEITUNG

3 Editorial & Gedanken zum Titelbild

ERFAHRUNG

6 Bei mir ist es so

Die Ergotherapeutin Konstanze Wetter über Beruf und Berufung

16 Physio, Ergo und Logo

Worte der Bibel inspirieren in unserem Berufsalltag

TITELTHEMA

7 Chancen & Risiken. Vom Ausgebildeten zum Akademiker

Vera Budilov über ihren Weg

8 Wer pflegt in Zukunft? Der Roboter? "Die Anerkennung dessen, was Pflege zu Gesundheit und Lebensqualität beiträgt, steht

noch immer aus", meint Annette Meussling-Sentpali

11 Jeder einzelne will gesehen werden

Andreas Rieck ermutigt, gemeinsam auf die Suche zu gehen, wie man es einander leichter machen kann

12 Die Buurtzorg-Familie

Cornelia Coenen-Marx ist von Erfahrungen in den Niederlanden begeistert

14 Pflegende Gemeinde – Heillose Überforderung oder realisierbare Idee?

Gemeinde ist mehr als eine spirituelle Gemeinschaft. Dazu der Professor für Sozialtheologie, Ralf Dziewas

18 Fort- und Weiterbildung – Nicht nur ein Instrument der Personalentwicklung

Die Dipl. Pflegewirtin Marion Meyer verrät, wie man Gestaltungsräume im Beruf entdecken kann

30 Smart Christian Medicine?

Haben christliche Kliniken eine besondere Verantwortung, Künstliche Intelligenz einzusetzen?

REPORTAGE

22 Hausarztpraxis der Zukunft

25 Jahre Erfahrung in der Hausarztpraxis: Wolfram Nagel erzählt

32 Bericht aus einem Patientengottesdienst

INTERVIEW

4 Sorgende Gemeinschaften sind ein Gottesgeschenk

Die Bischöfin der Evangelischen Kirche von Kurhessen Waldeck, Beate Hofmann im Gespräch

26 Lokal pflegen mit weltweitem Horizont

Bettina Frank ist für Mitarbeitende aus 25 Nationen verantwortlich

FÜR SIE GELESEN

- 33 Weiter Horizont: Sorgende Gemeinschaft
 - Ausstieg aus der Suchtspirale

NACHRICHTEN

- 34 Neuer Vorstand im ökumenischen Netzwerk Christen im Gesundheitswesen e.V.
 - Papst fordert Vielfalt
 - "GleichBeHandeln": Gesundheitliche Versorgung für Menschen ohne Papiere

PERSÖNLICH FÜR SIE

36 Persönlich für Sie

Georg Schiffner ermutigt Patientinnen und Patienten, Mitverantwortung im Gesundheitswesen zu übernehmen

Redaktionskreis: Friedhilde Bartels (Hamburg), Pflegedienstleitung i. R., Referentin und Autorin für Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie; Pastor Frank Fornaçon (Ahnatal), Redaktion ChrisCare; Bettina Gundlach (Aumühle), Ärztin im Sozialpsychiatrischen Dienst, Günther Gundlach (Aumühle), Geschäftsführer CiG; Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali, Professorin Pflegewissenschaft, OTH Regensburg; Andreas Rieck (Stuttgart), Referent im Bereich Weiterbildung und Spiritualität, Marienhospital Stuttgart; Dr. med. Georg Schiffner (Aumühle), Chefarzt Geriatriezentrum Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand, Hamburg, Vorsitzender CiG; Pastoralreferent Bruno Schrage (Köln), Dipl. Theologe, Dipl. Caritas-wissenschaftler, Referent für Caritaspastoral im Erzbistum Köln; Dr. phil. Hans-Arved Willberg Sozial- und Verhaltenswissenschaftler, Theologe, Philosoph und Pastoraltherapeut (Kalrsruhe), Dr. med. Monika Windsor (Augsburg), Anästhesistin, palliative care, Karlsruhe

EDITORIAL

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

"Im Alter werden meine Kinder für mich sorgen", ist noch immer die Hoffnung der künftigen Alten. Leitbild ist dabei die traditionelle Familie, in der eine nicht oder nur teilweise berufstätige Tochter oder Schwiegertochter die Pflege der alten Familienangehörigen übernimmt und das mit einer Hingabe, wie sie zum Beispiel für Kleinkinder gilt. Der Wunsch wird sich für viele künftig Pflegebedürftige nicht erfüllen. Zum einen wird über diese weitgehende Erwartungshaltung diskutiert, zum anderen gibt es die Kinder nicht mehr. Jedenfalls nicht mehr in ausreichender Zahl. Erstaunlich ist aber auch: Die verbleibenden jungen Leute können sich vorstellen, alte Angehörige pflegerisch zu versorgen. Der DAK-Pflegereport 2021 nährt die Hoffnung, dass die Solidarität der Generationen auch weitergelebt wird.

Trotzdem steigt der Bedarf an Pflegenden. Beim Deutschen Pflegetag war von 200.000 fehlenden Pflegekräften in Kliniken, Heimen und in der Ambulanten Pflege die Rede. In 10 Jahren werden es 500.000 sein. Bei anderen Gesundheitsberufen ist die Lage ähnlich.

Es wird also darauf ankommen, die privaten Sorgenetze zu stärken und um Mitarbeitende im Gesundheitswesen zu werben. In der Vergangenheit hatten die Kirchen eine große Bedeutung für die Gewinnung von motivierten Studierenden und Auszubildenden. Wir fragen, welche Möglichkeiten Kirchengemeinden heute noch haben.

Neben den fehlenden Berufsanfängerinnen und -anfängern verstärkt die hohe Zahl an Aussteigerinnen und Aussteigern das Problem. In unserer Redaktionskonferenz fragten wir uns, wie man angesichts wachsender Belastungen mit Freude im

Beruf bleiben kann. Ein ärztlicher Kollege meinte: "Es sind die besonderen Momente der Begegnung mit Patienten, die das Alltägliche tragbar machen." Das aktuelle Heft gibt Einblicke in die komplexe Diskussionslage.

Und auch beim 8. Christlichen Gesundheitskongress, dem wir als Redaktion stark verbunden sind, werden diese Themen zur Sprache kommen. Die digitale Form des Kongresses ermöglicht es vielen teilzunehmen, die sonst zu Hause bleiben mussten. Wir freuen uns, den Kongress gemeinsam mit Ihnen zu erleben.

Three Georg Schiffner und Annette Meussling-Sentpali

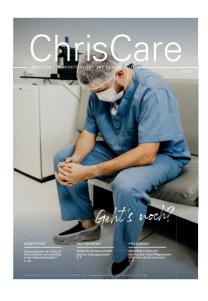


Dr. med. Georg Schiffner Chefarzt, Geriatriezentrum & Palliativbereich Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand, Hamburg, Vorsitzender Christen im Gesundheitswesen e.V.



Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali Professorin Pflegewissen- schaft, OTH Regensburg

GEDANKEN ZUM TITELBILD



Endlich Pause. Aber wie geht es weiter, wenn nichts mehr geht? Wenn man die Wahl hat zwischen der Versorgung der Patienten und der Einhaltung des Dienstplanes? Manchmal hilft tiefes Durchatmen. Aber nicht immer. Dann wachsen Bitterkeit, Groll und die Abwehr all der Ansprüche, die von außen an den Pflegenden oder die Ärztin herangetragen werden. Wie soll man einer Patientin freundlich begegnen, die ihre Gesundheit leichtfertig aufs Spiel gesetzt hat, durch ungesunde Ernährung oder die Weigerung, sich impfen zu lassen? Während die einen fröhlich auf ihre Selbstbestimmung setzen, müssen die anderen mit den Folgen zurecht kommen. Was wird wohl der nächste Schritt des Pflegers auf unserem Titelbild sein? Steht er auf, holt noch einmal tief Luft und geht, wenn es klingelt? Oder wendet er sich seinem Spind zu, zieht seine Freizeitkleidung an und verlässt seine Klinik? Während der Pandemie haben viele Pflegende ihren Beruf aufgegeben. Sie halten es nicht mehr aus. Es geht nicht mehr. Während ich so überlege, was wohl der nächste Schritte sein wird, fallen mir die gefalteten Hände auf. Ein Zeichen der Sammlung, oft der Sammlung beim Beten. Sucht der müde Mann Kraft im Gebet? *Frank Fornaçon*

Sorgende Gemeinschaften sind EIN GOTTESGESCHENK

ChrisCare: Frau Hofmann, bei Ihrer Einführung ins Bischofsamt haben Sie über das Sorgenetz gepredigt. Ausgehend von 1. Petrus 5, 7: "Alle eure Sorge werft auf ihn (Gott), denn er sorgt für euch." Was hat Sie für den Gedanken des Sorgenetzes gewonnen?

Zu meinem Abschied als Professorin in Bethel hat mir eine Freundin ein rotes Einkaufsnetz mit wohltuenden Tees und Schokolade geschenkt. Das rote Netz begleitet mich seitdem als Symbol für Vernetzung und Freundschaftsnetze, die mich halten, und es hat mich inspiriert zum Bild der Sorgenetze in meiner Einführungspredigt. Bei meiner Predigt habe ich gefragt, wie Gott für uns sorgt. "Er stellt uns in eine Gemeinschaft."

Und diese Gemeinschaft findet man in der Kirche? Auch in der Coronakrise?

Christliche Gemeinschaft, das ist für mich ein Sorgenetz, auch vor Ort. Dazu gehört, einen Ort zu haben zum Reden, mit Gott und anderen Menschen, einen Ort, wo ich Hilfe finde und eigene Gaben einbringen kann und mich mit anderen vernetzen kann. Deshalb wünsche ich mir, dass wir hier in Kurhessen-Waldeck Kirche als so einen Ort erleben und gestalten, der Halt gibt, gerade da, wo die Sorgenetze dünner werden und die Verunsicherung steigt." Die Coronapandemie hat Sorgenetze auf die Probe gestellt. Wir erleben auf ganz neue Weise, wie abhängig wir voneinander und von verantwortungsvollem Verhalten aller sind. Für einander sorgen, das bedeutet in diesen Tagen: sich verantwortlich verhalten und nicht

nur an die eigenen Bedürfnisse denken, sondern auch an die Folgen für andere. Das ist die eine Seite der Sorgenetze.

Ich will auch eine andere erzählen: Ich erlebte privat eine Situation großer Sorge: Mein 84-jähriger Vater hatte eine Tumoroperation, meine 86-jährige Mutter, deren Kurzzeitgedächtnis immer schwächer wird, war auf Unterstützung angewiesen. Ich lebe 400 km weit weg und musste plötzlich in Quarantäne. Dass das Sorgenetz trotzdem nicht gerissen ist, verdanke ich einer geflüchteten syrischen Familie, die von meinen Eltern mit Deutschunterricht und vielen praktischen Hilfen unterstützt wurden. Jetzt übernachtete der älteste Sohn der Familie bei meiner Mutter und der Vater brachte die Mutter in die Klinik, um meinen Vater zu besuchen.

Die Gegenseitigkeit von Hilfe geben und Hilfe nehmen, von (Für-)Sorge brauchen und sich um andere sorgen können, das erlebe ich so in meiner eigenen Familie. Jede und jeder ist ein roter Knoten im Sorgenetz und entscheidet mit darüber, ob es reißt oder hält.

Sie fordern einen Paradigmen- und Kulturwechsel in dem, wie wir Sorgenetze denken und gestalten.

Ich habe verstanden, dass zukunftsfähige Sorgenetze ein paar wichtige Voraussetzungen haben: Wir dürfen nicht nur über Sorgebedarfe und Versorgungsangebote nachdenken. Wir müssen über Beteiligungsmöglichkeiten nachdenken und immer auch nach Sorgepotenzialen, nicht nur nach Sorgebedarfen fragen.

Wenn wir bei Sorgenetzen nur auf Bedarfe und Bedürftige blicken, auf das, was Sorgen macht, übersehen wir die Fähigkeiten, die Menschen haben. In Sorgenetzen geht es nicht nur um physische Pflege, sondern um Eingebunden sein, um Kommunikation, um geteilte Verantwortung und vielfältige Sorgeformen. Caring communities, sorgende Gemeinschaften, das Leitbild des 7. Altenberichts der Bundesregierung von 2016, betont daher das Leitbild der Zugehörigkeit. Und es macht deutlich: Stabile Sorgestrukturen können nur entstehen, wenn wir ganz unterschiedliche Akteure miteinander vernetzen und diese bereit sind, zu kooperieren.

Welche Bedeutung hat das ehrenamtliche Engagement, das in Kirchengemeinden vorhanden ist.

Diese Form des "Welfare Mix", also die Kombination von familiärer, nachbarschaftlicher, ehrenamtlicher, professioneller und technologischer Unterstützung, ist aus meiner Sicht alternativlos. Denn wir werden uns angesichts der demografischen Entwicklung in unserem Land eine rein professionelle Versorgung überhaupt nicht leisten können, zumal dafür nicht nur die Gelder, sondern auch die Pflegekräfte fehlen. Darüber kann man jammern oder aber mit dem arbeiten, was an Potenzialen da ist, und miteinander das soziale Netz weiterentwickeln und zukunftsfähig und nachhaltig gestalten.

Seit in den 1990er Jahren das Wohlfahrtswesen ökonomisiert wurde, sind die Herausforderungen stark gestie-

INTERVIEW

gen und wir stoßen an die Grenzen der Finanzierbarkeit.

Ich glaube, dass das ökonomisierte Modell von Sorge in unserem Land gerade an seine Grenzen kommt. Es fördert die Bildung riesiger europaweiter Sozialkonzerne, die standardisierte Schemapflege organisieren und lokale Netze und ambulante Strukturen auffressen oder ignorieren.

Und es gibt immer mehr Menschen, die durch die Strukturen dieses Netzes fallen, weil die Wege zu weit, der Bedarf zu groß oder das vorhandene Geld zu gering ist. Ein solidarisches Miteinander braucht ein Denken vom Menschen her und muss regionale Gegebenheiten und Potenziale nutzen. Nur in einer auf Solidarität basierenden Kultur des Zusammenlebens werden wir in ländlichen Räumen in der Lage sein, tragfähige Sorgenetze zu knüpfen und zu erhalten. Dass das auch politisch bitter nötig ist, damit sich Menschen nicht abgehängt, vergessen und von allen guten Geistern verlassen fühlen und in der Folge radikalen, egozentrischen und rassistischen Ideologien zuwenden, führen uns Querdenker und Coronaleugner gerade eindringlich vor Augen.

Nun ist es als Bischöfin nicht meine Aufgabe, konkrete Sozialpolitik zu machen. Aber es ist meine Aufgabe, Denkstrukturen und Logiken aufzudecken, die Mitmenschlichkeit, Nächstenliebe und gegenseitige Sorge behindern oder gar zerstören. Denn der christliche Glaube und die biblische Tradition bieten Bilder gelingenden gemeinsamen Lebens und fördern Haltungen, die auf Nächstenliebe, Respekt, Empathie und soziale Gerechtigkeit zielen. Diese Haltungen sind das Fundament für eine Gesellschaft, die ein solidarisches Miteinander gestaltet und funktionierende Sorgenetze hat.

Und ich sehe es als meine Aufgabe, die Potenziale, die Kirche und Diakonie haben, in die Gestaltung tragfähiger Sorgenetze einzubringen. Denn Kirche ist mit ihren diakonischen Einrichtungen ja nicht nur ein Player im staatlichen Sorgesystem, sie ist zugleich eine wichtige Stütze der Zivilgesellschaft.

- Kirche ist präsent in der Fläche,
- sie bietet vor Ort in Kirchenräumen und Gemeindehäusern Begegnungsmöglichkeit,
- sie verfügt noch über eine gute Infrastruktur von Hauptamtlichen, die Engagement unterstützen, begleiten und vernetzen,
- sie hat eine große Zahl an Ehrenamtlichen und ist damit eine wichtige Plattform für zivilgesellschaftliches Engagement und
- sie kann die Vernetzung unterschiedlicher Hilfeformen durch ihre Verknüpfung mit organisierter Diakonie ermöglichen und hat bei der Arbeit mit Flüchtlingen auch gezeigt, dass das gelingt.
- Kirche kann auch Beteiligung einüben, Interesse organisieren und klare Leitbilder für ein soziales Miteinander bieten.

Ich glaube, Sorgenetze brauchen die Kirchen und sie brauchen die organisierte Diakonie. Freilich, auch das ist kein Selbstläufer. Dass Kirchengemeinden sozialräumlich denken und sich engagieren und sich nicht in den Kreis der Hochverbundenen zurückziehen, auch dazu muss ermutigt werden; das braucht Erfahrungen von Gelingen und Begleitung und Unterstützung. Dass unternehmerische Diakonie Kirchen-

gemeinden und andere kirchliche Einrichtungen als Partner sucht und erlebt, liegt zwar nahe, ist aber keine Selbstverständlichkeit und oft ein steiniger Weg zueinander. Aber es ist eine Chance für alle Seiten, für die Gemeinden, die diakonischen Einrichtungen und den Sozialraum, das zeigen Beispiele aus anderen Landeskirchen.

Auch zwischen Kirche und Diakonie und zwischen diakonischen Einrichtungen muss die Haltung der Kooperation, nicht der Konkurrenz, manchmal neu einge- übt werden, damit man nicht nur in Form von Marktanteilen oder Zuständigkeiten, sondern im Sinn von Sorgenetzen denkt. Solche Sorge können wir entwickeln und Netze knüpfen, weil wir davon befreit sind, uns vor allem um uns selbst zu sorgen. Für uns ist gesorgt. "All Eure Sorge werft auf ihn, denn er sorgt für euch." Auf diese Basis stellt Gott unsere Sorgearbeit. Auf dieser Basis können wir gut Sorgenetze knüpfen.

Vielen Dank für das Gespräch



Prof. Dr. Beate Hofmann,
Bischöfin der Evangelischen Kirche
von Kurhessen-Waldeck, Kassel,
war bis 2019 Professorin für
Diakoniewissenschaft und
Diakoniemanagement in Bielefeld.

BEI MIR IST ES SO

Was hat mich damals motiviert, Ergotherapeutin zu werden? Was konnte meinen Vorstellungen standhalten und was hat mich auf den Boden der Realität geholt?



WÜRDE ICH DEN BERUF HEUTE WIEDER WÄHLEN?

Der Beruf der Ergotherapeuten ist sehr vielfältig. Seit über 20 Jahren arbeite ich in meinem Beruf. Meinen Schwerpunkt habe ich in der Neurologie und Geriatrie gefunden, hauptsächlich besuche ich meine Patienten zu Hause oder im Heim.

Ich bin ein sehr kreativer Mensch und wollte eine Ausbildung machen, die viele praktische Elemente beinhaltet. Ich konnte mich nicht festlegen, in welchem Bereich ich arbeiten wollte: mit Kindern, mit Behinderten, mit alten Menschen oder mit chronisch Kranken? Das alles hat mir die Ausbildung geboten, ich konnte viel Kreatives erlernen und viele Bereiche im Praktikum ausprobieren. Schwierig wurde es dann bei meiner ersten Arbeitsstelle in einer neurologischen Rehaklinik: eine im Aufbau befindliche junge Abteilung, spätestens nach zwei Wochen wieder komplett neue Patienten mit schweren Schicksalsschlägen wie Schlaganfall, MS oder Unfallfolgen. Das ist mir dann alles sehr nah gekommen und ich konnte kaum noch abschalten. Was sollte ich tun?

