

Der Wissenschaftsrat, ein wissenschaftspolitisches Beratungsgremium für die Politik, hat im Jahr 2012 **Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen** formuliert. In diesen Empfehlungen wird eine hochschulische Qualifikation für 10 bis 20% der Gesundheitsfachberufe Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie, Physiotherapie und Pflege gefordert.

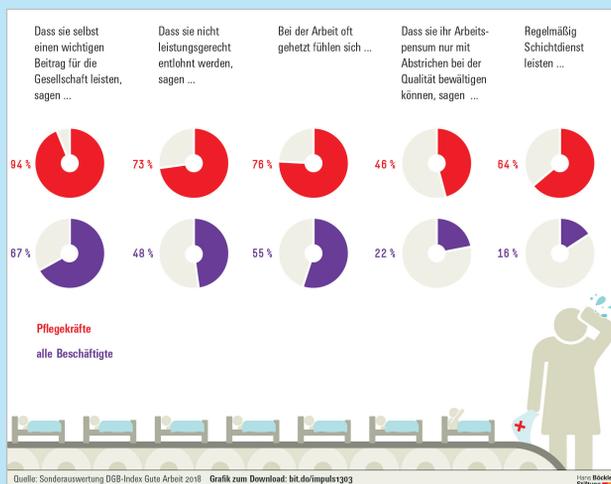
Fachkräfte bzw. Spezialisten Gesundheits-, Krankenpflege und Geburtshilfe
Dezember 2018



Spezialisten Physiotherapie
Dezember 2018



Vor dem Hintergrund einer in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu beobachtenden Komplexitätszunahme, einer sich verändernden Arbeitsteilung und der zunehmenden Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit hält es der Wissenschaftsrat für geboten, die mit besonders komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe zukünftig bevorzugt an Hochschulen auszubilden.
Wissenschaftsrat, S. 81

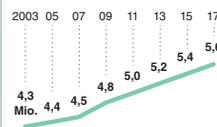


Arbeitsbedingungen in der Pflege. So beurteilen Beschäftigte die Lage
(Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018)

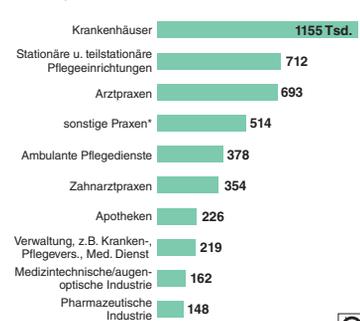
1. Beschäftigen Sie sich mit den hier abgebildeten Fakten zur Arbeitssituation im Gesundheitswesen.
 - Welche Informationen entnehmen Sie den Abbildungen?
 - Wie attraktiv ist das Arbeitsgebiet Gesundheitswesen für Sie? Lohnt eine berufliche oder hochschulische Ausbildung im Gesundheitswesen?

Arbeiten für die Gesundheit

Beschäftigte im Gesundheitswesen in Deutschland in Millionen



Gesundheitseinrichtungen 2017 mit dem meisten Personal
Beschäftigte in Tausend



Quelle: Stat. Bundesamt

Stand jeweils am 31.12.

*z. B. von Physio-, Psychotherapeuten, Heilpraktikern

© Globus 13223

Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen insgesamt und nach Einrichtungsart

2. Wie beurteilen Sie die Arbeitsbedingungen in der Pflege im Vergleich zu den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten insgesamt?
3. Immer mehr Berufsausbildungen im Gesundheitswesen werden akademisiert, d. h. an die Hochschulen verlagert. Was spricht aus Ihrer Sicht für eine „klassische“ Berufsausbildung und was für ein Studium?

ARBEITEN IM GESUNDHEITSWESEN

7.1 Beschäftigte im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist ein dynamischer Markt: Im Gesundheitswesen arbeiten aktuell ca. **5,6 Mio. Menschen** und in den letzten 20 Jahren gab es einen bemerkenswerten **Beschäftigungszuwachs**. Gegenüber dem Jahr 2000 hat die Anzahl der Beschäftigten um 1,5 Mio. Menschen zugenommen (Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017).

Wie die Abbildung „Arbeiten für die Gesundheit“ in der Einstiegsseite des Kapitels zeigt, arbeiten die meisten Beschäftigten (1,1 Mio.) im Gesundheitswesen in den knapp 2000 Krankenhäusern. Die zweitgrößte Gruppe stellen die Beschäftigten in der stationären und teilstationären Pflege dar (712 000). In Arzt- und Zahnarztpraxen arbeiten zusammengefasst ca. 1 Mio. Menschen.