Ich habe den Arbeitsplatz gewechselt, kein Problem in meinem vielfältigen Beruf. Diesmal habe ich in einer Ergo-Praxis angefangen und entdeckt, das mir die langen Therapiebegleitungen bei chronisch kranken Menschen liegen. Ich erlebe viel Nähe, ich liebe das Mobilisieren, das Arbeiten mit den Händen und ich kann am Wesentlichen mit meinen Patienten arbeiten. Inzwischen habe ich 2 Kinder und gemerkt, dass sich mein Beruf prima mit Familienarbeit verbinden lässt. Mit wenigen Stunden habe ich nach der Elternzeit wieder begonnen und bin inzwischen wieder bei 50%. Ganz fließend konnte ich den Übergang mit meiner Chefin verhandeln.



Ich habe viel Freiraum und kann meinen Therapiealltag mit viel Kreativität gestalten. Ich habe ein Team, in dem ich mich wertgeschätzt und respektiert fühle. Meine Menschenkenntnis und meine Flexibilität im Umgang mit herausfordernden Menschen kommen mir privat und beruflich zu Gute. Ich kann auch meinen Glauben an unseren lebendigen Gott im Beruf leben und oft beten mit oder für meine Patienten und Patientinnen – manchmal auch mit Sterbenden. Heute weiß ich: Meine Arbeit macht Sinn und ist meine Berufung. Klar, bei der Bezahlung ist Luft nach oben, wie so oft in den sozialen Berufen. Aber das ist der einzige Haken für mich: Ich würde mir wieder den Beruf der Ergotherapeutin aussuchen.

Konstanze Wetter, Stuttgart, Ergotherapeutin

CHANCEN & RISIKEN

VOM AUSGEBILDETEN ZUM AKADEMIKER

"Was, das gibt es jetzt auch als Studium?"

Diesen Satz habe ich in 70 Prozent der Fälle gehört, als es um die Frage nach meinem Beruf ging.

Welche Vorteile, beziehungsweise welche Chancen bringt es, die bisherigen Ausbildungsberufe zu studieren? Welche Nachteile, beziehungsweise welche Risiken sind mit der Akademisierung dieser vielleicht auch verbunden? Um diese Fragen soll es in dem folgenden Artikel gehen. Ich werde meine eigenen Erfahrungen einflechten, da sie meine Perspektive widerspiegeln, aus der die Argumente entspringen.

In Deutschland ist es erstmals seit dem Sommersemester 2012 möglich, ein ausbildungsintegriertes Studium Ergotherapie zu absolvieren. Zuvor war der Beruf des/der Ergotherapeut*in ein reiner Ausbildungsberuf. Jetzt sind sowohl die Ausbildung als auch das Studium möglich.

Ein paar Worte zu meiner Person: Ich bin Ergotherapiestudentin (dual) in Niedersachsen und befinde mich im 3. Ausbildungsjahr. Derzeit durchlaufe ich meine praktische Phase und bin aktuell in dem Fachbereich Neurologie. Insgesamt beinhaltet mein gesamtes Studium acht Semester, von denen die letzten zwei Semester reine Hochschulveranstaltungen sind. Am Ende dieser acht Semester schließe ich bei erfolgreichem Abschluss mein Studium mit dem Bachelor of Science ab sowie mit dem Staatsexamen.

Leider bekomme ich immer wieder zu hören, dass Personen, die das Studium absolvieren, nicht den gleichen Praxisbezug bekommen wie die Auszubildenden. Sicherlich ist diese Aussage für manche Studiumsorte eher zutreffend, da sie weniger anwendungsorientiert sind. Mein Studium beinhaltet ein praktisches Jahr, in dem ich viel Praxiserfahrung sammele. Die Hochschulmodule sind zusätzliche Veranstaltungen. In diesen wird ein Hintergrundwissen geliefert, das ein tieferes Verständnis in die ergotherapeutischen Theorien und Modelle sowie die (Be-)Handlungen des Therapeuten generiert. Die Aneignung wissenschaftlicher Methodenkompetenz und ein fundiertes Wissen über qualitätssichernde Maßnahmen können eine optimale Vorbereitung auf das Berufsleben gewährleisten. Als Nachteil kann hier der deutlich höhere Zeitaufwand angeführt werden. Neben den Klausuren der auszubildenden Schule fallen Hausarbeiten an, die im Rahmen der Hochschule teilweise auch in den Schulferien geschrieben werden müssen.

In einer globalisierten Welt gibt der zusätzliche Bachelor-Abschluss zumindest die Option, den Berufsort international frei wählen zu können. In vielen Ländern ist dieser Abschluss eine Grundvoraussetzung, um dort arbeiten zu können. Ein reines, nicht anwendungsorientiertes Studium hingegen birgt die Gefahr, dass der Fokus zu sehr auf der Wissenschaft statt auf der Behandlung des Menschen liegt. Die Bedeutung des Praxisbezuges im Studium ist in Therapieberufen unbedingt mitzudenken und darf nicht zu kurz kommen.

Früher hießen sie Beschäftigungstherapeuten, die heutigen Ergotherapeuten. Heute gibt es die Möglichkeit, den Therapieberuf zu studieren. Weiterhin sind viele Schulen in Deutschland staatlich gefördert, sodass die Schulgeldpflicht abgeschafft wurde – ein Meilenstein in der Geschichte. Uneinigkeit besteht in der Frage der Anerkennung der zusätzlichen Qualifikation für Studierte durch ein höheres Gehalt. Die Absolventen einer Ausbildung fühlen sich für gleiche Arbeit oft ungerecht behandelt. Hier bedarf es weiterer Gespräche mit eventueller Aushandlung. Die Spaltung des Status des/der Studierten oder Ausgebildeten kann als Risiko betrachtet werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Akademisierung bisheriger Ausbildungsberufe sowohl Chancen als auch Risiken birgt. Das praxisnahe Studium stellt eine hervorragende Verknüpfung von Wissenschaft und den beruflichen Praktiken dar. Es dient sowohl der Forschung als auch der Weiterentwicklung jeweiliger Bereiche im Gesundheitswesen. Nicht zuletzt profitieren Empfänger*innen therapeutischer Dienstleistungen von der "Best Practice" in der Behandlung.



Vera Budilov, Osnabrück, Ergotherapie dual (B. Sc.), 5. Semester

(Die Autorin gehört zum Leitungsteam von CiGstarter, einer Initiative von Christen im Gesundheitswesen)

WER PFLEGT IN ZUKUNFT?

Der Roboter?

Einem größer werdenden Pflegebedarf stehen immer weniger Menschen gegenüber, die Sorge-Arbeit (als Laie oder beruflich) leisten können oder wollen. Dieser hinlänglich bekannte Pflegekräftemangel spitzte sich während der Pandemie zu und offenbarte jahrelange Versäumnisse der Politik, aber auch der eigenen Berufsgruppe. Inzwischen ist es normal, dass die Fachkraftquote nicht mehr eingehalten werden kann, Wohnbereiche im Pflegeheim wegen Personalmangel schließen müssen, Touren in der ambulanten Pflege nicht gefahren werden können, Menschen unversorgt sind, junge Pflegekräfte bereits nach der Ausbildung über einen Berufsausstieg nachdenken, Arbeitszeit wegen zu hoher Belastungen reduziert wird und das Telefon zu Hause nicht abgenommen wird, weil man einfach nicht mehr einspringen kann.

Beruflich Pflegende haben in den vergangenen Monaten eine bisher nicht gekannte Medienpräsenz erhalten und Qualitätsmängel und Versorgungslücken wurden nicht mehr ausschließlich innerhalb der Berufsgruppe, sondern in weiten Teilen der Gesellschaft diskutiert. Zu Beginn der Pandemie richtete sich die mediale Aufmerksamkeit auf medizinische Interventionen und die Intensivstationen, später rückte auch die Situation in Pflegeheimen in den Fokus. Über die Situation in der ambulanten Pflege – Care-Arbeit im häuslichen Umfeld – wird bisher am wenigsten berichtet, was angesichts des Stellenwertes, der diesem Teil der Gesundheitsversorgung beigemessen wird, nicht verwundert.

Besonders prekär ist die Situation, weil gleichzeitig mit dem Personalmangel auch der Bedarf und die Anforderungen an Pflege gestiegen sind. Wie sehen zukünftige Pflegebedarfe und die damit verbundenen Herausforderungen aus? Und inwieweit können die Auswirkungen durch technische Innovationen abgemildert und die Versorgungssituation durch Digitalisierung und Robotik verbessert werden?

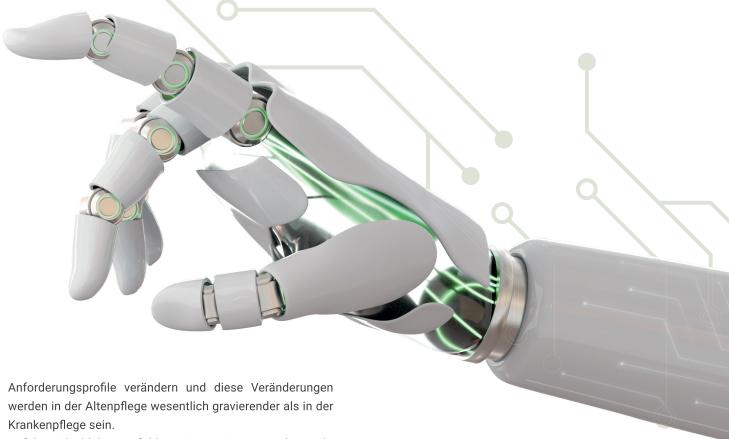
Die steigende Lebenserwartung ist mittlerweile ein Gemeinplatz, ebenso die dadurch höher werdenden Anteile älterer und hochaltriger Menschen an der Gesellschaft. Wer zukünftig in Rente geht, hat noch mehr als ein Viertel seines Lebens vor sich. Da stellt sich die Frage, wie man in diesem Viertel beieinander ist. Zwar gibt es mehr weitgehend gesunde Ältere, es handelt sich aber oft darum, länger relativ gut mit

chronischen Krankheiten leben zu können und damit geht es eher um eine Verschiebung von Multimorbidität in das hohe Lebensalter.

Wir können aus der Pflegestatistik Hochrechnungen ableiten und wissen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigen wird. Auch wird vermutet, dass der Anteil der demenziell Erkrankten zunimmt und dass möglicherweise bis zu einem Drittel aller Männer und die Hälfte der Frauen von kognitiven Einschränkungen betroffen sein wird.

Menschen altern sehr unterschiedlich, je mehr es zur Individualisierung und Heterogenität der Lebensverhältnisse kommt, Familienstrukturen verändern sich, es gibt eine Vielfalt familiären Zusammenlebens und die multilokale Mehrgenerationenfamilie ist keine Seltenheit. Wir sprechen von Singularisierung und dem sinkenden "Töchterpflegepotenzial", der Zunahme von Einpersonenhaushalten, von weniger pflegenden "Hausfrauen", mehr berufstätigen und gleichzeitig pflegenden Angehörigen und Pflegearrangements, die einen Mix aus verschiedenen professionellen Hilfsangeboten, Angehörigen, Nachbarn usw. enthalten. Da Pflegebedürftigkeit in immer höherem Alter auftritt, sind pflegende Angehörige auch älter und durch eine geringere Zahl der Geschwister lässt sich die Belastung nur schwer teilen. Zusätzlich hat Familienpflege ihre Grenzen, weil viele Senioren ein Zusammenleben mit ihren Kindern ablehnen (sinkende Reziprozitätserwartungen) und Pflegesituationen über so eine lange Zeit bestehen und so komplex werden können, dass sie pflegende Angehörige überfordern.

Die hier kurz angerissenen Aspekte führen dazu, dass sich neben dem Pflegekräftemangel in der professionellen Pflege der Anteil der informellen Pflege in Zukunft weiter absenken wird. Auch wenn es politisch anders gewollt ist: Das familiäre Pflegepotenzial hat schon immer seine Grenzen und diese werden noch enger. Dem gegenüber stehen veränderte Ansprüche und Bedürfnisse von selbstbewussten Patienten, ein hoher Informiertheitsgrad, der Wunsch, in der eigenen Wohnung bleiben zu können und ein schlechtes Image von Pflegeheimen, die sich zu Hospizen entwickeln, ohne die personelle Ausstattung von Hospizen zu haben. Es werden sich also pflegerische Bedarfe, pflegerische Aufgaben und



Auf die Vielzahl der empfohlenen Strategien gegen den Fachkräftemangel soll hier nicht weiter eingegangen werden. Zu jedem der Vorschläge lassen sich Pro- und Kontra-Argumente vorbringen und vermutlich lässt sich mit ihnen die Frage, wer in Zukunft pflegt, nicht vollständig beantworten. Im Folgenden möchte ich nur auf eine der Strategien – den Technikeinsatz – eingehen. Können uns neue Technologien helfen und werden uns irgendwann Roboter pflegen?

Es sind viele Erwartungen mit dem Einsatz neuer Technologien verbunden. Es gibt Systeme mit Überwachungsund Erinnerungsfunktionen, die einen Notruf absetzen, die Stürze melden, an Medikamenteneinnahme erinnern, die Druck auf die Matratze systematisch reduzieren, über die Betteinlage melden, wenn die Person aufgestanden ist oder über Feuchtigkeitssensoren den Bedarf einer neuen Inkontinenzeinlage anzeigen.

In der Entwicklung befinden sich Pflaster mit einem integrierten Chip, durch den eine Ortung stattfinden kann, Schritte gezählt werden, Blutzucker und weitere Vitalparameter gemessen werden. Wir können elektronisch das Gangbild und Bewegungsmuster erkennen und daraus z.B. schließen, welche Tätigkeiten gerade durchgeführt werden. In der Folge wäre damit der automatische Eintrag von Pflegetätigkeiten und Befindlichkeiten in der Pflegedoku möglich. Mithilfe von Telenursing kann eine virtuelle Pflegeberatung, eine Video-Visite oder die Wundbeurteilung aus der Ferne erfolgen. Roboter sind mittlerweile in der Lage, relativ adäquat Gespräche zu führen, zu streicheln, Servicedienste zu übernehmen oder Videokommunikation zu ermöglichen. Gleichzeitig hat der Technikeinsatz seine Grenzen – den Robotern z.B. fällt es (noch) schwer, Türen zu öffnen und Schwellen zu überwinden.

Auch ein Spracherkennungssystem in der Wohnung, dem die Pflegekraft ihre Tätigkeiten sagen kann, ist zunächst eine gute Sache. Die Leistungen kommen automatisch in die Pflegedokumentation und die Bewohnerin kann auch noch um Hilfe rufen, wenn sie stürzt. Dass dafür aber 24 Stunden lang alle Geräusche der Wohnung aufgezeichnet und gespeichert werden und bei Hilfebedarf auch jemand kommen können muss, ist bei der Entwicklung der Systeme nicht immer im Blick.

Zudem fokussieren nur wenige Systeme der Notfallhilfe pflegerische Notfälle. Außer dem Sturz geht es meist um medizinische Krisen, aber nicht um pflegerische, wie Angst, Desorientiertheit, Exsikkose, Mangelernährung, defekte Hilfsmittel usw. Für viele Menschen ist die Bedienung zu kompliziert, oft bestehen hohe Anforderungen an ein stabiles Internet oder einen Umbau der Wohnung. Evtl. kann Technik auch funktionierende Hilfssysteme zerstören. Wenn sich der Rollladen automatisch schließt und öffnet, bemerkt die Nachbarin nicht, dass gegenüber etwas nicht stimmt und wenn die Matratze meldet, ob Mikrobewegungen stattfinden, braucht niemand ans Bett zu gehen und nach dem Patienten zu schauen.

Notwendige und althergebrachte Hilfsmittel wie der Toilettenstuhl, der Rollator oder der Duschhocker wurden kaum weiterentwickelt und haben z.T. eine veraltete Technik, ein stigmatisierendes Design oder mangelnde Hygienemöglichkeiten. Meist sind technische Unterstützungssysteme recht teuer und bleiben bisher nur einer kleinen Gruppe von Menschen vorbehalten. Ethische Implikationen werden weitgehend ausgeblendet und es stellt sich z.B. die Frage der

"

NIE WAR DIE PFLEGE SO PRÄSENT IN DEN MEDIEN, NIE VORHER WAREN PFLEGEKRÄFTE SO LAUT ZU VERNEHMEN.



Prof. Dr. Annette Meussling-Sentpali, Regensburg, Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin

Sinnhaftigkeit der Menge an gesammelten Daten, aus denen kein konkreter Handlungsbedarf abzuleiten ist. Legitimiert das Risiko "Alter" oder die Sorge des Umfeldes solche Überwachungsstrukturen?

Pflegearbeit kann also erleichtert und unterstützt werden. Die Systeme werden zukünftig besser sein, sie können zur Erhöhung der Sicherheit beitragen, sie können wertvolle Hilfe und Kommunikationsmedium sein und Tätigkeiten effizienter machen. Eine neue "technikfreundlichere" Altengeneration wächst heran und wird diese Optionen auch bes-

ser annehmen. Ein Verbleib in der häuslichen Umgebung ist bei Pflegebedürftigkeit trotzdem nicht ohne bedarfsgerechte Pflege möglich und es erfordert von Pflegekräften zusätzliches Wissen und erweiterte Kompetenzen, um Digitalisierung positiv zu nutzen und kritisch zu begleiten. Es bedeutet, sich die Frage zu stellen, welchen Einfluss die Technisierung und Digitalisierung auf das "originär Pflegerische" – auf die Qualität der Pflegebeziehung, auf Empathiefähigkeit und Gefühlsarbeit – hat.

In absehbarer Zeit werden uns zwar Roboter unterstützen, sie werden aber die Pflege i.S. von Beziehung und Berührung nicht übernehmen können. Für eine zukunftsfähige Pflege brauchen wir nicht nur eine gute Technik, sondern auch gute Rahmenbedingungen.

Wir brauchen mehr Pflegefachpersonen mit einem gutem Qualifikations- und Altersmix. Dazu müssen die Pflegeberufe deutlich attraktiver werden. Pflegekräfte sollten so pflegen können, dass es ihren persönlichen Ansprüchen sowie fachlichen und wissenschaftlichen Anforderungen entspricht. Es müssen entsprechende Zeitressourcen und eine angemessene Leistungsvergütung durch die Kostenträger vorhanden sein. In allen Settings sollten in der direkten Patientenversorgung mehr akademisch qualifizierte Pflegende eingesetzt, Karrieremöglichkeiten systematisch entwickelt, die Vergütung und die Vereinbarkeit des Berufs mit der Familienarbeit verbessert werden. Die immaterielle wie materielle Anerkennung dessen, was Pflege zu Gesundheit und Lebensqualität und damit zur Wohlfahrt unseres Landes beiträgt, steht noch immer aus.

Im Moment ist die Gelegenheit günstig: Nie war die Pflege so präsent in den Medien, nie vorher waren Pflegekräfte so laut zu vernehmen. Setzen wir uns dafür ein, dass dem originär Pflegerischen – der Zuwendung und der Beziehungsarbeit – genauso viel Aufmerksamkeit und Bedeutung geschenkt wird wie technischen Innovationen.



JEDER EINZELNE WILL GESEHEN WERDEN

Wir sitzen in einer Runde mit jungen Ärzten. Und wir kommen ins Gespräch über das klassische Dilemma, in dem sich alle befinden: Es gibt viel zu viel Arbeit für zu wenig Personal. Allen ist bewusst, dass sie eine wichtige Funktion im System haben. "Ohne uns würde das ganze System zusammenbrechen." Alle haben einerseits also das Gefühl, wichtig zu sein. Andererseits ist man aber auch der Überzeugung, in einem System funktionieren zu müssen. "Was definitiv auf der Strecke bleibt, ist die Zeit für mich. Erst letzte Woche hätte ich ein freies Wochenende gehabt. Wieder kam ein Anruf aus der Klinik und ich habe mein freies Wochenende hergegeben", erzählt eine Assistenzärztin. "Ich bin ja bereit, viel zu geben. Schließlich geht es um Menschen und die Arbeit ist sinnvoll. Andererseits ärgert es mich, wenn nicht gesehen wird, wie viel ich investiere. Irgendwie habe ich das Gefühl, es ist für alle anderen selbstverständlich, dass ich aus dem Frei komme. Wenn ich dann mal sage, dass ich nicht mehr kann und das Wochenende frei haben möchte, dann komme ich mir schlecht vor, weil ich das Gefühl habe, die anderen hängen zu lassen." In diesem Dilemma kommen manche unter die Räder - sie verkraften dieses Spannungsfeld nicht mehr und verlassen die Klinik. "Für mich ist es keine Option. Schließlich habe ich mich bewusst für diesen Beruf entschieden. Ich mache meine Arbeit gerne und bin grundsätzlich bereit, über meine Grenzen zu gehen. Was mich am meisten kränkt, ist das Gefühl, nicht gesehen zu werden und funktionieren zu müssen. Manchmal denke ich mir: Hauptsache irgendjemand macht die Arbeit. Da geht es nicht um mich als Person."

Wir überlegen gemeinsam, wie jeder einzelne oder jede einzelne mit dieser Situation umgehen kann, um langfristig motiviert und gesund zu bleiben. Klar ist dabei, dass es nicht die eine Lösung gibt, sondern dass jeder und jede für sich selbst eine Antwort auf diese Frage finden muss. Wir sammeln gemeinsam:

- Ein hilfreicher Gedanke ist, den Blick auf das zu lenken, was man am Ende des Tages geleistet hat. Es gibt immer etwas, was auf der Strecke bleibt. "Ich hätte erst gestern gerne mehr Zeit bei einem Patienten verbracht, der im Sterben liegt", erzählt ein Arzt. Wenn man den Blick immer auf das lenkt, was man nicht geschafft hat, führt dies in die Ohnmacht. Die Frage lautet also: Wem habe ich heute geholfen? Für wen war ich heute da?
- Ein weiterer Punkt, der wichtig ist, besteht darin, sich immer wieder die Frage zu stellen: Wofür bin ich verantwortlich und wofür nicht? "Ich weiß, dass ich generell immer mehr

Verantwortung übernehme, als ich müsste", sagt eine Ärztin. Eine Teilnehmerin berichtet: "Wenn ich aus einem Patientenzimmer gehe mit dem Gefühl, dem Moment nicht gerecht geworden zu sein, dann bitte ich Gott, beim Patienten zu bleiben und diese Leere, die ich hinterlasse, zu füllen mit seiner Präsenz und seinem Trost. Das hilft mir eindeutig. Ich mache Gott quasi zu meinem Kollegen und binde ihn in die Verantwortung mit ein. Ich kann mich dadurch besser auf anderes einlassen."

• Ich frage in die Runde, wie sie reagieren, wenn sie sich in diesem Dilemma befinden und das Gefühl haben, zu kurz zu kommen oder sich nicht gesehen zu fühlen. Ein Arzt erzählt: "Wenn ich mich ungerecht behandelt fühle, dann werde ich patzig." Das Paradoxe ist, dass wir uns Anerkennung und Wertschätzung wünschen. Aber mit solch einem Verhalten erreichen wir genau das Gegenteil. Wir alle brauchen Anerkennung und Wertschätzung. Wenn jedoch jeder einzelne darauf wartet, diese zu bekommen und selbst nicht bereit ist, diese zu schenken, verhungern am Ende alle.

Auch wenn es anstrengend ist: Die Wahrscheinlichkeit, dass ich gesehen werde, steigt, wenn ich anderen das Gefühl gebe, sie zu sehen. Alle brauchen Anerkennung. Auch die Vorgesetzten.

Wie gesagt: Es gibt nicht die eine Lösung für alle. Aber wenn wir uns zusammen auf die Suche machen danach, wie wir es uns gemeinsam leichter machen können angesichts eines Systems, das uns so viel abverlangt, dann lässt sich manches besser annehmen. Dann werden Energien und Ressourcen frei für das, worum es geht: ein heilsames Miteinander – im Sehen und Gesehen-Werden.



Andreas Rieck, Referent im Bereich Weiterbildung und Spiritualität im Marienhospital Stuttgart



VON DER DIENSTGEMEINSCHAFT ZUR SORGEGEMEINSCHAFT

Seit einigen Jahren gibt es einen Trend zu selbstständigen Pflegefachkräften. Auf dem leer gefegten Fachkräftemarkt bestimmen sie die Rahmenbedingungen ihres Einsatzes weitgehend selbst: Sie kommen, wenn Personalmangel auf der Station ist, aber sie übernehmen keinen Nachtdienst, arbeiten nicht am Wochenende oder z. B. nur, wenn die Kinder in der Schule sind. Der Rest muss von den Festangestellten aufgefangen werden. Wenn ich darüber nachdenke, wird mir klar, was für ein Wunder es ist, wenn der Dienst in den unterbesetzten Kliniken und Pflegeeinrichtungen überhaupt noch funktioniert – wenn Menschen bereit sind, sich unter Zeitdruck auf andere einzulassen, sich mit anderen abzustimmen, Beruf und Familie irgendwie unter einen Hut zu bringen.

Selbstständige Pflegekräfte sind der konsequente Endpunkt der Entwicklung von der Institution zur Individualisierung, von der Gemeinschaftsdiakonie zum Gesundheitsmarkt. Sie vermarkten sich selbst wie andere Anbieter auch. Modularisierung und Digitalisierung der Arbeit kommen ihnen dabei entgegen. Wichtig ist ihnen ein gutes Zeitmanagement und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, gerade angesichts der Tatsache, dass in den sogenannten Care-Berufen – in Pflege, Erziehung, Hauswirtschaft – immer noch deutlich geringere Entgelte gezahlt werden als z. B. im IT-Bereich. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sparen auf diese Weise Personalkosten. Sie rechnen Krankheiten und Urlaube der Festangestellten "runter" und zahlen stattdessen Sachkosten für Zeitarbeitsfirmen und Selbstständige.

Dabei brauchen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen ein hohes Maß an Verlässlichkeit, denn in komplexen Organisationen hängt alles an einer guten Abstimmung zwischen den verschiedenen Diensten und Berufsgruppen. Die Träger leben von der Bereitschaft, dass Mitarbeiter*innen sich einbringen und einfügen. In den Schwesternschaften waren deshalb Loyalität und "Gehorsam" über viele Jahrzehnte Voraussetzung zum Dienst. Wer da ausscherte, zu selbstbewusst oder zu eigenwillig war, blieb nicht lange.

Seit aus dem diakonischen Dienst eine Dienstleistung geworden ist, leuchtet vielen der Zusammenhang von Beruf, Berufung und Bekenntnis nicht mehr ein. Der Begriff "Dienstgemeinschaft" ist in Kirche und Diakonie seit vielen Jahren umstritten. Spätestens seit mit Einführung der Pflegeversicherung private Träger die Landschaft der Freien Wohlfahrtspflege verändert haben, sind auch die kirchlichen Träger unter erheblichen Tarifdruck geraten. In der Pflege dominieren die Arbeitnehmer*innen zwar den Markt, können aber angesichts der gedeckelten Refinanzierung durch die Sozialversicherungen - ihre Lohninteressen kaum durchsetzen. Nicht nur Gewerkschaftsmitgliedern erscheint deshalb die kirchliche Rede von der "Dienstgemeinschaft" beschwichtigend. In den Mutterhäusern der diakonischen Pflege sind an die Stelle der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft längst nüchterne Arbeitsverträge getreten, die Loyalität zu den Unternehmenszielen einfordern – auch von Mitarbeitenden, die keiner christlichen Kirche angehören. Mit zunehmender Vielfalt und wachsenden sozioökonomischen Gegensätzen auch zwischen den Berufsgruppen gilt die Dienstgemeinschaft als überholt.

Ohne verlässliche Zusammenarbeit und gemeinsame Werte wird der Einsatz im Sozial- und Gesundheitssektor allerdings auf Dauer mühsam und leer. Auch und gerade Menschen in sozialen, pflegerischen, medizinischen Berufen, die von ihrer inneren Motivation getragen sind, fragen in den aktuellen Umbrüchen nach tragfähigen Beziehungen und ethischer Orientierung. Wie in der gesamten Gesellschaft werden auch und gerade in der säkularisierten Unternehmensdiakonie Religion und Spiritualität wieder zum Thema – nicht zuletzt angesichts der immer komplexer werdenden ethischen Fra-

gen rund um Bioethik, Geburts- und Sterbehilfe. Das niederländische Pflegemodell "Buurtzorg" hat in den letzten Jahren Furore gemacht und längst auch in Deutschland Modellstandorte gefunden. Das Unternehmen will Pflegebedürftige dabei unterstützen, so lange wie möglich selbstbestimmt im eigenen Zuhause zu leben, nach den eigenen Wünschen und Bedürfnissen. Nicht standardisierte Vorgaben, sondern der Wille der Patient*innen stehen im Mittelpunkt – es geht um Hilfe zur Selbsthilfe und die Aktivierung von Angehörigen, Freund*innen und Nachbar*innen. Wie die alten Gemeindeschwester-Stationen sind die Teams lokal in ihrer Nachbarschaft verortet und kümmern sich in einem Umkreis von etwa fünf Kilometern um die ambulante Pflege ihrer Patient*innen. Ein Team besteht bei Buurtzorg aus maximal zehn bis zwölf Mitarbeitenden in Vollzeit oder Teilzeit: examinierten Pflegekräften, Alltagshelfer*innen und Auszubildenden. Das Modell fasziniert auch deswegen so viele, weil es den Mitarbeitenden zutraut, über die individuellen Zeittakte und den notwendigen Sorgeaufwand bei ihren Patient*innen zu entscheiden. Hier eröffnet die digitale Unterstützung Freiräume. In jedem Haus gibt es ein Tablet, auf das Kranke und Angehörige Zugriff haben.

Auch in der Gesundheits- und Sozialbranche hat Digitalisierung die Arbeit erheblich verändert. Hierarchien sind flacher geworden, Kooperationen verändern sich mit den Projekten. Die Arbeitnehmer*innen erleben die neue Technik zum Teil als Chance zu Höherqualifizierung und größerer Freiheit, zum Teil aber auch als Herausforderung, der sie sich nicht immer gewachsen fühlen.

In ihrem Buch "Fit for New Work" zeichnen die Autorinnen zwei organisationale Trends: "Fluide Unternehmen" - meist in der IT-Branche – und "Caring Companies", die mit menschennahen Dienstleistungen "an der Front" arbeiten, wo Homeoffice nicht möglich ist. Das gilt auch für Unternehmen der Sozialwirtschaft. Sie haben es mit physischen Phänomenen zu tun, mit Körpern, Räumen, Berührungen. Ihre Fluidität ist begrenzt. Trotzdem arbeiten auch Krankenhäuser und Pflegedienste mit Zeitarbeit, Projektmitarbeitenden und Freelancer*innen und kommen oft nah an die Grenze der Instabilität. Unterschiedliche Zeitpläne, Kulturen, Muttersprachen und Ausbildungsgänge müssen abgestimmt werden. Die Bruchlinien sind meist auf Kante genäht. Die Sehnsucht nach "Kümmerern" und der Wunsch, Caring Communities aufzubauen, haben wohl auch darin ihren Grund. "Buurtzorg", das Unternehmen, das so viele begeistert, spricht von der "Buurtzorg-Familie".

Im ehemaligen Diakonissenmutterhaus Gallneukirchen wird eine neue Form des "sorgenden Unternehmens" entwickelt – mit Respekt vor religiöser Vielfalt und den ganzheitlichen Interessen der Mitarbeitenden und Klient*innen. Rainer Wettreck, der theologische Vorstand, ist nach vielen Jahren in der Leitung diakonischer Unternehmen zu dem Schluss gekommen, dass Mitarbeitende und Klient*innen heute eine inspirierende persönliche Schnittmenge zwischen ihren eigenen Überzeugungen und der Sinnerfahrung im Unternehmen erwarten. Während die Branche von zunehmender Funktionalisierung und Verdichtung geprägt sei, erhofften sie sich eine glaubwürdige Erneuerung ihres "Sorge-Alltags". Es geht um persönliche und gemeinschaftliche Aufbrüche zu einer "neuen Lebendigkeit", wie Wettreck das nennt.

In den traditionellen diakonischen Gemeinschaften war es kaum möglich, die eigene Spiritualität offen einzubringen. Es wurde auch nicht gewünscht. Das Oral-History-Projekt, das die Kaiserswerther Diakonie Anfang der 2000er-Jahre mit Ute Gause durchgeführt hat, zeigt: In den stark hierarchisch geführten Häusern war ein bestimmter Frömmigkeitstypus mit den bekannten Geschichten, Bildern und traditionellen Ritualen selbstverständlicher Teil der Organisationskultur. Ihre persönliche Spiritualität hätten die alten Diakonissen nicht beschreiben können, jedenfalls nicht im Zusammenhang mit ihrem Dienst. In unserer individualistischen, religiös pluralen Gesellschaft ist das anders. Auch diakonische Unternehmen sind bunt und vielfältig, bis hin zur Patchworkspiritualität der einzelnen Mitarbeitenden. Ziel der neuen diakonischen Sorgekultur ist ein Miteinander, in dem verschiedene Erfahrungen und Perspektiven zur Sprache kommen können – rund um das ganzheitliche Wohl der Patient*innen und Bewohner*innen. Gemeinschaft entsteht in diesem Austausch, sie ist Erfahrung und Ergebnis der gemeinsamen Arbeit, nicht Voraussetzung und Funk-

tion einer hierarchischen Organisation. Sie wird im Alltag immer neu Ereignis. Wie die Kirche selbst ist sie nie einfach gegeben, sondern muss sich ständig erneuern.



Cornelia Coenen-Marx, Oberkirchenrätin a.D.,
Pastorin, Autorin und Beraterin,
Inhaberin der Agentur Seele und Sorge, Hannover



HEILLOSE ÜBERFORDERUNG ODER REALISIERBARE IDEE?

Die Gemeindeschwester gehörte bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts in evangelischen und auch freikirchlichen Gemeinden zum festen Mitarbeiterstamm. Mit der allgemeinen Professionalisierung vieler kirchlicher Angebote entstanden Diakonie- und Sozialstationen und sorgten für ein flächendeckendes Angebot an Pflege. Inzwischen stoßen diese Einrichtungen immer öfter an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Der Gedanke liegt nahe, die früheren Hilfestrukturen in Kirchengemeinden wieder zu beleben. Kann das gehen? Professor Ralf Dziewas, der an der Theologischen Hochschule Elstal das Institut für Diakoniewissenschaft und Sozialtheologie leitet, bildet Diakoninnen und Diakone aus. ChrisCare bat ihn um eine Einschätzung der gegenwärtigen Lage:

Die von den Pflegekassen finanzierte, ambulante Pflege setzt eine minutengenau geplante und abgerechnete Versorgung der Pflegebedürftigen voraus. Die von Haus zu Haus fahrenden Pflegekräfte stehen daher unter einem hohen Druck, sich auf die notwendigen Pflegeleistungen zu konzentrieren, um rechtzeitig die nächste Person auf ihrer durchgetakteten Tour zu erreichen. Für die Gepflegten hingegen ist diese kurze Zeit der ambulanten Pflege oftmals die einzige Chance für eine persönliche Kommunikation von Angesicht zu Angesicht.

Entsprechend hoch ist der Druck auf die Pflegekräfte, nicht nur alle erforderlichen Pflegeleistungen schnell zu erbringen, sondern zeitgleich auch noch emphatisch die emotionalen Probleme der Gepflegten wahrzunehmen und einfühlsam darauf zu reagieren. Dies ist aber oftmals eine heillose Überforderung, weshalb besonders die motivierten und einfühlsamen Pflegekräfte die ambulante Pflege verlassen, um nicht länger unter diesen Bedingungen arbeiten zu müssen. Angesichts dieser Situation wird auch an die christlichen Kirchen die Erwartung herangetragen, sich mehr um die Gemeindemitglieder zu kümmern, die ambulant gepflegt werden. Steht die Gemeinde nicht in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass die Gepflegten jemanden haben, der ihnen zuhört, ihre Nöte und Sorgen wahrnimmt und diejenige Unterstützungsleistungen übernimmt, die von der ambulanten Pflege nicht abgedeckt werden können?

Das dafür traditionell vorhandene Angebot einer gemeindlichen Seniorenarbeit, die mit einem ehrenamtlichen Besuchsdienst die zu Hause gepflegten Seniorinnen und Senioren regelmäßig besucht, ist aber ebenfalls in eine Krise geraten. Während immer mehr alt gewordene Gemeindemitglieder auf Besuch warten, fehlt der Nachwuchs an Ehrenamtlichen, die genügend Zeit und Kraft haben, sich dieser Aufgabe zu widmen. Anders als früher sind heute nach der Kinderphase meist beide Ehepartner berufstätig und auch im gesunden Rentenalter in anderen Aufgaben gebunden, weil sie z.B. selbst hochbetagte Angehörige pflegen. Welche Möglichkeiten gibt es dann für christliche Gemeinden, ihre Pflegebedürftigen besser zu versorgen und zu unterstützen?

Die Gemeinden könnten grundsätzlich eigene professionelle Pflegedienste einrichten, um es den Pflegenden zu ermöglichen, bei allen Pflegebedürftigen mehr Zeit zu verbringen. Ein solcher Pflegedienst aber würde dauerhaft defizitär arbeiten, denn der zeitliche Mehraufwand würde von den Pflegekassen nicht refinanziert, müsste also aus anderen Quellen gedeckt werden. Die Möglichkeit dafür dürfte meist eher begrenzt sein.

Mit weniger finanziellem Mehraufwand könnte ein gemeindlicher Pflegedienst arbeiten, der über den Grundbedarf hinaus seelsorglich geschulte Personen bereithält, die immer dann hinzugerufen werden können, wenn die Pflegenden auf ihren regulären Touren besondere Hilfe- oder Gesprächsbedarfe wahrnehmen. Dies müssten dann nicht notwendigerweise ausgebildete Pflegekräfte sein. Solche Unterstützung könnten auch Personen leisten, die z.B. im Ruhestand auf Honorarbasis oder gegen Ehrenamtspauschale mit solchen Einsätzen ihre Rente aufbessern.

Auch die Organisation von Wohngemeinschaften für Seniorinnen und Senioren könnte der Vereinsamung im Alter entgegengewirkt und sicherstellen, dass die professionell notwendigen Pflegeleistungen zielgenauer erbracht werden können. Das setzt allerdings voraus, dass in den Wohngruppen Personen mit unterschiedlichen Pflegebedarfen und mit einer gemischten Altersstruktur zusammenleben, damit eine wechselseitige Unterstützung im Alltag möglich ist. Die Bereitschaft für solche Wohnformen dürfte bei der jetzt ins hochbetagte Alter kommenden Generation höher sein als früher, weil manche von ihnen aus der eigenen Studien- oder Ausbildungszeit Formen des WG-Lebens in positiver Erinnerung behalten haben. Aber die Entwicklung und Umsetzung solcher Wohnkonzepte braucht eine kontinuierliche Begleitung durch professionelle Ansprechpartner vor Ort, damit z.B. für freiwerdende Plätze in den Wohngemeinschaften neue Personen gefunden werden, die die bereits dort Lebenden gut ergänzen.

Auch die neuen sozialen Medien bieten Möglichkeiten, pflegebedürftige Personen miteinander und mit ihren vielleicht nicht mehr vor Ort lebenden Familienangehörigen zu vernetzen, um so deren Kommunikationschancen im Alter zu verbessern. Die Coronapandemie hat gezeigt, dass auch hochbetagte Seniorinnen und Senioren über Tablets am digitalen Leben teilnehmen können, wenn sie dafür die notwendige Unterstützung erhalten. Mit der Einrichtung ihrer Geräte und den Veränderungen, die sich aus den System- und Programmupdates ergeben, darf man diese Gruppe allerdings nicht allein lassen. Kirchengemeinden, die noch generationenübergreifend arbeiten, könnten aber versuchen, gerade dafür junge Menschen zu gewinnen, die mit ihrem Engagement Pflegebedürftigen eine elektronische Teilhabe am Leben ermöglichen wollen.