Auf die Produktion und den Handel von Humanarzneimittel und Medizintechnik (z. B. Pharmazeutische Industrie, Medizintechnik, Großhandel, medizinische und zahnmedizinische Laboratorien) (→ 5.3) entfallen 310 000 Beschäftigte.

Die **berufliche Bandbreite** ist bei den Gesundheitsberufen sehr groß: Viele Menschen wis-

sen, was das Aufgabenspektrum eines Arztes, eines Altenpflegers oder einer Physiotherapeutin umfasst.

Katja arbeitet als Podologin. Kai ist Orthoptist. Peter ist Heilerziehungspfleger. Recherchieren Sie auf <https://berufenet.arbeitsagentur.de>

- Was gehört zu den typischen Aufgaben dieser Berufe?
- Wie lange dauert die Ausbildung?
- Wo kann man mit diesem Beruf nach der Ausbildung arbeiten?

Die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen bilden Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, des Rettungsdienstes und der Geburtshilfe. Rund 1,1 Mio. Menschen üben einen dieser Berufe aus. 457 000 Menschen sind als Ärzte und Zahnärzte beschäftigt (→ Abb. 1).

Die Beschäftigten im Gesundheitswesen sind überwiegend weiblich. Der **Frauenanteil** beträgt durchschnittlich ca. 75%. Lediglich im Rettungsdienst und in der Medizintechnik arbeiten mehr Männer als Frauen. Den höchsten Frauenanteil erreichen die medizinischen bzw. zahnmedizinischen Fachangestellten mit 98 bzw. 99 % Frauenanteil. Bei den Ärzten liegt der Frauenanteil bei 47,2% (Bundesärztekammer 2018a) (→ 7.3.2).

Pflegeberufe:

Ab 2020 werden die Ausbildungsberufe der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege in eine neue Ausbildung zur Pflegefachperson überführt. Die ersten beiden Ausbildungsjahre finden gemeinsam statt (sog. generalistische Ausbildung). Dann können sich die Auszubildenden entscheiden, ob sie die Generalistik weiterführen oder Altenpfleger oder Kinderkrankenpfleger werden möchten.

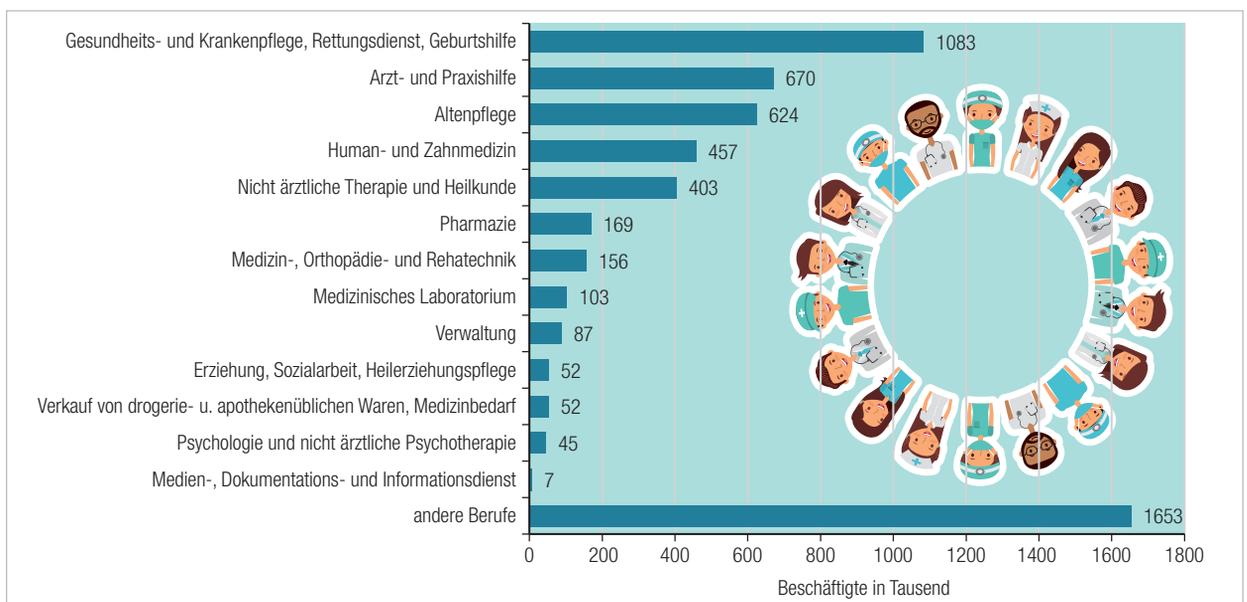


Abb. 1 Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen 2017 (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017)