Gemeinsam ist all diesen Ideen, dass ihre konkrete Ausgestaltung nicht zum Nulltarif zu haben ist. Und keine davon wird sich allein auf ehrenamtlicher Basis auf Dauer umsetzen lassen. Selbst wenn man mit dem Einsatz von Ehrenamtlichen viel erreichen kann, so braucht es doch in allen Fällen hauptamtliche Personen, die die kontinuierliche Organisation der Arbeit sicherstellen. Die Entwicklung konkreter Konzepte vor Ort muss am Ende zu stabilen Unterstützungsstrukturen führen, auf die sich die Seniorinnen und Senioren in ihrer Pflegesituation auch verlassen können. Dazu aber braucht es eine professionelle Auswahl, Schulung und Begleitung all derer, die sich in diese Arbeit dauerhaft einbringen, sowie eine enge Verzahnung mit den ambulanten Pflegediensten vor Ort. Diakoninnen und Diakone könnten mit ihren Qualifikationen vielleicht die kirchliche Berufsgruppe sein, die für die Organisation einer solchen gemeindlichen Unterstützung Pflegebedürftiger in Zukunft besonders benötigt werden.



Professor Dr. Ralf Dziewas, Berlin, Professor für Diakoniewissenschaft und Sozialtheologie an der Theologischen Hochschule Elstal



PHYSIO, ERGO UND LOGO

WORTE DER BIBEL INSPIRIEREN IN UNSEREM BERUFSALLTAG

n unserem "CiG-Therapeutencafe" (www.cig-online.de) wurde der Wunsch deutlich, Bibelstellen zu teilen, die uns in unserer Arbeit am Patienten inspirieren. Vor allem, in welchen uns Zusammenhänge deutlich werden zwischen Körper, Seele und Geist.

Unser therapeutischer Auftrag liegt häufig im physiologischen Bereich oder im Bereich von Verhalten, Fähigkeiten oder Teilhabe. Wir wissen um die vielfältigen Wechselwirkungen und beziehen bildhafte Vorstellungen, kognitive Konzepte, sensomotorische Erfahrungen mit ein. Dabei ist unsere Haltung geprägt vom christlichen Glauben, von dem Wunsch, Gottes Liebe, Freundlichkeit und Güte Raum zu geben in der Begegnung im therapeutischen Kontext. Hier gibt es eine Fülle biblischer Aussagen, die uns inspirieren und im Berufsalltag konkrete Anregungen geben.

Wir haben uns über solche Bibelworte und deren Bedeutung für uns persönlich in der therapeutischen Begegnung ausgetauscht und dabei unsere biblisch-therapeutische "Schatzkiste" bereichert. Vielleicht ist dies auch eine Anregung für andere christliche Therapeutlnnen? Schreibt uns gern über eure Erfahrungen!

Franka Elfgen, Physiotherapeutin, Aachen Claudia Elvert, Physiotherapeutin, Karlsruhe Martha Kring, klinische Linguistin, Plau am See Erika Schiffner, Ergotherapeutin, Aumühle



Tue deinen Mund auf für den Stummen, für das Recht aller Verlassenen! Tue deinen Mund auf, richte recht und verteidige den Elenden und Armen! (Sprüche 31,8-9)

Als Sprachtherapeutin habe ich viel mit Patienten Kontakt, die nicht sprechen, sich nicht verständigen können – aufgrund einer schweren Sprachstörung oder einer Trachealkanüle. Ich will mir die Zeit nehmen und versuchen zu verstehen, was sie brauchen. Ich will ihr Sprachrohr sein. Auch für andere Patienten, welche oft elend und arm (dran) sind, will ich einstehen und für ihre Bedürfnisse kämpfen.

Und sie brachten Kinder zu ihm, damit er sie anrühre ... und er herzte sie und legte die Hände auf sie und segnete sie. (Markus 10, 13-17)

Direkt, nah, liebevoll, segnend, Gutes zusprechend – so begegnet Jesus den Kindern. Er stellt sie sogar als Beispiel hin: "Wer das Reich Gottes nicht so empfängt, wie ein Kind, der wird nicht hineinkommen." Diese Haltung möchte ich einüben.



ERFAHRUNG 17





Stärkt die schlaffen Hände und festigt die wankenden Knie! Sagt den Verzagten: Seid stark, fürchtet euch nicht! Seht, euer Gott! ... Er selbst kommt und wird euch retten.... Ewige Freude ist auf ihren Häuptern, Jubel und Freude stellen sich ein, Kummer und Seufzen entfliehen. (Jesaja 35,3-4, 10)

Meine Erfahrungen in der Physiotherapie mit Neuropatienten nach einem Krankheitsereignis, wie z. B. einem Schlaganfall: Auch sie sind meist hypoton mit einer schlaffen Hand und instabilen Knien. Es besteht häufig Sturzgefahr. Dafür benötigt es starke Hände mit stabilen Handgelenken für eine gute Stützreaktion.

Bei der Angst vor dem Hinfallen bleibt der Blick meist zum Boden fixiert. Es ist wichtig, dass der Rumpf wieder ins Lot kommt, der Kopf auf der HWS aufgerichtet wird und der Blick nach vorne ausgerichtet werden kann. Das bedeutet, ins Gleichgewicht zu kommen. Zuspruch und Ermutigung der verzagten Patienten sind durch den Therapeuten und seine Hände von großer Bedeutung. Der Kopf hängt nicht, sondern er ist aufgerichtet und damit kann die "Freude auf den Häuptern ruhen".

Jemand sagte zu mir: »Du Mensch, steh auf, ich will mit dir reden!« Noch während er dies sprach, erfüllte mich der Geist Gottes und richtete mich auf. Dann hörte ich die Stimme sagen: "Du Mensch, ich sende dich…." (Hesekiel 2,1-3)

In der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern in einer Praxis beginne ich häufig mit einem Anfangsritual: Wir stehen einander gegenüber, begrüßen uns, machen einige kurze Zentrierungsübungen im Stehen und besprechen den Ablauf der Stunde. Das Kind steht häufig auf einem Hocker (auf Augenhöhe mit mir). Im Stehen haben wir einen guten Muskelgrundtonus und "schalten die Aufmerksamkeit ein". Aufrecht, aufmerksam, wertgeschätzt, so wie Gott mit dem Menschen redet, so will ich dem Kind begegnen.

ICH habe das Joch der Sklaverei von Euren Schultern genommen, sodass ihr aufrecht gehen könnt. (3.Mose26,13)

Als Physiotherapeutin beobachte ich, wie viele Patienten gerade auf den Schultern im Bereich des M. trapezius sehr verspannt sind.

Im Gespräch gerade bei detonisierenden Handgriffen wird deutlich, dass sie oft etwas belastet, stresst, ängstigt, bedrückt – wie z.B. die Umstrukturierung in der Firma, die Sorge um das pflegebedürftige Familienmitglied, ungelöste Konflikte, Perfektionismus.... Das ist immer wieder ein guter Zeitpunkt für das stille Gebet. Ich bete, dass Jesus sie berührt, der durch Seinen Geist in uns ist und wirken möchte. Jesus hat das Kreuz für uns auf Seinen Schultern getragen und Er lädt uns ein, zu Ihm zu kommen und bei Ihm Ruhe zu finden. Er möchte uns aufrichten, erfrischen und uns stärken, dass wir als Königskinder mit wiederhergestellter Würde weitergehen können.





Du stellst meine Füße auf weiten Raum. (Psalm 31,9)

Er macht meine Füße gazellenflink und standfest auf allen steilen Gipfeln. (Psalm 18,34)
Du hast den Weg vor mir freigemacht, nun kann ich ohne Straucheln vorwärtsgehen. (Psalm 18,37)

Als Physiotherapeutin ist es mir ein wichtiges Anliegen, bei Beschwerden der Knie-, Hüftgelenke oder auch bei Rückenschmerzen sehr aufmerksam auf die Füße der Patienten zu schauen. Manchmal helfen mobilisierende Griffe im Mittelfuß-Bereich, Dehnung einzelner Muskelgruppen oder Kräftigungsübungen für die verschiedenen Fußmuskeln, um einen bewussteren und stabileren Stand, ein verbessertes Gangbild mit weniger Beschwerden oder auch eine klare Aufrichtung zu erzielen. Der ergänzende Impuls nach einer manuellen Behandlung, auf den Füßen zu stehen mit der Vorstellung, in eine weite offene Landschaft zu schauen und dann zu gehen, bringt oft deutliche Besserung.



FÜR MEHR KOMPETENZ UND ZUFRIEDENHEIT

In der modernen Personalentwicklung ist die Schaffung von Angeboten für Mitarbeitende zur Fort- und Weiterbildung eine der Kernaufgaben. Die Anforderungen an den Wissens- und Kenntnisstand der Mitarbeitenden, vor allem in den Kliniken, steigt, denn neuartige Diagnose- und Therapieverfahren sowie der Einsatz neuer medizintechnischer Geräte erfordert eine ständige Erweiterung des medizinischen und pflegefachspezifischen Wissens. In diesem Artikel soll es deshalb darum gehen, am Beispiel der Pflegenden aufzuzeigen, wie vielfältig die Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung sind und welche Bedeutung sie für die Personalentwicklung, aber auch die persönliche Entwicklung haben.

SACKGASSE GESUNDHEITS— UND KRANKENPFLEGE?

Keinesfalls! Wer heute eine Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann macht, hat danach die Wahl zwischen Kinderkrankenpflege, Krankenpflege oder Altenpflege. Darüber hinaus gilt sich nach der Ausbildung zu entscheiden, zwischen der ambulanten oder stationären Pflege.

WEITERBILDUNGEN

In der Pflege gibt es viele Möglichkeiten sich weiterzubilden. So gibt es eine Vielzahl an Zusatzqualifizierungen, um sein Fachwissen in speziellen Fachgebieten zu vertiefen, z. B. der Anästhesie- und Intensivpflege, aber auch die Kompetenzen im methodischen, sozialen und personalen Bereich auszubauen. Um spezielle Pflegemethoden zu erlernen, werden z.B. Bobath- und Kinästhetik-Kurse angeboten.

Und auch für die Versorgung von Wunden können sich Pflegende weiterbilden, um das Wundmanagement im ärztlichpflegerischen Team durchführen und mitverantworten zu

können. Durch regelmäßige Rezertifizierungskurse werden hierzu aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse vermittelt und somit das bestehende Wissen aktualisiert und erweitert. Gerade im Bereich des Wundmanagements sind neue Erkenntnisse von großer Bedeutung.

Somit ist es unerlässlich, dass Pflegende sich nach ihrer Ausbildung weiterbilden und dieses Wissen in ihre Teams tragen. Die Liste der Weiterbildungsmöglichkeiten könnte mit der Weiterbildung zur Pain Nurse, Palliativ Care Pflegekraft über die Weiterbildung Praxisanleitung noch weiter geführt werden, soll hier aber nur andeuten, dass es viele Möglichkeiten gibt, sich weiterzubilden.

FORTBILDUNGEN

Natürlich muss und kann es nicht immer eine Weiterbildung sein, die der Arbeitgeber mit einer Freistellung und/ oder einer finanziellen Unterstützung ermöglicht. Von der einstündigen Kurzfortbildung bis hin zu tageweisen Fortbildungen gibt es eine große Auswahl. Mittlerweile ist der Fortbildungsmarkt nicht nur mehr nur in Präsens möglich, sondern auch über digitale Medien.

NEUE FORTBILDUNGSFORMEN

Diese digitalen Angebote reichen von Podcasts, Lernvideos bis hin zu Apps. So können auch Zeiten zum Lernen genutzt werden, in denen man unterwegs ist oder zu Hause. Die Teilnahme an einer Fortbildung ist somit auch nicht mehr an die Hürde der Erreichbarkeit gebunden. Oftmals stehen diese Angebote sogar kostenlos zur Verfügung. Durch die Corona-Pandemie konnten Fortbildungen und Kongresse nicht in gewohnter Form stattfinden. Hier entstanden durch Webinare oder digitale Vorträge neue Angebote, die von zu Hause oder dem Arbeitsplatz genutzt werden konnten und



Je mehr Spielraum ich in meinem Arbeitsbereich habe und je sicherer ich in diesem bin, desto höher ist die Arbeitszufriedenheit.

eine Teilnahme ermöglichten. Viele dieser Angebote finden auch weiterhin statt.

STUDIFNGÄNGF

Mittlerweile gibt es auch duale Pflegestudiengänge, um seinen Bachelor (B.SC.) und eine generalistische Pflegeausbildung zu machen. Für Pflegende, die nach der Ausbildung ein Studium planen, stehen die Studiengänge Pflegemanagement, -wissenschaft und -pädagogik zur Wahl.

Bereiche, in denen Absolventen und Absolventinnen von Pflegestudiengängen arbeiten können, sind vielfältig. So werden Bereiche mit Leitungsfunktionen zunehmend durch Pflegende mit einem Pflegemanagementstudium besetzt. Die Aufgaben reichen vom Qualitätsmanagement bis hin zur Forschung in der Pflege und ist somit keine Einbahnstraße, sondern sehr vielfältig.

Neben den Stationsleitungen benötigt es Pflegende, die an der fachlichen Weiterentwicklung speziell für ihre Patientenklientel arbeiten. Hier setzt sich zunehmend das Konzept Advanced Practice Nursing durch. Pflegende mit einem Studium in Pflegewissenschaft arbeiten hierbei zu einem Teil in der praktischen Arbeit am Patienten, ebenso beschäftigen sie sich aber auch mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, um die Patientenversorgung weiterzuentwickeln. Hier geht es z.B. um das Entwickeln und Einführen neuer Konzepte und Stan-

dards, aber auch das Leiten von interprofessionellen Fallbesprechungen, Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln. Durch die Zunahme hochaltriger und multimorbider Patientinnen und Patienten steigt die Zahl derjenigen mit kognitiven Einschränkungen. Auch hier bedarf es neuer Versorgungskonzepte, die nicht nebenbei im dicht getakteten Stationsalltag entwickelt werden können. Pflegepädagogen haben die Möglichkeit, an den Pflegeschulen die Ausbildung der Pflegeauszubildenden zu übernehmen, aber auch an Weiterbildungseinrichtungen zu arbeiten. Somit zeigt sich ein breites Spektrum an Perspektiven im Bereich der Pflege.

WERTSCHÄTZUNG

Qualifizierungsmaßnahmen werden von vielen Arbeitgebern als Ausdruck von Wertschätzung den Mitarbeitenden gegenüber ermöglicht. Neben der Freistellung für die Weiterbildung ist auch die Finanzierung eine Maßnahme, Qualifizierung zu ermöglichen. So ist es für beide Seiten ein Gewinn: die Freistellung und Finanzierung für die Mitarbeitenden sowie die gewonnene Expertise für den Arbeitgeber.

MITARBEITERBINDUNG

Natürlich kann ein Arbeitgeber mit den Mitarbeitenden aushandeln, dass die Freistellung und Finanzierung mit einer Verpflichtung einhergeht. Sind sich beide Seiten einig, kann hierdurch qualifiziertes Personal an das Unternehmen gebunden werden. Die Attraktivität des Pflegeberufs steigt mit den Möglichkeiten, seine Fachkenntnisse in die Pflege mit einbringen zu können. Je mehr Spielraum ich in meinem Arbeitsbereich habe und je sicherer ich in diesem bin, desto höher ist die Arbeitszufriedenheit. Dieser Spielraum entsteht nicht von allein, sondern es müssen fachliche, methodische, soziale und personale Kompetenzen erworben werden. Dieser Einsatz lohnt sich meiner Meinung nach sehr und macht sich nicht zuletzt auch beim Gehalt bemerkbar.

19

KARRIERE

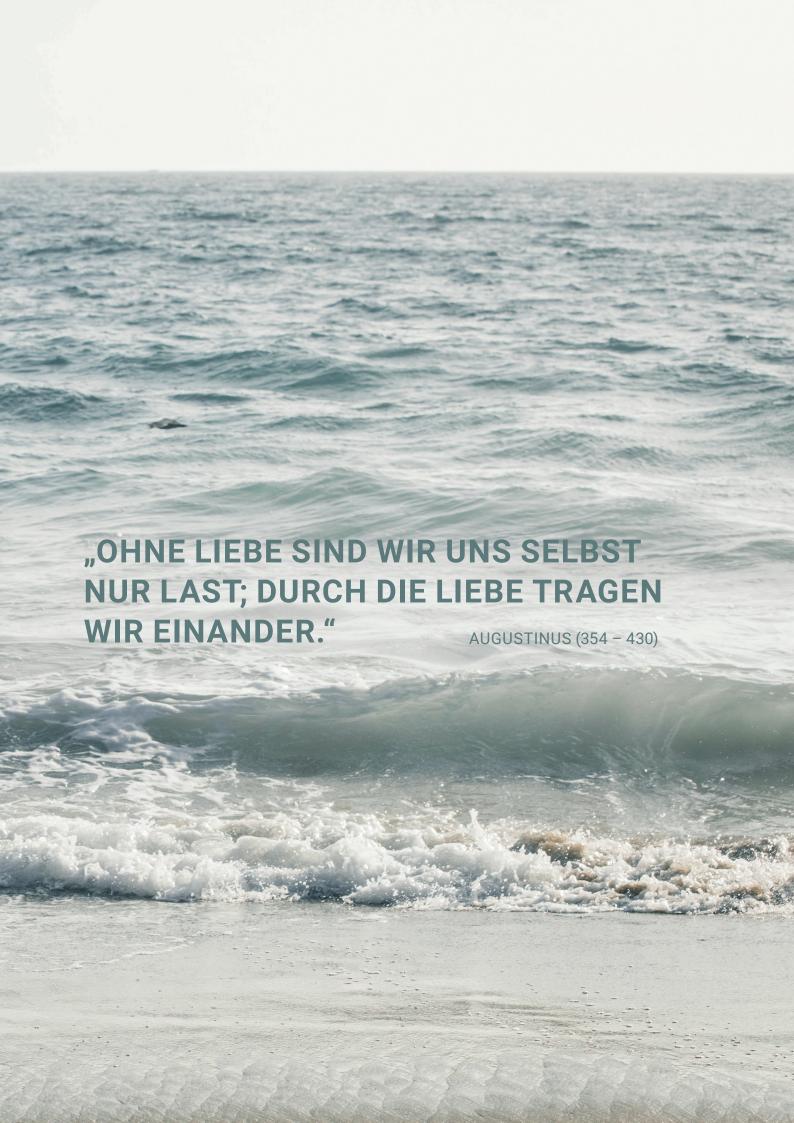
Natürlich benötigt es die Motivation, Neues erlernen und Verantwortung übernehmen zu wollen. Wenn diese Voraussetzungen gegeben sind und auch ein Arbeitgeber den Weiterbildungswunsch eines Mitarbeitenden unterstützt, kann eine Pflegekarriere bis zum Rentenalter gelingen.

Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass mich all die Fort- und Weiterbildungen sowie mein Studium der Pflegewissenschaft dazu gebracht haben zu entdecken, wie viel Gestaltungsspielraum ich in meiner Arbeit habe. Deshalb kann ich nur jede und jeden Mitarbeitenden, nicht nur in der Pflege, ermutigen, sich fort- und weiterzubilden. Die eigene Zufriedenheit mit dem Beruf steigt und auch das Gefühl, einen zusätzlichen Beitrag zur Versorgung der Patienten und Patientinnen leisten zu können.