7.2 Anforderungen an Beschäftigte im Gesundheitswesen

An die Beschäftigten im Gesundheitswesen werden vielfältige Anforderungen gestellt. Neben der Herausforderung, fachlich auf dem aktuellen Stand zu sein, stellen insbesondere soziale und kommunikative Kompetenzen Besonderheiten eines Arbeitsplatzes im Gesundheitswesen dar. Der permanente **Kontakt zu Menschen** ist eines der Kennzeichen einer Beschäftigung im Gesundheitswesen.

Anna hat gerade ihr Abitur gemacht. Bereits während der Schulzeit hat sie in den Ferien ein Praktikum im Krankenhaus ihres Heimatortes gemacht, da sie herausfinden wollte, ob ein pflegerischer Beruf für sie das Richtige ist. Das Interesse für den Umgang mit hilfsbedürftigen Menschen bringt sie mit. Aber wie praxisbezogen der Beruf einer Pflegefachperson ist, war ihr vor ihrem Praktikum nicht so bewusst. Zu den Arbeitsaufgaben zählen nämlich auch Tätigkeiten wie das Waschen und Betten der Patienten, der Verbandswechsel, die Medikamentenvergabe, das Bedienen und Überwachen von medizinischen Geräten sowie die Assistenz bei ärztlichen Untersuchungen und operativen Eingriffen. Annas genaue Beobachtungsgabe war genauso gefragt wie ein gutes mündliches und schriftliches Ausdrucksvermögen, um sich mit den Mitarbeitern und Patienten klar und unmissverständlich zu verständigen. Und schließlich verlangte die tägliche Konfrontation mit Krankheit und Leid auch eine große psychische Stabilität und Belastbarkeit. Bei den Pflegekräften und Ärzten auf der Station sah sie, dass ein sehr sorgfältiges und verantwortungsvolles Arbeiten gefragt ist.

Der **medizinisch-technische Fortschritt** ist mit hohen Anforderungen an die Beschäftigten verbunden (→ Abb. 2). Sie müssen bereit sein, sich ständig auf Neuerungen einzustellen, und diese im Arbeitsalltag beherrschen.



Abb. 2 Arbeit einer Pflegefachperson auf einer Intensivstation

In den letzten Jahren kam es zu einer **Arbeitsintensivierung und -verdichtung**, auch durch **Personalmangel** bedingt, die zu Hetze und Zeitdruck im Arbeitsalltag führt. Ein weiteres Kennzeichen ist, dass die Arbeit häufig **unterbrochen** wird, weil andere dringende Arbeitsaufgaben erledigt werden müssen, ein Notfall eintritt, eine Kollegin Unterstützung benötigt usw. Dies kann zu chronischer Erschöpfung, höheren Krankheitsraten und auch zu Burn-out (→ II-5.9.3, → II-5.13.4) führen, was insbesondere bei Pflegekräften und Krankenhausärzten vermehrt auftritt.

Die Kraft, ihre Arbeit trotz der widrigen Umstände zum Wohle der Patienten gut und gewissenhaft zu verrichten, ziehen viele Beschäftigte im Gesundheitswesen aus einer **hohen intrinsischen Motivation**, d.h. aus der inneren Überzeugung, etwas Sinnvolles und Wichtiges zu leisten.

7.2.1 Beziehungsgestaltung und Kommunikation

Beziehungsgestaltung

Eine wichtige Grundlage der Arbeit im Gesundheitswesen, bei der ein direkter Patienten- bzw. Klientenkontakt stattfindet, ist die **Gestaltung einer vertrauensvollen und empathischen Beziehung** zwischen dem Patienten und dem Behandler. Hierbei spielen **Nähe und Distanz** zwischen dem Patienten/Klienten und dem Behandler eine zentrale Rolle. In der Kommunikation mit anderen finden Menschen in der Regel einen Abstand von etwa einer Armlänge als angenehm (→ Abb. 3). In der gesundheitlichen Versorgung wird dieser Abstand regelmäßig überschritten, d.h., es entsteht eine Nähe, die auch die Intimzone (bis 50 cm Abstand) überschreiten kann.