Marion Meyer, Dipl. Pflegewirtin (FH), Hamburg





HAUSARZTPRAXIS DER ZUKUNFT

Der Philosoph Karl Jaspers sprach davon, dass "die alte Idee des Arztes" im Hausarzt manifestiert sei. In diesem Artikel geht es nicht um eine futuristische Metamorphose des alten Hausarztbildes. Oder müssen wir gar von einem "veralteten" Bild reden? – Nein, in diesem Artikel soll es darum gehen, wie eine gute hausärztliche Versorgung gestaltet und gelebt werden kann, angesichts der Herausforderungen der Zukunft. Kürzlich wurde eine Veranstaltungsreihe angekündigt zum Thema "Unser Gesundheitswesen von morgen – Digitalisierung – Künstliche Intelligenz – Diversität".

Erschöpft sich in diesen drei Begriffen die Vision der Zukunft?

WAS ERWARTEN WIR ZUKÜNFTIG IN DER HAUSARZTMEDIZIN?

Im Jahre 2030 werden in Deutschland einige Tausend Hausärzte fehlen. Das hängt einerseits mit der Demografie, andererseits mit einer kurzsichtigen Ausbildungspolitik zusammen. Dieser Mangel zeigt sich bereits jetzt besonders in ländlichen Regionen. Gleichzeitig will die Politik zahlreiche Kliniken schließen.

Administration und Bürokratie nehmen überhand. Der Datenhunger der Politik und Kostenträger ist unstillbar. DSGVO, Arbeitsschutz, Hygieneverordnungen, QM und die komplexe Abrechnungspraxis sind Systemparameter, die manchmal ein Eigenleben entfalten. Jürgen Habermas prognostizierte, dass das "System" die "Lebenswelt" zerstören wird. Dies haben wir in der Medizin täglich vor Augen.

Krankenhäuser ausschließlich als Non-Profit-Unternehmen zu betreiben, wurde auf dem Ärztetag 2016 abgelehnt. Ein Versuch, die zunehmende Ökonomisierung der Medizin zurückzudrängen, misslang. Auch im ambulanten Bereich bedarf es großer Anstrengungen, der Ökonomie ihren der Medizin dienenden Platz zuzuweisen. Immer neue finanzielle Anreizsysteme bergen die Gefahr, das ärztliche Denken und Handeln zu zersetzen.

Die Digitalisierung birgt große Chancen. Künstliche Intelligenz (KI) ergänzt das individuelle Fachwissen in unserem kaum noch umfassend überschaubaren Fachgebiet. In dem hoch sensiblen Bereich der ärztlichen Versorgung muss der Datenschutz allerdings an erster Stelle stehen. Derzeit investieren die Praxen viel Geld, Zeit und Knowhow in elektronische Heilberufeausweise, digitale Zertifikate,

Signaturen und entsprechende Hardware. Da die Infrastruktur aber noch nicht ausgereift ist,

nehmen diese Tätigkeiten viel Zeit in Anspruch, die der guten Patientenversorgung verloren geht. Wiederum ermöglichen digitale Praxisverwaltungssysteme z.B. papierloses Arbeiten. Auch andere Bereiche wie Energieverbrauch, E-Mobilität u.a. werden zunehmend Herausforderungen der klimaverantwortlichen Hausarztpraxis werden.

Junge Ärztinnen und Ärzten gehen mit veränderten Erwartungen ins Berufsleben. Die berühmte Work-Life-Balance spielt berechtigterweise eine große Rolle. Ca. 70 % der Absolventen sind weiblich. Nicht erst jetzt sollte das Thema Familie in den Praxen angekommen sein.

Im DLF sprach ein Jugendforscher kürzlich von den drei wichtigsten Werten im Leben junger Menschen. Er beschrieb diese als Spaß, Sinn und Sicherheit. Auch diese Werte sollten in der Hausarztpraxis der Zukunft Berücksichtigung finden.

WIE KÖNNEN WIR EINE HAUSARZTPRAXIS (HAP) ZUKUNFTSFÄHIG GESTALTEN?

25 Jahre Erfahrungen in einer Hausarztpraxis und manches inspirierende Gespräch mit jungen Kolleginnen führen mich zu folgenden Impulsen, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Was charakterisiert eine zukunftsfähige HAP?

Sie ist "gut". – Das klingt zugegebener Maßen banal. Aber die Zeiten, in denen ein Hausarzt sich mit Minimalweiterbildung und garantiertem wirtschaftlichen Erfolg niederlassen konnte, sind lange vorbei. Allerdings verbinden manche mit Allgemeinmedizin noch immer den Begriff der "Barfußmedizin". Hausärzte müssen heute eine breit gefächerte Facharztweiterbildung absolvieren. Diverse Zusatzqualifikationen wie auch die akademische Anbindung an eine universitäre Abteilung, z.B. als Lehrpraxis, sind sehr sinnvoll. Ein Qualitätsmanagement (QM) muss in allen Praxen etabliert und gelebt werden, wobei das QM den Abläufen dienen muss und nicht umgekehrt. Auch sollte in der Hausarztpraxis hinreichend betriebswirtschaftliches Wissen vorhanden sein, um das "Unternehmen" Praxis zielorientiert zu steuern. Wir leisten uns regelmäßige Unternehmensberatungen, um Strukturen, Organisation und Kommunikation weiter zu optimieren. Auch individuelles Coaching für einzelne Mitarbeiter und Funktionen ist hilfreich. - Die "HAP der Zukunft" wird also inhaltlich "gut geführt".

Sie ist flexibel in ihrer Organisation. - Dabei muss das klassische Bild von Einzel- oder Gemeinschaftspraxen ergänzt werden durch die Möglichkeiten von Zweigpraxen (gerade auf dem Lande), MVZ und angestellten Ärztinnen und Ärzten. Bekannterweise wird die Medizin weiblich, was besonders für die Allgemeinmedizin gilt. Die Familie rückt deutlicher in den Blickpunkt. Dafür müssen flexible Anstellungsverhältnisse und Arbeitszeiten vorhanden sein. Dies lässt sich nicht ausschließlich in der einzelnen Praxis lösen. Zwei Partner unserer Ärztinnen arbeiten zu Hause bzw. als Hausmann. Haben die Kinder von MitarbeiterInnen ihren Platz in der Praxis? Respektiert die Personalplanung begrenzte Wochenarbeitszeit, Kindergartenzeiten und Ferien? Gerade eine Praxis kann (in gewissen Grenzen) Patienten so bestellen, wie die Ärzte und Ärztinnen das zeitlich einrichten können. Nur so können wir junge Leute begeistern für die Arbeit als Hausärztin gerade im ländlichen Bereich.



Sie ist ressourcenstark. – Personell, räumlich, technisch, fachlich. Mehrere Ärztinnen und Ärzte können ihr spezifisches Fachwissen gegenseitig ergänzen. Keiner kann die Medizin komplett überblicken. Der persönliche, kollegiale Austausch gibt Sicherheit. Mehrere Ärztinnen und Ärzte garantieren verlässliche Öffnungszeiten und ermöglichen erst die flexiblen Arbeitszeiten. Sie ermöglichen auch dem einzelnen Freiraum für Engagement in der Lehre, wissenschaftliches Arbeiten und für ehrenamtliches Engagement. In unserem Ärzteteam von derzeit sechs Personen können Aufgaben gabenorientiert delegiert werden (verschiedene medizinische Fachbereiche, aber auch QM, DSGVO, Arbeitsschutz, Hygienebestimmungen, betriebswirtschaftlicher Schwerpunkt, Digitalisierung, Abrechnung mit zunehmender Komplexität u.m.m.).

In einer größeren Gemeinschaft muss nicht jeder alles können. – Ebenso delegieren wir vieles an besonders qualifizierte MFA (Medizinische Fachangestellte). Wir haben MFA-Sprechstunden etabliert, zwei VerAHs, Impfassistentinnen, etc.. Nur so kann das große Arbeitsaufkommen inhaltlich bewältigt und bzgl. der individuellen Belastung abgefedert werden. – Für solche Strukturen braucht man hinreichend viele Räume. Die Belegung muss durch Personalplanung und Steuerungs-MFA klug umgesetzt werden. Ebenso ist eine gute technische Ausstattung sinnvoll. Anders als z.B. in Südeuropa können in Deutschland viele medizinische Probleme bereits in der HAP

abgeklärt und gelöst werden. Das ist gut für die Patienten, für die Praxis und letztlich für die Kostenträger. – Nicht zuletzt braucht jede HAP ein potentes Netzwerk zu anderen Fachpraxen – nicht nur ärztlich. Das kollegiale Miteinander gewinnt an Bedeutung, menschlich und auch inhaltlich.

Sie hat Zeit für ihre Patienten. - Hausärztinnen und -ärzte gewinnen immer mehr an Bedeutung als fachliche Ratgeber und Vertrauenspersonen. Das beinhaltet einen Spagat zwischen "Nahbereich des Patienten" und "professionellem Service". Für den Patienten wird die Zeit, die die Ärztin/der Arzt für ihn hat, immer wichtiger. Reale, vertrauenswürdige Beziehungen werden Mangelware und zunehmend gewünscht. Auch hierin spiegelt sich der Begriff der Sinnhaftigkeit des beruflichen Tuns, der von dem oben zitierten Jugendforscher gerade für die junge Generation benannt wurde. Viele junge KollegInnen wollen kein "Rad im Getriebe" sein. – Die dafür benötigte Zeit ist allerdings nicht automatisch vorhanden, sie muss gewollt und durch Einsatz der o.g. Ressourcen erwirkt sein.

Sie hat wirtschaftlichen Spielraum. - Auch dieser muss und kann durch die genannten Ressourcen erwirtschaftet werden. Dies ist unter den aktuellen Bedingungen auch tatsächlich möglich. Die Aufgaben in der HAP können nicht unter minimalen oder gar prekären wirtschaftlichen Bedingungen geleistet werden. Wenn sich junge Menschen in diesen Bereich wagen sollen, dann müssen die politischen Bedingungen natürlich stimmen und es muss in einer solchen Praxis mindestens ein Partner einen betriebswirtschaftlichen Blick haben. Auch dieser Aspekt spricht für große, ressourcenstarke Praxen.

Sie investiert in Aus- und Weiterbildung. – Durch die Anbindung einer Lehrpraxis an eine universitäre Abteilung fließt ständig frisches Wissen in die Praxis. Dadurch verbessert sich die Qualität der Arbeit und es schafft Sicherheit und Zufriedenheit. Junge KollegInnen werden nach Arbeitsfeldern schauen, die auf der Höhe des Fachwissens sind. Insofern handelt es sich bei diesem Engagement um eine Investition in die Zukunft, da solche Praxen bedeutend weniger Nachwuchssorgen haben.



Die vorwiegend christlichen Leser dieses Magazins werden sich vielleicht fragen, was dies alles mit ihrem Christsein zu tun hat. Qualitativ gute Arbeit, professionelle Unternehmensführung und zugewandte Medizin sind Werte, die für Christen genauso gelten wie für alle anderen Kolleginnen und Kollegen. Darüber hinaus ist es mein Wunsch, dass HAP, in denen Christen arbeiten, Orte der Heilung für die Stadt sind - und das im umfassenden Sinn. Von HAP sollte Segen ausgehen für den Ort. Bei uns findet das höchst selten ausdrücklich, z.B. durch das gesprochene Wort, statt. Vielmehr sind wir der Überzeugung, dass der lebendige Gott, der in uns Wohnung nehmen möchte, nicht verborgen bleiben kann - in jeder Patientenbegegnung. Wie er das macht, überlassen wir ihm. Der Schweizer Theologe Johannes Fischer spricht von "Präsenzräumen". So wünsche ich mir für die Zukunft, dass überall dort, wo Christen in einer Hausarztpraxis arbeiten, ein Präsenzraum Gottes entsteht. (Dies gilt übrigens nicht nur für Hausarztpraxen!)

Congress Centrum Würzburg • www.aps-kongress.de



Dr. med. Wolfram G. Nagel, MAE Facharzt in einer Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Esens, Vorsitzender Beraternetzwerk leben:helfen.



WENN DIE ROTE LINIE

ÜBFRSCHRITTFN WIRD

Wenn der Arbeitstag mit Überstunden zu Ende geht, viele Notfälle in die ausgebuchte Sprechstunde integriert werden mussten, bin ich müde und erschöpft und empfinde nicht selten, dass ich die rote Linie des gesunden Maßes mal wieder überschritten habe.

Das medizinische Handwerk der Urologie macht mir als 65-Jährigem auch heute noch viel Freude. Besonders die Betreuung meiner onkologischen Patienten. Ihnen Perspektiven aufzuzeigen und sie durch die Klippen ihrer Not zu führen ist für mich unendlich wertvoll. Wenn ich mich frage, warum ich nicht bereits ausgebrannt bin, trotz aller Erschöpfung, denke ich an die vielen Begegnungen mit Patienten, die mit ihren spirituellen Nöten zu mir kommen.

Diese Begegnungen sind es, die mir ganz viel Kraft gegeben und meinen inneren Pool sogar wieder aufgefüllt haben. Mir wird dabei häufig bewusst, dass mir etwas wie eine Berufung geschenkt wurde, meinen Patienten in diesen Fragen ganz nahe zu sein.

Ich denke an eine Frau, Mitte 60, die mir neulich die Last auf ihrer Seele anvertraute. Sie berichtete, dass sie wegen der vielen Abtreibungen, die sie hatte durchführen lassen, nachts nicht schlafen konnte. Ihrem orthodoxen Priester hatte sie schon gebeichtet, aber sie konnte sich selbst nicht vergeben.

Ich fragte sie, ob ich um Segen für sie beten dürfe. Sie stimmte freudig zu! In meinem einfachen Gebet mitten in der Sprechstunde stellte ich diese Patientin unter den Schutz und Segen Gottes und dankte mit ihr dem barmherzigen Gott, dass das Sterben seines Sohnes ausreicht, auch diese Schuld zu vergeben. Wir spürten glaube ich beide, dass Gott uns in diesem Moment ganz nahe war.

Kürzlich kam die Ehefrau eines gerade verstorbenen Patienten zu mir. Sie wollte sich bedanken für meine Anteilnahme, die ich leider nur auf Anrufbeantworter zum Ausdruck bringen konnte. Nachdem sie mir die Geschichte des Sterbens ihres Mannes erzählt hatte, sagte sie energisch: Nun, Doktor Brandes, jetzt möchte ich Sie um eine Bibel bitten und ihren Patientengottesdienst werde ich auch besuchen. Das Thema Glaube war bisher noch nie zwischen uns zur Sprache gekommen. Ich zog eine noch in Folie verschweißte "Hoffnung für Alle" aus meiner Schublade und überreichte sie ihr.

Ich erinnere mich an einen 90-jährigen Patienten, der im Finale seiner Krebserkrankung den Wunsch hatte, sich noch taufen zu lassen. Wenige Tage nach seiner Taufe konnte er heimgehen zu Gott, seinem barmherzigen Vater.

Ich denke an die krebskranken betagten Patienten unserer christlichen Selbsthilfegruppe, die durch die regelmäßigen Andachten von dem ev. Pastor Dr. Steffen im Wartezimmer meiner Praxis den Glauben für sich neu entdeckt und vertieft haben.

Mir kommt eine sehr gepflegte alte Dame in den Sinn. Ihr lag die dringliche Frage, ob sie noch Christin sei, auf der Seele. Sie hätte schon so lange auf diesen Termin gewartet, um dies mit mir zu klären. Sie war vor vielen Jahren wegen des Zerbruch ihrer Ehe aus der Kirche ausgetreten!

"Sie glauben an Jesus, den Auferstandenen, der uns mit dem Vater versöhnt? Der uns unsere Schuld vergibt?"

"Ja, das glaube ich alles!" "Sie sind getauft?""Ja, das bin ich!" "Dann sind Sie immer noch Christin!"

Eine große Erleichterung war ihr anzumerken.

Sie fand ihre neue geistliche Heimat in der St. Petrikirche in Hamburgs City!

Vor einigen Tage lud mich ein afghanischer Geschäftsmann, der unsere Patientengottesdienste seit Jahren besucht, zum Essen ein. In unserem Gespräch genossen wir die Sympathie, die wir füreinander empfanden und waren uns gewiss, dass der wahre Gott ein Gott der Liebe sein müsse!

Ich empfinde diese besonderen Begegnungen mit den Patienten als Geschenke Gottes! Ein zarter Friede war bei diesen Begegnungen ganz häufig zu spüren!

Dieser Friede ist für mich eine besondere Kraftquelle!

Dr. med. Volker Brandes,Facharzt für Urologie, Hamburg





Im Michael-Herler-Heim, einem Pflegeheim für Senioren in Singen/Hohentwiel, leben 85 pflegebedürftige Menschen in Einzelzimmern, jeweils mit 11 anderen Bewohnerinnen und Bewohnern in 7 Hausgemeinschaften. 110 Mitarbeitende aus 25 Nationen sind für die Bewohnenden da. Einen Einblick gibt die Homepage www.awo-seniorenzentrum-michael-herler-heim.de. ChrisCare war im Gespräch mit der Pflegedienstleiterin Bettina Frank.

Was ist gegenwärtig Ihre größte Herausforderung als Pflegedienstleitung?

Definitiv der Personalnotstand. Die Pflegebedürftigen werden mehr und diejenigen, die sie versorgen, immer weniger. Qualifizierte Pflegefachkräfte zu bekommen, ist auf einem "fast leer gefegten" Markt kaum möglich.

Unter den 110 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Ihres Hauses sind zahlreiche, die nicht in Deutschland geboren sind. Wir wirkt sich die multikulturelle Zusammensetzung auf das Klima in der Einrichtung aus?

Ich würde sagen, durchweg gut. Unsere Mitarbeiter*innen haben sich auf ein Team mit vielen Facetten eingestellt. Wir merken in der Zusammenarbeit, dass es nicht entscheidend ist, aus welchen Kulturkreisen jemand kommt, sondern ob man bereit ist, den anderen zu akzeptieren und ob die persönlichen Voraussetzungen, die es für die Pflege und Betreuung unserer Bewohner*innen braucht, gegeben sind.

Die AWO Baden sucht schon länger Pflegekräfte auf dem internationalen Markt in Asien. Auch in Singen haben Sie Krankenpflegerinnen von den Philippinen begrüßt. Mit welchen Erwartungen haben Sie den jungen Frauen entgegen gesehen?

Wir hatten uns Unterstützung im Team der Pflegefachkräfte gewünscht und die Hoffnung, dass es eine Win/Win Situation wird. Unser Ansatz war, gut ausgebildete Pflegefachkräfte hier bei uns zu integrieren und ihnen eine Perspektive in Deutschland zu bieten.

Und welche Erfahrungen haben Sie dann gemacht?

Es gab, denke ich, für beide Seiten positive und negative Erfahrungen. Wir haben ganz andere Anforderungen an eine Pflegefachkraft. Bei uns gehört die ganzheitliche Pflege unserer Bewohner*innen zum Aufgabenkreis – die Behand-

lungspflege sowie auch die direkte Pflege. Dies war für unsere philippinischen Krankenschwestern ungewohnt. In ihrer Heimat wird die direkte Pflege von Angehörigen oder Hilfspflegekräften übernommen. Sie hatten diesbezüglich auch wenig Informationen, was in Deutschen Pflegeheimen auf sie zukommt. Die philippinische Mentalität und Erziehung ist ein weiterer Punkt, der die Zusammenarbeit manchmal erschwerte und weshalb Missverständnisse nicht richtig geklärt werden konnten. Das Anerkennungsverfahren, bis eine gut ausgebildete philippinische Krankenschwester ihre Urkunde erhält und bei uns als Pflegefachkraft arbeiten darf, ist sehr lang. Es dauerte teilweise bis zu einem Jahr.

Die Sprache ist sehr wichtig und ein bestandener B2 Abschluss bedeutet nicht, dass eine gute Kommunikation möglich ist. Teilweise lagen die Sprachkurse mit B2 Abschluss bereits mehr als ein Jahr zurück. Die Wartezeit auf den Philippinen bis zur Ausreise ist für die Krankenschwestern und auch für uns als Pflegeheim sehr zermürbend. Vom ersten Kontakt bis zur tatsächlichen Ankunft in Deutschland vergehen viele Monate. Die Stellen müssen ja zum Zeitpunkt x frei sein. Die Wohnungen müssen vorgehalten werden.

Aus Sicht der philippinischen Fachkräfte machte es ja vielleicht Sinn, sich nach Alternativen umzusehen, die ihrer Ausbildung und ihren Erwartungen eher entsprachen. Aber was hat das Experiment für sie bedeutet?

Wie oben schon erwähnt, haben wir es mit zwei unterschiedlichen Gesundheitssystemen zu tun. Die komplexeren Aufgaben und die höhere körperliche Belastung in Deutschland sind ihnen bei der Einreise nicht bewusst. Corona hat auch die Freude, in Deutschland arbeiten zu können, etwas geschmälert, da einige den Aufenthalt nutzen wollten, um Europa zu bereisen. Dies war ihnen leider kaum möglich.

INTERVIEW 27

Nicht alle Ihrer Bewohnerinnen und Bewohner haben ihr Leben lang in Deutschland gelebt. Einige stammen vermutlich aus der ehemaligen Sowjetunion, andere sind vielleicht als sogenannte Gastarbeiter nach Deutschland gekommen. Was bedeutet für sie die Internationalisierung der Mitarbeiterschaft.

Für manche Bewohner*innen ist es ein "Glücksfall", dass es Mitarbeiter*innen gibt, die deren Muttersprache sprechen und verstehen. Besonders an Demenz Erkrankte sind in ihrer Muttersprache leichter erreichbar. Aber es gibt natürlich auch Missverständnisse durch die sprachliche Ausdrucksfähigkeit und das Sprachverständnis. Dialekt, Akzent und Satzbau sind manchmal große Hürden in der Verständigung. Da ist Improvisation gefragt.

Ihr Betrieb bildet Altenpflegehelfer und auch dreijährige Pflegefachkräfte aus, unter denen ebenfalls viele einen Migrationshintergrund haben. Welche besonderen Herausforderungen und Chancen bringt dieser Erfahrungshorizont der Schülerinnen und Schüler mit sich?

Das Hauptthema ist immer die Sprache. Wir haben deshalb auch einige Auszubildende in einer speziellen Klasse für Altenpflegehelfer mit Migrationshintergrund. Diese Ausbildung dauert 2 Jahre und hat als Schwerpunkt die deutsche Sprache. Es ist auffällig, dass es auch einige junge Männer gibt, die die Pflegeausbildung anstreben. In ihrer Heimat ist es oft selbstverständlich, dass sich die Jüngeren um die Älteren kümmern. Das Engagement und die Freude, die diese jungen Menschen zeigen, bestärkt uns immer wieder, auch denjenigen eine Ausbildung zu ermöglichen, die sonst wenig Chancen haben. Bisher wurden wir selten enttäuscht.

Dass das Leben im Michael-Herler-Heim durch die vielfältigen Prägungen der Mitarbeiterschaft bunt und lebendig ist, nehme ich an. Erinnern Sie sich

an ein besonderes Ereignis, bei dem die Internationalität eine besondere Rolle spielte?

Nicht ein besonderes Ereignis. Es gibt viele Beispiele, die nicht spektakulär sind, aber für jeden Einzelnen sehr wichtig. Eine portugiesische Bewohnerin ohne Deutschkenntnisse konnte mit Hilfe unserer portugiesischen Mitarbeiterinnen sich verständigen; eine alte Dame aus Kasachstan bekam leuchtende Augen, wenn sie sich in Russisch unterhalten konnte; wir hatten einen italienischen Bewohner, der mit unseren Alltagsbegleiterinnen sein Leibgericht kochte: "Spaghetti Bolognese" - Oder eine Mitarbeiterin aus dem Kosovo half einer jungen Auszubildenden aus Albanien bei den Behördengängen und unterstützte sie. Es sind eben die kleinen Begebenheiten, die Heimat vermitteln, unsere Vielfalt im Michael-Herler-Heim widerspiegeln und das Zusammenleben gelingen lassen.

Singen liegt nur wenige Kilometer von der Grenze entfernt. Die Schweiz ist schon seit Langem auf die Zuwanderung von Pflegekräften, Medizinern und Therapeuten angewiesen. Bringt die Nähe zur Schweiz besondere Probleme bei der Suche nach Pflegekräften?

Durchaus. Die Schweiz hat ein höheres Lohnniveau und auch bessere Stellenschlüssel. Auf den ersten Blick ist ein Arbeitsplatz in der Schweiz verlockend und es gibt viele Pflegefachkräfte, die in Deutschland leben und in der Schweiz arbeiten. Unser Standort ist insofern für die Gewinnung von Pflegefachkräften nicht ideal.

Sie stehen im Wettbewerb um die besten Kräfte, sowohl gegenüber der Schweiz mit ihrem viel höheren Lohnniveau, als auch mit anderen Ländern Europas. Warum sollten Pflegekräfte und andere sich ausgerechnet im Michael-Herler-Heim bewerben?

Das ist eine gute Frage. Die Schweiz punktet natürlich mit höheren Löhnen.

Wir haben aber als AWO durchaus eine angemessene Vergütung und gute Sozialleistungen, die tariflich festgelegt sind. Das Michael-Herler-Heim liegt in - wie man so schön sagt - landschaftlich reizvoller Lage. Wir sind in wenigen Minuten am Bodensee. Die Alpen und der Schwarzwald sind nicht weit. In unserem Seniorenzentrum haben wir ein Team aus Pflegefachkräften, Pflegehelfern, Auszubildenden, Alltagsbegleitern, Betreuungs- und Reinigungskräften, das sich um die Bewohner*innen kümmert. Eine Stelle für "Teamplayer". Unser Haus hat eine überschaubare Größe - man kennt sich. Die multikulturelle Belegschaft bietet einen interessanten und vielfältigen Arbeitsplatz. Das Michael-Herler-Heim ist geprägt von einer wertschätzenden und freundlichen Atmosphäre. Wir haben flache Hierarchien und arbeiten partnerschaftlich im Team. Sozialverträgliche Dienstpläne versuchen wir zu realisieren. Ein Qualitätsmanagement bietet klare Strukturen und Abläufe.

Und was motiviert die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Beruf und in Ihrem Heim zu bleiben?

Das müsste ich meine langjährigen Mitarbeiter fragen. Gerade diese Woche haben wir 19 Mitarbeiter geehrt, die seit 10 bis über 30 Jahren bei uns tätig sind. Ich denke, es ist der verlässliche Arbeitgeber, ein Team, das sich gegenseitig unterstützt, die Möglichkeit, den Arbeitsplatz mitzugestalten und die gute Atmosphäre, die uns immer wieder bestätigt wird.

Vielen Dank.



Bettina FrankPflegedienstleiterin,
Singen/Hohentwiel



"Vertrauen ist die wichtigste Währung im Gesundheitswesen", meint der Vorsitzende von Christen im Gesundheitswesen, Georg Schiffner, im Blick auf den 8. Christlichen Gesundheitskongress. "Das gilt für die Mitarbeitenden, die angesichts vielfältiger Änderungen im Gesundheitswesen verunsichert sind. Auch die Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Patienten lebt wesentlich vom Vertrauen. Unser Kongress wird Hoffnung wecken und zu verantwortlichem Handeln ermutigen."

Û

"Das digitale Format eröffnet Möglichkeiten, gemeinsam mit Menschen aus der Umgebung am Programm teilzunehmen. Ich freue mich auf den interdisziplinären Austausch und neue Impulse für die Gestaltung meines Arbeitsumfeldes. Die Beiträge werden ja auch im Nachhinein noch zur Verfügung stehen", erklärt Vorstandsmitglied Gabriele Müller, Leitende Ärztin in einem Schmerzzentrum.

Und die Allgemeinmedizinerin Carina Dinkel (Tübingen) ergänzt: "Gerade jetzt sehe ich eine Chance, dass sich in unserem Gesundheitssystem etwas verändern kann. Wir können darauf vertrauen, dass Gott in diesem Prozess dabei ist und hoffen, dass sich etwas zum Besseren verändert, wenn wir uns verantwortungsvoll einbringen. Ich freue mich auf das digitale Format, weil es es vielen Menschen einfacher macht, teilzunehmen und die Möglichkeiten, an Seminaren dabei zu sein, viel größer sind." Dinkel C. ist Referentin im Deutschen Institut für Ärztliche Mission in Tübingen.

Aus der Sicht der ambulanten Pflege unterstreicht Angela

Glaser die Bedeutung des Kongresses im Internet: "Durch die digitale Teilnahme kann mein Arbeitsalltag weitergehen und die Impulse durch den Kongress kommen direkt in meinen Alltag." Glaser, die sich intensiv mit den Chancen des Miteinanders von Kirchengemeinde und Gesundheitswesen beschäftigt, meint: "Vom Kongress erwarte ich Anregungen zu meiner brennenden Frage der Zeit: Wohin geht die Pflege? Wie können wir noch gut kranke Menschen in 10 Jahren versorgen?" Und sie ist überzeugt, "dass es wertvoll ist, Neues zu hören. Und weil auch digital Verbundenheit mit Menschen, die ähnliche Fragen und Sorgen haben, entstehen kann. Wir sind gemeinsam unterwegs."

Astrid Giebel, Theologin im Diakonischen Werk - Bundesverband, Berlin, freut sich auf die Begegnung: "Der Kongress bietet wie kein anderer Kongress die Möglichkeit, sich überkonfessionell und interprofessionell mit aktuellen Kernthemen der gesundheitlichen Versorgung auseinanderzusetzen. Ich finde es schön, dort Kontakte zu knüpfen oder gute











Bekannte wieder zu treffen." Im Rückblick auf die bisherigen Kongresse hebt sie hervor, dass viel gewachsen sei, auch im Anliegen, Spiritual Care im Gesundheitswesen fachlich zu verankern.

"Wie können wir in krassen Zeiten gesünder leben?", fragt sich Michael Rohde, Pastor in Hannover. "Ich bin bei diesem Kongress besonders gespannt darauf, auszutauschen, wie Christinnen und Christen Vertrauen wagen und Hoffnung schöpfen können und andere damit positiv anstecken."

Der Kongress beschreitet auch bei der Finanzierung neue Wege. "Wir sind froh, dass unser Kongress unabhängig von großen Geldgebern ist, weil die Teilnehmenden den Kongress durch ihre nach Einkommen gestaffelten Teilnehmerbeiträge und Spenden unterstützen," meint Kongressgeschäftsführer Günther Gundlach.

Mehr: www.christlicher-gesundheitskongress.de

Der Christliche Gesundheitskongress wird von einem ökumenischen und multiprofessionellen Kreis von Fachleuten aus Kirche und Gesundheitswesen organisiert. Die dreitägigen Kongresse fanden seit 2008 in Kassel oder Bielefeld statt. Daran nahmen zwischen 600 und 800 Mediziner, Pflegende, Therapeuten und Seelsorger teil.

Anzeiae

Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht:

Ein sozialer Einsatz – für beide Seiten wertvoll und ein Gewinn!

Wie wäre es, sich für ein oder zwei Wochen, vier Monate oder gar mehrere Jahre in Albanien zu engagieren? Ein Sozialeinsatz ist ein beidseitiger Gewinn und sicherlich ein wertvoller Blick über den eigenen Tellerrand.

- Sie sind im Ruhestand und wollen Ihre beruflichen Erfahrungen weitergeben?
- Sie haben gerade die Schule, die Ausbildung oder ein Studium beendet und wollen einen Beitrag für eine bessere Welt leisten?
- Sie möchten Ihren Urlaub einsetzen, um Menschen in Not zu begegnen und dabei sinnvoll helfen?

Dann sind Sie bei uns genau an der richtigen Stelle!

Wir suchen engagierte Menschen, die mit Herz, Verstand und Freude im Einsatz sind.

Die Möglichkeiten, sich in unserem Reha-Zentrum in Pogradec / Südost-Albanien am Ohridsee einzubringen, sind vielseitig. In den Bereichen Orthopädie-Werkstatt, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Frühförderung und Heilpädagogik gibt es jeden Tag viel zu tun.



Fachkräfte sind genauso willkommen wie Helfer, denen es am Herzen liegt, einen Beitrag zu leisten. Fachwissen ist nicht für alle Tätigkeiten notwendig. Erforderlich ist jedoch die Bereitschaft, sich in unser Team einzufügen und die Werte unserer Hilfsorganisation mitzutragen. Teamgeist, Annahme des Nächsten und Freude, seinem Mitmenschen in Liebe und Achtung helfend zu begegnen, sind uns wichtig.

Sie sprechen weder Albanisch noch Englisch? Kein Problem, denn in unserem Zentrum sprechen viele Mitarbeiter auch Deutsch. Wenn jetzt Ihr Herz kräftig dafür schlägt und Sie sich angesprochen fühlen – dann nehmen Sie völlig unverbindlich Kontakt mit unserem Geschäftsstellenleiter Johannes Goldammer auf oder informieren Sie sich auf unserer Homepage.

Wir freuen uns über jede Form Ihrer Unterstützung.



Medizinische Nothilfe Albanien e.V. Geschäftsstelle Deutschland Kamenzer Str. 10 · 02826 Görlitz Fon: 03581-73 85 50 Geschaeftsstelle@mna-ev.de www.mna-ev.de Evangelische Bank eG IBAN: DE16 5206 0410 0006 4237 36 BIC: GENODEF1EK1

Besuchen Sie beim 8. Christlichen Gesundheitskongress vom 16. – 22. Januar 2022 im Seminarblock 2 das Seminar von Herrn Matthias Roller, er war viele Jahre im Vorstand der MNA und berichtet über den Aufbau und die weitere Entwicklung des MNA-Rehabilitationszentrums in Pogradec/Südost-Albanien. Seminar-Nummer: 205 "Aufbau eines interdisziplinären Rehabilitationszentrums für Orthopädie und Neuroorthopädie in Albanien – Pionierarbeit, die sich lohnt, in einem Land ohne Rehabilitation"

Smart Christian Medicine?

Künstliche Intelligenz (KI), Big Data, Robotik, VR/AR, Cloud Computing u.v.m. treffen auf eine uralte Profession zwischen Ethik, Kunst, Handwerk und Wissenschaft, die Medizin: eine besondere Herausforderung für die christliche Theologie wie die christliche Praxis. Wo Endlichkeit nicht als unzureichend verschmäht wird, wo Schmerz zwischen Erlösung und Sünde auch Leben bedeutet, wo die Grenze zwischen Schöpfer und Geschöpf als absolute Grenze geglaubt, erfahren und gelebt wird, dort erscheinen die Wege moderner, digitaler Medizin als vielleicht unchristlich.

Utopische Träume von einer "starken KI" werden womöglich als Alpträume einer entmenschlichten Medizin wahrgenommen. Behandlung um jeden Preis wird weder ökonomisch noch technologisch als legitim anerkannt. Für die christliche Theologie ist die digitale Medizin eine noch zu wenig aufgearbeitete und durchdrungene Entwicklung, zu welcher sie sich allerdings, ebenso wie ein jeder Christ, breit wie tief positionieren sollte. Im Raum digitaler Medizin nach Gott und dem Menschen fragen, ist eine neue Herausforderung - auch für die Theologie. Das gilt im Übrigen für die digitale Transformation der Gesellschaft auch über die Medizin hinaus und damit die Digitalmedialität beispielsweise kirchlicher oder auch allgemein zwischenmenschlicher Vermittlungsformen. Sozialethische Kompetenzen im Umfang mit solchen Phänomenen mögen dabei mehr nutzen, als ein Rückzug auf das innertheologisch und -kirchlich als sicher Erhoffte und doch immer neu in der Plausibilitätsdebatte Stehende.

Auf der einen Seite jedenfalls stehen mögliche und manchmal weniger mögliche theologische Basisreflexionen, auf der anderen Seite eine zunehmend als marginaler wahrzunehmende Glaubenspraxis in Kirche und Leben. Katholische, evangelische und (in geringer Zahl) ökumenische Krankenhäuser stellen heute rund ein Viertel der Krankenhausversorgung in Deutschland sicher. Vielfältige mildtätige Hilfsangebote sind eine kaum zu ersetzende Stützte eines sozialen, friedlichen und gerechten Staates und seines mit ebensolchem Anspruch auftretenden Gesundheitssystems.



Sogar "Smart Christian Hospitals" werden als angemessene Integration digitaler Technologien in die Medizin christlicher Krankenhäuser gefordert (Heinemann 2021).

Und doch fällt es oft schwer, die Signatur christlichen Werteverständnisses klar artikuliert in den verschiedenen Bereichen der digitalen Medizin auf den entsprechenden Ebenen wie Gesetzgebung, Institutionen oder auch einzelne Akteure zu hören (ohne die Arbeit christlicher Organisationen auf professioneller wie auf Patientinnen/Patientenseite damit schmälern zu wollen). Dies mag zum einen daran liegen, dass nun gerade die christliche Seinsgestalt einer sich schnell und schneller drehenden modernen Gesellschaft zunehmend fremder wird, ihre ermöglichenden Potenziale gerade für solch eine Gesellschaft immer schwieriger glaubhaft und wirksam zu entfalten vermag. Kirchenskandale, eigenwillige Stoßrichtungen der obersten Kirchenstrategie und letztlich auch inakzeptables persönliches Fehlverhalten von Systemprofis - diese Liste ließe sich auch von gläubigen Christen, die zu ihrer Kirche stehen, die wesentlich auch sie selbst sind, ebenso leicht fortsetzen, wie von wohlwollenden Theologen.

Hinzu treten makrosoziologische und weitere Faktoren, die es immer wieder neu zu einer bleibenden Herausforderung machen, gleichzeitig Christ und mitten in der echten Gesellschaft zu sein. Und zu dieser echten Gesellschaft gehört zunehmend das orientierungssuchende Ringen um einen klugen Weg zwischen einer innovationsfeindlichen Retrome-

dizin, die auf Chancen für Patientinnen und Patienten und Beschäftigte verzichtet, und einer digitaleuphorischen Hybrismedizin, die aus Prävention Optimierung macht und Algorithmen als Denkersatz herbeisehnt.

Nicht erst seit der Coronakrise wissen wir, dass der Zusammenhang von Ethik und Gesundheit ein grundsätzlicher ist. Dass in einem solidarischen Gesundheitssystem die Solidarität jenseits des Rechtsrahmens nicht einmal ausgereicht hat, um gegenseitig aufeinander aufzupassen, Acht zu geben, im Schutz der Gesundheit der Anderen den Schutz der eigenen Gesundheit zu erkennen, war eine bittere Erfahrung für viele. Und doch gab und gibt es Hoffnung, denn Hilfe, Respekt und Engagement ohne von außen her motivierte Ziele sind auch pandemische Realitäten, die wir begrüßen dürfen. Egal, ob jene nun christlich motiviert sind oder sonst wie legitim sinngebend (es gibt freilich auch illegitime Hilfe).

Die Würde des Menschen bildet für eine christlich inspirierte Ethik der digitalen Medizin (und Gesundheitswirtschaft) einen Ankerbegriff. Dabei ist streng auf die Differenz der Kategorien von Sein und Sollen, Realität und Idealität, Genese und Geltung abzustellen.

Dass die Welt so, wie sie ist, ist, weil wir in ihr tun können, was wir tun sollen, kann schöpfungstheologisch plausibel gedacht werden. Damit aber verbunden ist eine Absage an die immer wieder und immer neu geäußerte Generalkritik, "Würde" sei bereits deswegen als Ausgangpunkt ethischer Überlegungen untauglich, da in jenem Begriffe letztlich doch nur besondere jüdisch-christliche Vorstellungsgehalte von Gottesebenbildlichkeit zur Sprache kämen, die so nicht einmal annähernd in weiten Teilen anderer Kulturen relevant seien. Das ist zu bestreiten, zudem es auch systematisch nicht sachgerecht ist, denn zum einen ist "Würde" als Konzept genuin philosophischen Ursprungs, zum anderen ist die Anerkenntnis der Würde des Menschen Voraussetzung für die Einsicht in seine Gottesebenbildlichkeit, nicht andersherum. Die Würde des Menschen muss somit den Mittelpunkt einer Ethik der digitalen Medizin bilden, von der her und auf die hin diese Grundannahme material ausdifferenziert wird.

Damit sind den beiden Partnerbegriffen der Ökonomisierung und Digitalisierung, die beide in den sich beschleunigenden Unendlichkeitsvorstellungen der Postmoderne entspringen, gleichzeitig Grenzen gesetzt – denn auch digitale Medizin hat Medizin zu bleiben, nah am Menschen und seinen Belangen, Beziehungsgeschehen und Heilung, nicht nur Behandlung – und Chancen eröffnend. Denn genauso, wie digitale Exzesse zu vermeiden sind, die den Menschen aus seinem Verantwortungsraum hinausnehmen (auch wenn es ihm bequem vorkommen mag) oder ihn grundsätzlich umzugestalten suchen, ist der Einsatz digitaler Technologien eine Pflicht zum Wür-

deschutz dort, wo sonst vorschnell auf Heilungschancen verzichtet würde. Unser aller Leben wird enden und das wir leiden, wird nicht vollständig aufzuheben sein; wo allerdings bejubelt wird, dass Krebs - wie viele andere Geißeln der Menschen, - ohne aus dieser Perspektive abzulehnender datengetriebener Medizin eben nicht besiegt werden kann, ist die christliche Botschaft ebenfalls nicht verstanden worden. Für Profitexzesse gilt Analoges. Nicht Ökonomie, nicht einmal Gewinne, sind unethisch. Nur unethische Geschäftsmodelle sind es, erst recht dann, wenn es um das Wohlergehen und die Gesundheit von Menschen geht. Wo allerdings smartes, legitimes, legales und wirtschaftlich erfolgreiches Geschäft entsteht, freuen wir uns ob der Wirkungen. Denn die digitale Medizin kann gerade als Smart Christian Medicine in der Tat wesentlich mehr für uns alle tun, als viele glauben mögen.



Prof. Dr. Stefan Heinemann, Professor für Wirtschaftsethik an der FOM Hochschule sowie Sprecher der Ethik-Ellipse Smart Hospital der Universitätsmedizin Essen.

Der Autor fokussiert die ökonomische und ethische Perspektive auf die digitale Medizin und Gesundheitswirtschaft. Er ist Wissenschaftlicher Direktor des HAUPTSTANDKONGRESS LAB (Springer Medizin), Leiter der Forschungsgruppe "Ethik der digitalen Gesundheitswirtschaft & Medizin" am ifgs Institut für Gesundheit & Soziales der FOM Hochschule, Mitglied in der "AG KI in der Inneren Medizin" in der Kommission "Digitale Transformation in der Inneren Medizin" der DGIM Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin. Zudem ist der Philosoph und Theologe Mitglied im wissenschaftlichen Beirat "Digitale Transformation" der AOK Nordost, Mitglied im Beirat des Institutes für Patienten Erleben der Universitätsmedizin Essen, Mitglied im Sozial- und Gesundheitspolitischen Beirat der BARMER Landesvertretung Nordrhein-Westfalen und Mitglied des Innovationskreises Blutspendewesen des DRK-Blutspendedienstes West.



In einem Patientengottesdienst in Hamburg-Billstedt berichtete ein Patient über seine eigene geistliche Erfahrung mit Krankheit. Wir geben hier seinen Beitrag wieder und sind sicher, dass so ein wenig beachteter Aspekt der Weihnachtsgeschichte beleuchtet wird. Ein Dank an den Verfasser, dass er ihn uns – auch ohne seinen Namen zu nennen – zur Verfügung gestellt hat.

Am Ende eines Arztbesuches meinte dieser zu mir: "Da haben Sie ja ein ganz schönes Paket zu tragen: erst die misslungene Hüftoperation und jetzt auch noch der Tumor!" Ich entgegnete ihm: "Denken Sie mal! Wenn die Hüft-OP nicht missraten wäre, wäre das MRT zur weiteren Untersuchung gar nicht gemacht worden, auf welcher der Orthopäde den Blasentumor – jetzt noch rechtzeitig – gesehen hat. So erweist sich das Unglück auf einmal als Segen. Was da im Arztbrief als "Zufallsbefund" bezeichnet wird, darf ich gut und gerne als Gottes gute Führung und Bewahrung glauben. Das kann mir niemand ausreden. So verschlungen und unerforschlich können Gottes Wege mit uns Menschen sein.

Am dritten Tag nach der Blasen-OP wurde der Katheter entfernt. Ich hatte alle 10 - 15 Minuten Harndrang und musste auf die Toilette. Ich wusste gar nicht, wie ich die Nacht durchstehen sollte. Ich rief meinem Zimmernachbarn zu: "Ich schlafe heute auf dem Klo. Du musst dir etwas anderes ausdenken." Schließlich bat ich die Nachtschwester dann doch um eine Windel. Das Anlegen kannte ich noch ganz gut von unseren Enkelkindern. So lag ich nun da und hatte nach 63 Jahren wieder eine Windel um die Hüften. Mir war zum Heulen zumute.

Da kam mir die Weihnachtsgeschichte in den Sinn. Es hat mich immer schon sehr tief bewegt, dass unser Heiland und Retter Jesus Christus nicht Zepter und Krone zu seinen Herrschaftszeichen / Insignien gewählt hat, sondern ausgerechnet Windeln und eine Krippe. WINDELN! Die Krippe hat eine große Karriere in der christlichen Symbolik und Kunstgeschichte hingelegt. Dabei ist der Futtertrog im Stall doch ein Symbol für Armut und Elend und nicht für rustikale Romantik. Die Windel dagegen ist völlig in Vergessenheit geraten.

Mir fiel sie in dieser Situation wieder ein.... und ich fing an, wie ein Mantrum zu beten: "Und das habt zum Zeichen (Latein: Signum/Insignium): Ihr werdet finden – in Windeln gewickelt...

UND DAS HABT ZUM ZEICHEN: 1HR WERDET FINDEN — IN WINDELN GEWICKELT...

UND DAS HABT ZUM ZEICHEN: 1HR WERDET FINDEN — IN WINDELN GEWICKELT...

UND DAS HABT ZUM ZEICHEN: 1HR WERDET FINDEN — IN WINDELN GEWICKELT...

Wenn Beten heißt: "Gott nahekommen und nahe bleiben wollen, weil er uns nahegekommen ist," (Dietrich Bonhoeffer), dann ist mein Gebet erhört worden. Christus hat zwar den Grund für meine Windel nicht von mir genommen, aber in dieser Nacht hat er die Windel mit mir getragen.

FÜR SIE GELESEN

WEITER HORIZONT: SORGENDE GEMEINSCHAFT



Die Krise der Pflege ist längst in der Gegenwart angekommen. Dramatisch steigendem Bedarf steht eine ebenso drastisch sinkende Zahl professionell Pflegender gegenüber. Coenen-Marx weißt in vielen ihrer Publikationen auf den weiteren Horizont hin, innerhalb dessen nach Lösungen zu suchen sei. Sie will die Grenzen zwischen Sozialer Arbeit, Theologie und Pflege überwinden und zu ganzheitlichen Lösungen bei-

tragen. Die "Sorgende Gemeinschaft" wird zum Schlüsselbegriff. Dabei erinnert die frühere Vorsteherin in der Kaiserswerther Diakonie an die Erfahrungen von Schwesternschaften und Brüderhäusern. Im 19. Jahrhundert war das genossenschaftliche Modell von Diakonissen und Diakonen ein wirksames Mittel, um der Sozialen Frage zu begegnen. Heute könnten neue Gemeinschaften im Quartier entstehen, die an die Seite von familienbasierten Sorgegemeinschaften treten. Bei der Entwicklung solcher neuen Modelle gegenseitiger Hilfe können Kirchengemeinden eine neue Bedeutung gewinnen. Die Neuentdeckung der Gemeinschaft ist ein Werkstattbuch, das sich aus Vorträgen und Interviews zusammensetzt und durch vielfältige Praxisverweise ausgesprochen anregend geraten ist. Wer weiterdenken will als nur bis zur nächst Pflegereform,

ist hier gut aufgehoben.

Frank Fornaçon



Cornelia Coenen-Marx, Die Neuentdeckung der Gemeinschaft, Chancen und Herausforderungen für Kirche, Quartier und Pflege, Göttingen, 2021, 195 Seiten, ISBN 97835256204500, Euro 25,00, SFr 37.90

AUSSTIEG AUS DER SUCHTSPIRALE

Ich bin sehr dankbar für diese Untersuchung, die sich dem immer wieder behaupteten Zusammenhang von christlicher Spiritualität und der Therapie von Suchtmittelabhängigen widmet. Die Autorin zeigt auf, welche Faktoren hier wirken und unterstreicht die salutogenetischen Potentiale, die der Glaube bietet. In ihrem Fazit betont die Autorin dann, dass christliche Spiritualität eine mögliche Ressource zur Verhaltensänderung und Suchbewältigung darstellt. Der Glaube kann eine



bedeutende Ressource zur Sinnfindung, Identitätsbildung und Heilung der Persönlichkeit sein. Zudem bietet der Glaube eine Ressource zur Alltagsstrukturierung und -bewältigung. Zentral ist die persönliche Beziehung zu Gott, die sich in einem Lebensstil des "In-Beziehung-Lebens mit Gott" zeigt.

Wo viel Licht ist, ist auch Schatten. So thematisiert Lenhard auch die Gefahr, dass die Religiosität ihrerseits ein Suchtpotential birgt. Dieses erreicht jedoch keine pathologische Größenordnung. "Vielmehr zeigen die Forschungsergebnisse, dass gerade eine hohe Zentralität der Spiritualität, gepaart mit salutogenen Glaubensinhalten (z.B. Fokussierung auf positive Gottesbeziehung), einen Schlüssel im Genesungsprozess von Abhängigkeitserkrankungen darstellt."

Das Buch bietet allen, die in der Sozialen Arbeit mit Menschen umgehen, die suchtmittelabhängig sind, wie auch Therapeuten und Seelsorgern einen qualifizierten und hilfreichen Einblick in die heilsame Wirkung Christlicher Spiritualität. Es unterstreicht die Bedeutung fachlichen Wissens über die Zusammenhänge, indem es den Suchtmittelabhängigen in seiner ganzen Person ernst nimmt. Die Autorin ermutigt durch ihre Untersuchung Kirchengemeinden und einzelne Christen, auf die heilende Wirkung des Glaubens auch im Kontext von Suchtmittelabhängigkeit zu vertrauen.

Frank Fornaçon

Tabea Lenhard, SehnSucht, Die Bedeutung christlicher Spiritualität für langjährig Suchtmittelabhängige, Eine explorative Studie, Baden-Baden, 2021, 188 Seiten, ISBN 978-3-8288-4622-7, Euro 38,00, SFr 56.90

NACHRICHTEN

NEUER VORSTAND IM ÖKUMENISCHEN NETZWERK CHRISTEN IM GESUNDHEITSWESEN E.V.

Kassel: Das ökumenische Netzwerk Christen im Gesundheitswesen hat einen neuen Vorstand. Auf seiner jährlichen CiG Vereinsversammlung wurde am 13. November 2021 einstimmig ein fünfköpfiger Vorstand gewählt, der sich aus verschiedenen Berufen im Gesundheitswesen zusammen setzt

NEU IM VORSTAND SIND:

Dipl. Psych. Maren Gräfin zu Castell, Psychotherapeutin und Musiktherapeutin in eigener Praxis. Sie ist seit vielen Jahren in der CiG-Regionalarbeit Chemnitz engagiert. Hierbei liegen ihr besonders die ökumenischen Patientengottesdienste am Herzen.

Kristina Glesing, Pflegepädagogin, leitend in der Ausbildung von Altenpflegekräften in Karlsruhe tätig. Sie leitet langjährig die CiG-Regionalgruppe Karlsruhe mit dem besonderen Anliegen des interdisziplinären Austausches und Gebets.



UNVERÄNDERT IM VORSTAND SIND VERBLIEBEN:

Claudia Elwert, Physiotherapeutin, angestellt in einer Physiotherapie-Praxis im Raum Karlsruhe. Sie gehört zum Leitungsteam des Projektes "Zusammen für Gesundheit" (ZfG) der Nehemia-Initiative Karlsruhe, in dem medizinische, beratende, seelsorgerliche und geistliche Dienste zusammen wirken. Sie ist bereits viele Jahre im CiG-Vorstand aktiv.

Günther Gundlach, Geschäftsführer von Christen im Gesundheitswesen e.V. sowie der Christlichen Gesundheitskongresse. Er wird weiterhin 2. Vorsitzender sein. Darüber hinaus ist er im Kirchengemeinderat Aumühle tätig.

Dr. med. Georg Schiffner, Facharzt für Innere Medizin, Naturheilverfahren, Geriatrie und Palliativmedizin. Er ist als Chefarzt im Zentrum für Geriatrie und Frührehabilitation des Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand in Hamburg tätig und setzt ebenfalls seine Aufgabe als 1. Vorsitzender bei CiG fort.

Mit großem Dank wurde aus der Vorstandarbeit Bettina Gundlach verabschiedet, die sich seit über 30 Jahren mit großer Beständigkeit eingebracht hat und neben Referententätigkeit in ungezählten Begegnungen Mitarbeitende des CiG-Netzwerkes beratend und seelsorgend begleitet hat. Sie ist als Amtsärztin im Sozialpsychiatrischen Dienst in Geesthacht tätig und wird sich im Bundesweiten Leitungskreis auch in Zukunft einbringen.

Nicht nur die Multiprofessionalität der Berufe wird sich somit auch im neuen Vorstand wiederfinden, sondern auch die konfessionsverbindende Zusammensetzung: Katholische und evangelische Landeskirche sowie Freikirche sind vertreten.

Der Bundesweite Leitungskreis CiG besteht aktuell aus 21 Mitgliedern und entspricht rechtlich dem gemeinnützigen Verein Christen im Gesundheitswesen. Hier sind durchweg Christen aus verschiedenen Gesundheitsberufen, Konfessionen und Regionen Deutschlands vertreten, die gemeinsam die Aktivitäten des Netzwerkes verantworten.

"GLEICHBEHANDELN": GESUNDHEIT-LICHE VERSORGUNG AUCH FÜR MEN-SCHEN OHNE PAPIERE SICHERSTELLEN

Berlin: Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland darf nicht vom Aufenthaltsstatus abhängen. Hunderttausenden Menschen ohne Papiere wird der Zugang zum Gesundheitssystem bisher aber faktisch verwehrt: Gehen sie zum Arzt, laufen sie durch die Übermittlungspflicht im Gesundheitswesen Gefahr, abgeschoben zu werden. Mit einer Protestaktion am 18. November macht die Kampagne "Gleich-BeHandeln" auf diesen menschenrechtlichen Missstand aufmerksam. Sie forderte den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung auch für Menschen ohne Papiere sicherzustellen. Die Kampagne wird von einem breiten Bündnis aus über 80 zivilgesellschaftlichen Organisationen und Wohlfahrtsverbänden getragen. Ulrich Lilie, Präsident der Diakonie Deutschland: "Jeder Mensch in Deutschland muss sich darauf verlassen können, medizinisch gut versorgt zu werden. Gesundheit ist ein Menschenrecht. Die Übermittlungspflicht führt das Recht auf gesundheitliche Versorgung für Menschen ohne Papiere ad absurdum. Es ist längst überfällig, die für die Gesundheitsversorgung zuständigen staatlichen Anlaufstellen hiervon auszunehmen, damit Menschen ohne Aufenthaltsstatus durch einen Arztbesuch nicht die Abschiebung droht. Das Recht eines jeden Menschen auf Zugang zum Gesundheitssystem muss auch für Menschen ohne Papiere endlich umgesetzt werden."

Hintergrund: Formal haben Menschen ohne Papiere zwar genau wie Asylsuchende einen rechtlichen Anspruch zumindest auf die Behandlung akuter Erkrankungen. Sobald sie sich aber an ein Sozialamt wenden, um den dafür erforderlichen Behandlungsschein zu erhalten, droht ihnen die Abschiebung. Denn das Sozialamt ist, wie andere staatliche Stellen auch, durch § 87 des Aufenthaltsgesetzes dazu verpflichtet, Menschen ohne Papiere umgehend an die Ausländerbehörde zu melden. Menschen ohne Papiere meiden daher aus Angst vor einer Abschiebung auch dringend angezeigte ärztliche Behandlungen, was dazu führen kann, dass Krankheiten chronisch oder zu Notfällen werden.

Themenschwerpunkt Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere:

https://www.diakonie.de/krank-und-ohne-papiere

PAPST ÜBER VIELFALT: KEINE AUSGRENZUNG VERLETZLICHER MENSCHEN

Rom: Vielfalt ist Reichtum und darf "niemals Grund für Ausgrenzung und Diskriminierung sein". Daran hat der Papst mit Blick auf die Fürsorge für Menschen mit Behinderung erinnert. Franziskus empfing im Vatikan Vertreter der Ökumenischen Bewegung "Foi et Lumière", die sich seit fünf Jahrzehnten und inzwischen auch weltweit für Menschen mit geistiger Behinderung einsetzt.

Der Papst übte bei der Begegnung im Vatikan erneut Kritik an einer Kultur, die bestimmte Menschen abwertet und "aussortiert". Die ökumenische Bewegung "Foi et Lumière", übersetzt "Glaube und Licht", geht auf eine Lourdes-Pilgerreise für Menschen mit geistiger Behinderung und deren Familien zu Ostern des Jahres 1971 zurück. Franziskus würdigte das inzwischen 50-jährige Wirken der inzwischen weltweiten Initiative: "Die Präsenz von "Foi et Lumière" war und ist eine Prophezeiung, denn in dieser Kultur des Wegwerfens werden oft die zerbrechlichsten Menschen aussortiert, sie werden als nutzlos betrachtet. Und Ihre Prophezeiung ist heute noch wichtiger, um die Kultur des Wegwerfens zu bekämpfen und alle daran zu erinnern, dass Vielfalt ein Reichtum ist und niemals ein Grund für Ausgrenzung und Diskriminierung sein darf."

Die ökumenische Bewegung "Foi et Lumière" unterhält heute mehr als 1.420 Gemeinschaften in 86 Ländern auf fünf Kontinenten, die 38 verschiedene Sprachen abdecken. Dass es sich bei "Foi et Lumière" um eine ökumenische Gemeinschaft handele – die Bewegung wird gemeinsam von Freiwilligen der katholischen und protestantischen Kirche, der anglikanischen und orthodoxen Kirche getragen – sei ein "konkreter Keim der Einheit". Gerade die Schwächsten, für die sich "Foi et Lumière" einsetzt, würden so zu einer "Quelle der Versöhnung".

persönlich für Sie



LESERBRIEFE @CHRISCARE

LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN.

wie mag es Ihnen gehen, wenn Sie an die Zukunft unseres Gesundheitswesens denken? Sicherlich denken Sie zunächst an die Zukunft Ihrer eigenen Gesundheit – und das vollkommen zu Recht. Denn unser Gesundheitswesen bezieht seine Berechtigung einzig und allein aus dem Auftrag, Menschen in Krankheit zu helfen.

Natürlich gibt es für Gesundheitspolitik und Gesundheitsfachleute hierbei viel zu bedenken. Aber die Perspektive des kranken Menschen, des Patienten, bedarf es immer wieder zu Gehör gebracht zu sein. Dazu gehört ganz besonders auch die seelische Dimension, das Erleben, Hoffen und Bangen in Gesundheitskrisen und die stetige Aufforderung: Wir brauchen nicht nur gute Medizintechnik, sondern ebenso Menschen mit ihrer Zuwendung und Zeit. Wir brauchen Räume der Begegnung, die nicht 100 Prozent durchgeplant sind, sondern für das spontan mitmenschlich Aufmerksame und Tröstende Offenheit ermöglichen. Für uns als Gesundheitsfachleute sind solche Begegnungen mit unseren Patienten oftmals kostbare Momente im Berufsalltag. Aus ihnen ziehen wir Kraft und Ermutigung, auch anstrengende Dienste durch zu stehen.

In diesem Sinn gestalten auch Sie, liebe Patientinnen und Patienten, die Zukunft unseres Gesundheitswesens mit. Nicht nur, indem Sie demokratisch über gesundheitspolitische Ausrichtungen mit abstimmen. Sondern auch, indem Sie Ihre Stimme, Ihre Bedürfnisse jeden Tag neu in die Beziehung zu Ihrer Pflegekraft, Therapeut oder Ärztin einbringen. Und noch etwas: Bringen Sie auch Ihre Hoffnung ein. Hoffnung ist eine Schlüsselerfahrung im christlichen Glauben. Sie lebt von der Ostererfahrung, dass Gottes Möglichkeiten immer unsere menschliche Begrenzung überschreiten. So manche Patienten haben – vielleicht ohne es zu wissen – uns als Gesundheitsfachleuten mit ihrer Hoffnung Mut gemacht.

Dr. med. Georg Schiffner Chefarzt, Geriatriezentrum & Palliativbereich Wilhelmburger Krankenhaus Groß Sand, Hamburg, Vorsitzender Christen im Gesundheitswesen e.V.



ZU CC 2021-3 BEHINDERT MICH NICHT

Wir Menschen sind schon interessante Wesen! Geschaffen nach dem Bilde Gottes, einerseits groß und mächtig, andererseits wäscht Jesus die Füße der Jünger und fordert sie auf zu dienen ("Wer der Größte sein will, sei der Diener aller") Ach, was ist es doch herrlich, der Beste zu sein, der Tüchtigste, die Goldmedaillengewinner, der/die Schönste…!

Ich erinnere mich, dass im Religionsunterricht in der Schule einmal die Frage stand: "Wozu sind wir auf Erden..?" Die Antwort war etwa so: um Gott kennen zu lernen..! Wenn ich inzwischen glaube, wie es in der Schrift steht, dass Gott die Liebe ist, dann hab ich auf dieser Welt die Möglichkeit und auch irgendwie die Aufgabe zu lernen, zu üben, wie lieben geht. Da merke ich, dass alles Können, das sonst so hoch im Kurs steht, nicht entscheidend ist. Jeder kann dem anderen etwas lehren und jeder kann vom anderen etwas lernen. Vielleicht kann ein Kind, ein Schwacher, Kranker oder Behinderter es besser, da er mehr Vertrauen und Zuversicht hat, ohne Bedenken empfangene Fürsorge mit Offenheit und Fröhlichkeit zurückgeben will. Und in diesem Zusammenhang mit Behinderungen trifft mich Jesu Wort:

"Wer so klein sein kann wie dieses Kind, der ist im Himmelreich der Größte." Warum dreht Jesus die Maßstäbe um?

Im Grunde ist es inzwischen zu meinem Vorteil, besonders jetzt in fortschreitendem Alter, wenn sogenannte Altersbeschwerden, Gehbehinderungen, Gedächtnislücken, chronische Krankheiten auftreten.

Da brauche ich eine andere Sorte von "Größe": Geduldig werden und bleiben, dankbar und herzlich liebevoll sein, offen und nicht neidisch auf das Können anderer... Eigentlich ist es intelligent, sich so zu verhalten bzw. es einzuüben, auf Erden so zu leben "wie im Himmel(reich)" – wie im Reich Gottes, im Reich der Liebe, wo wir ja nach dem Tod weiterleben wollen, oder? Sogar ewig!

Dr. med. Monika Windsor, Augsburg



Wochenende für Kranke und Angehörige 2022

22.-24.04.2022 Kloster Nütschau 08.-10.07.2022 Christusbruderschaft Selbitz 14.-16.10.2022 Kloster Nütschau www.cig-online.de

TAGUNGEN, SEMINARE & KONFERENZEN

TERMINE:

DEZ

10.-12.12.2021, Bad Homburg

ACM-Studententagung für Human- und Zahnmediziner

Für Studierende, die ihren Glauben mit ihrem künftigen Beruf in Einklang bringen wollen.

www.acm.smd.org

12.12.2021, Online

Gemeindediakonie – Basisseminar für Pflegefachkräfte, Dienstag und Donnerstag bis 1.2.22

Für Pflegekräfte, die die Chancen von Kirchengemeinden im Pflegebereich kennen lernen wollen.

www.visavis-gemeindediakonie.de

JAN

16.-22.01.2022, ONLINE/PRÄSENZ

8. Christlicher Gesundheitskongress

Für alle, die sich auf fachlich hohem Niveau in einer multiprofessionellen und ökumenisch ausgerichteten Atmosphäre weiterbilden wollen.

www.christlicher-gesundheitskongress.de

MÄR.

25.03.2022, Hamburg

Ökumenischer Patientengottesdienst

Für Kranke und deren Angehörige, die in einem ruhigen Gottesdienst die heilsame Kraft des Glaubens spüren möchten.

www.cig-online.de

APR.

19.-24.04.2022, 65597 Hünfelden

Ökumenische Exerzitien

Für Gesundheitsfachleute, die unter geistlicher Anleitung spirituell auftanken wollen und damit Kraft für ihren Alltag bekommen.

www.cig-online.de

22.-24.04.2022, Kloster Nütschau

Wochenende für Kranke und Angehörige

www.cig-online.de

MAI

01.-04.05.2022, Congress Centrum Würzburg

Int. APS-Kongress

Für alle, die in Psychotherapie und Psychatrie aktiv sind. www.Aps-kongress.de

Chris Care verschenken



WIR HABEN DIE PERFEKTE GESCHENK-IDEE FÜR SIE:

Ideal, um Ermutigung für die Arbeit im Gesundheitswesen weiter zu geben. Schenken Sie ein Jahr lang ChrisCare zum Preis eines Blumenstraußes*!

Zum Überreichen Ihres Geschenks erhalten Sie eine Gratisausgabe mit Ihrer Wunschbanderole – oder wir senden sie direkt zu der Person, die Sie überraschen möchten. Mehr Infos unter: www.chriscare.info

(* EUR 22,00 (inkl. Versandkosten, nur in Deutschland)

ChrisCare

[Kleinanzeigen]

Hausarzt werden? Lust auf neue Perspektiven,

rheinländisches Lebensgefühl und die Metropolregion Düsseldorf? Gemeinschaftspraxis in 40764 Langenfeld sucht altersbedingt einen/eine Nachfolger/in für Sommer 2023. Ideal wäre ein/eine Internist/in mit hausärztlichem Schwerpunkt. Kollegin ist FA Allgemeinmedizin.

Tel. 0171 8251566 oder E-Mail: gschinke@web.de

Kleinanzeige ab 3 Zeilen möglich. Für Anbieter 19 € / Zeile; für Suchende 9,50 € / Zeile. Chiffregebühr: 5 €. Alle Mediadaten unter: www.chriscare.info

Postweg: Christen im Gesundheitswesen e.V., ChrisCare, Chiffre-Nr., Bergstr. 25, 21521 Aumühle

E-Mail: info@cig-online.de, Angabe der Chiffre-Nr. im Betreff

Impressum

Herausgeber und Verlag: ChrisCare erscheint im Verlag Frank Fornaçon, Ahnatal, und wird von Christen im Gesundheitswesen e.V. herausgegeben.

Chefredaktion: Frank Fornaçon (FF) (V.i.S.d.P.), Korrektorat Julia Eberwein. Die Beiträge wurden sorgfältig ausgewählt, dennoch übernimmt die Redaktion keine Haftung für die Inhalte. Verantwortlich ist der jeweilige Autor. Zur leichteren Lesbarkeit wird bei Begriffen, die männlich und weiblich gemeint sind, in der Regel eine gemeinsame Form verwendet, z.B. "Patienten". Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos übernimmt der Verlag keine Haftung.

Copyright: Christen im Gesundheitswesen e.V., ChrisCare wird in CareLit ausgewertet: www.carelit.de

Redaktionsanschrift: Verlag Frank Fornaçon, Am Gewende 11, 34292 Ahnatal, Deutschland, Tel.: (+49) (0) 56 09 806 26, Fornacon-Medien@web.de, www.verlagff.de

Gestaltung: hallo!rot, Werner-von-Siemens-Str. 25, 78224 Singen, Deutschland, www.hallo-rot.de

Druck: Druck- und Verlagshaus Thiele & Schwarz GmbH, Werner-Heisenberg-Straße 7, 34123 Kassel

Anzeigenverwaltung Deutschland und Österreich: Verantwortlich: Günther Gundlach, Christen im Gesundheitswesen e.V., Aumühle, Bergstraße 25, 21521 Aumühle, Tel.: (+49) (0) 4104 91 709 30, Fax: (+49) (0) 4104 91 709 39, info@cig-online.de, www.cig-online.de.

Anzeigenverwaltung Schweiz: Verantwortlich: Niklaus Mosimann, SCM Bundes-Verlag (Schweiz), Rämismatte 11, Postfach 128, CH-3232 Ins, Tel.: (+41) (0) 43 288 80 15, werben@bwmedia.ch, www.bvmedia.ch. Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 1/2012. Trotz sorgfältiger Prüfung kann der Verlag keine Verantwortung für die veröffentlichten Anzeigen, Beilagen und Beihefter übernehmen. ChrisCare erscheint jeweils in der Mitte eines Quartals. Preise: Einzelheft \in (D) 5,80, \in (A) 6,00, SFr. (CH) 10.30. Jahresabonnement (4 Ausgaben), \in (D) 19,20, \in (A) 19,80, SFr. (CH) 31.30, jeweils zuzüglich Versandkosten. Anschriftenänderungen sind rechtzeitig vor Erscheinen des nächsten Heftes dem ChrisCare-Aboservice in Deutschland oder dem SCM Bundes-Verlag (Schweiz) in der Schweiz mitzuteilen. Die Post liefert Zeitschriften nicht automatisch an die neue Anschrift.

Bestellungen aus Deutschland und Österreich: ChrisCare-Aboservice, Bergstraße 25, 21521 Aumühle, info@cig-online.de, Tel.: (+49) (0) 4104 917 09 30, Fax: (+49) (0) 4104 917 09 39, Vertrieb auch über die J.G.Oncken Versandbuchhandlung, Postfach 20 01 52, 34080 Kassel, Tel.: (+49) (0) 561 5 20 05-0, Zeitschriften@oncken.de

Bestellungen aus der Schweiz: SCM Bundes-Verlag (Schweiz), Rämismatte 11, Postfach 128, CH-3232 Ins, abo@scm-bundes-verlag.ch, www.scm-bundes-verlag.ch, Tel.: (+41) (0) 43 288 80 10, Fax: (+41) (0) 43 288 80 11 Konto Deutschland: Christen im Gesundheitswesen, Evangelische Bank, IBAN: DE55 5206 0410 0206 4161 79, BIC: GENODEF1EK1 Konto Schweiz: Postkonto 85-622703-0, IBAN: CH90 0000 8562 2703 0, BIC: POFICHBEXXX

Beilage: Christlicher Gesundheits Kongress, Bundesverlag Fotos: Unsplash: Titel, S. 5, 8, 9, 14, 20, 21, 28, 30 Pexels: S. 7, 16, 18, 32 Freepik: S. 12, 23 alle anderen Bilddaten: privat und hallo!rot Illustrationen: hallo!rot (www.hallo-rot.de)

Fachbeirat: Dr. theol. Peter Bartmann (Berlin), Gesundheitsökonom, Diakonie Bundesverband; Reinhild Bohlmann (Kassel), Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands BfHD e.V., Leiterin der Fortbildungsakademie; Prof. Dr. med. Andreas Broocks (Schwerin), Ärztl. Direktor Carl-Friedrich- ${\it Flemming-Klinik}, {\it HELIOS-Kliniken}; {\it Ulrike D\"{o}ring (Wiesbaden)}, {\it Vorsitzende}$ des Evangelischen Berufsverbandes Pflege; Paul Donders (Niederlande), Leitung xpand international; Prof. Dr. Ralf Dziewas (Bernau), Professor für Diakoniewissenschaft und Sozialtheologie; Heribert Elfgen (Aachen), Physiotherapeut, Dipl. Musiktherapeut; Claudia Elwert (Karlsruhe), Physiotherapeutin, Mitarbeiterin Zentrum für Gesundheit-Therapie-Heilung; Sr. Hildegard Faupel (Springe), Theologin, Pädagogin; Dr. theol. Astrid Giebel (Berlin), Diplom-Diakoniewissenschaftlerin, Pastorin, Krankenschwester, Theologin im Vorstandsbüro der Diakonie Deutschland-Evangelischer Bundesverband; Dr. med. Martin Grabe (Oberursel), Chefarzt Psychosomatik Klinik Hohe Mark, Vorsitzender Akademie für Psychotherapie und Seelsorge e.V.; Dr. med. René Hefti (Langenthal), Ärztlicher Consultant und Leiter Forschungsinstitut Spiritualität & Gesundheit; Sr. M. Basina Kloos (Waldbreitbach), Franziskanerin, Generaloberin; Sr. Anna Luisa Kotz (Untermarchtal), Vorstand Genossenschaft der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul; Reinhard Köller (Aumühle), Arzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren; Pfarrer Ulrich Laepple (Berlin); Dr. med. Gabriele Müller (Frankfurt a. M.), Anästhesistin am Schmerz- und Palliativzentrum Rhein-Main; Rolf Nussbaumer (Herisau), Schule für christliche Gesundheits- und Lebensberatung; Weihbischof Thomas Maria Renz (Rottenburg), Diözese Rottenburg-Stuttgart; Dr. theol. Heinrich-Christian Rust (Braunschweig), Pastor der Evangelisch Freikirchlichen Gemeinde Braunschweig, Friedenskirche; Dr. med. Claudia Schark (Kassel); Oberin Andrea Trenner (Berlin), Oberin Johanniter Schwesternschaft; Dr. phil. Michael Utsch (Berlin), Psychotherapeut, Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen





CHRISTEN IM GESUNDHEITSWESEN (CiG)

CiG e.V. ist ein bundesweites konfessionsverbindendes Netzwerk von Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen: Pflegende, Ärzte, Therapeuten, Mitarbeitende aus Management und Verwaltung, Seelsorger, Sozialarbeiter und weitere Berufsgruppen des Gesundheitswesens.

Basis der Zusammenarbeit sind die Bibel, das apostolische Glaubensbekenntnis sowie die Achtung des Einzelnen in seiner jeweiligen Konfessionszugehörigkeit.

Die ökumenische Arbeit von CHRISTEN IM GESUNDHEITSWESEN verbindet seit über 30 Jahren Christen im Umfeld des Gesundheitswesens – in regionaler sowie in bundesweiter Vernetzung.

Wichtiges Element sind die CiG-Regionalgruppen, die von Mitarbeitenden vor Ort geleitet und verantwortet werden und die sich in unterschiedlichen, z.B. monatlichen Abständen treffen. Beruflicher Austausch, biblischer Impuls und Gebet sind wiederkehrende Bestandteile der Treffen. Einige Gruppen bieten Regionalveranstaltungen an, zu denen öffentlich eingeladen wird. Kontakt zu den Regionalgruppen vermittelt die Geschäftsstelle.

Seminare zu berufsspezifischen Themen aus christlicher Sicht, Fachgruppen wie auch Angebote für Kranke und Angehörige werden dezentral meist in Zusammenarbeit mit den CiG-Regionalgruppen angeboten. Jährlich findet eine Jahrestagung statt, alle zwei Jahre wird der Christliche Gesundheitskongress mitgestaltet.

Die bundesweit ausgerichtete Arbeit von Christen im Gesundheitswesen wird von rund 20 Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen im Bundesweiten Leitungskreis verantwortet und geleitet.

In der Geschäftsstelle in Aumühle bei Hamburg wird die Arbeit koordiniert. Hauptamtliche, geringfügig Beschäftigte und rund 120 Ehrenamtliche sorgen für die Umsetzung von Projekten und unterstützen die Arbeit des Bundesweiten Leitungskreises.

Die Arbeit von CiG finanziert sich wesentlich aus Spenden. Ein Kreis von rund 450 Fördernden bildet hierfür die Grundlage, indem sie den gemeinnützigen Verein jeweils mit einem Mindestbeitrag von 10 € im Monat finanziell unterstützen. Die Fördernden erhalten das ChrisCare-Abo kostenfrei. Wir laden Sie herzlich ein, dem Förderkreis beizutreten!

CHRISTEN IM GESUNDHEITSWESEN e.V.

Bergstraße 25, D-21521 Aumühle Tel.: (+49) (0) 4104 917 09 30, Fax: (+49) (0) 4104 917 09 39 E-Mail: info@cig-online.de, Internet: www.cig-online.de



Klinik Hohe Mark

FACHLICH KOMPETENT CHRISTLICH ENGAGIERT HERZLICH ZUGEWANDT



Psychiatrie – Psychotherapie Psychosomatik – Suchtmedizin

Oberursel (Taunus) – Frankfurt am Main www.bewerben-bei-hohemark.de









HOHE VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Kliniklisten bescheinigen dem Klinikum eine hohe Versorgungsqualität. Die Qualitätsmessungen Initiative Qualitätsmedizin, Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser sowie die Offenlegung der Qualitätsdaten sind die Basis.

PATIENTENSICHERHEIT

Als eines der 100 Top-Krankenhäuser steht die Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten im Klinikum an erster Stelle. Effektive Sicherheitsmaßnahmen werden engagiert umgesetzt. Bestnoten gibt es auch für die hygienischen Standards.

EMPFEHLUNGEN

Überdurchschnittlich viele Empfehlungen zuweisender Fachärzte und überdurchschnittliche Leistung zeichnen das Klinikum aus. Die Exper-

ten befinden mit ihrem Fachwissen die medizinische Qualität der Behandlung in unserem Haus für sehr gut.

QUALITÄTSKRITERIEN

Bei den weiteren Faktoren der Klinikliste schneidet das Klinikum sehr gut ab: Fallzahlen, Behandlungserfolg bei Operationen, technische Ausstattung, Anzahl der betreuenden Ärzte sowie Qualifikation der Pfleger.

WORLD'S BEST

Als einziges Krankenhaus in Niederbayern unter den Top 100 steht das Klinikum wegen seiner erstklassigen Patientenversorgung auf der Weltbestenliste von Newsweek. Hohes Ansehen genießt unser Haus bei Patienten und in der Gesundheitsbranche.

Gemeinsam für Menschen. Und Sie mittendrin.

Unterstützen Sie uns zum nächstmöglichen Termin

Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Als Gesundheits- und Krankenpfleger/in übernehmen Sie eine patientenorientierte Pflege innerhalb einer Station. Zudem gewähren Sie die fachgerechte Durchführung der ärztlichen Anordnungen im diagnostischen und therapeutischen Bereich. Sie bringen eine interdisziplinäre Arbeitsweise, hohe Sozialkompetenz, Einsatzbereitschaft, Teamfähigkeit mit und Sie identifizieren sich mit den Zielsetzungen eines katholischen Krankenhauses.

www.klinikum-straubing.de/karriere