Burn-out:

engl. für ausbrennen; Zustand totaler emotionaler, körperlicher und geistiger Erschöpfung

intrinsische Motivation:

aus einem selbst kommende Motivation, bestimmte Dinge zu tun (z. B. sich beim Sport anzustrengen)

Klient:

in der Psychotherapie und Beratung übliche Bezeichnung für die rat- bzw. Hilfe suchende Person; der Einfachheit halber wird folgend nur der Begriff „Patient“ verwendet.

Empathie:

Fähigkeit, sich in die Gefühle eines anderen Menschen hineinzuversetzen und diese nachzuempfinden

ARBEITEN IM GESUNDHEITSWESEN



Abb. 3 Zonen im Nähe- und Distanzverhältnis zwischen Menschen

Eine Herausforderung für die Beschäftigten im Gesundheitswesen besteht darin, einerseits eine professionelle empathische Haltung gegenüber dem Patienten zu entwickeln und zu bewahren. Andererseits müssen sie sich aber auch von dem Leid des Patienten angemessen distanzieren können, damit sie das bei der Arbeit Erlebte nicht mit in ihr privates Leben nehmen und womöglich nicht mehr von beruflichen Themen abschalten können. Eine weitere Herausforderung stellt für die Beschäftigten im Gesundheitswesen die Nähe zu den Privatangelegenheiten der Patienten dar: Bei Hausbesuchen erhalten sie einen Einblick in deren häusliche Lebensbedingungen. Wenn Patienten im Krankenhaus besucht werden, erfahren sie unter Umständen viel über deren Beziehungen.

In der **Patienten-Behandler-Beziehung** kommen dem Behandler (z. B. Fachkraft wie Arzt, Pflegekraft, Psychotherapeut, Ergotherapeut) und dem Patienten **unterschiedliche Rollen** zu: Die Patienten sind aufgrund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen häufig auf Hilfe, Unterstützung und Information über ihren Gesundheitszustand angewiesen. Dies kann bei Patienten zu Ohnmachtsgefühlen führen. Andererseits wird der Patient in dem immer stärker wirtschaftlich geprägten Gesundheitswesen auch als Kunde, Nutzer oder Klient angesehen (→ 8.3.1).

II-12.11.4 Mitteilung der Diagnose Brustkrebs

aktives Zuhören:
gefühlbetonte Reaktion
eines Gesprächspartners auf
das Gesagte des anderen

1. Stellen Sie sich zu zweit im Raum gegenüber und gehen Sie langsam aufeinander zu.
 - a) Welchen Abstand zum anderen empfinden Sie als angenehm? Ab welchem Abstand wird es Ihnen zu dicht/unangenehm/intim?
 - b) Welchen Unterschied macht es für Sie, wer Ihnen nahekommst und wie die Person ihr Näherkommen mit Worten ankündigt?
2. Denken Sie an Ihre Begegnungen mit Beschäftigten im Gesundheitswesen in den letzten 12 Monaten zurück:
 - a) Wie haben Sie die Beziehungsgestaltung durch die Beschäftigten des Gesundheitswesens empfunden?
 - b) Fühlten Sie sich als Patient, Kunde oder Nutzer?

Professionelle Kommunikation

Eine professionelle Kommunikation mit dem Patienten trägt zur Zufriedenheit des Patienten und zum Therapieerfolg bei. Als besonders fruchtbar hat sich die **klienten- bzw. personenzentrierte Gesprächsführung** nach Carl Rogers, einem amerikanischen Psychotherapeuten (1902–1987), erwiesen. Darunter versteht man, dass die Kommunikation zwischen dem Behandler und dem Patienten von folgenden Merkmalen gekennzeichnet ist:

- Echtheit
- Empathie
- Wertschätzung

Mit **Echtheit** ist gemeint, dass der Behandler dem Patienten authentisch, ohne Fassade und im guten Kontakt mit seinen eigenen Gefühlen begegnet. Das, was der Behandler zum Patienten sagt, soll echt sein.

Empathie dem Patienten gegenüber entsteht durch das aktive Zuhören des Behandlers und durch die einführende Teilnahme am Erleben des Patienten.

Wertschätzung bedeutet, dass der Behandler den Patienten mit seinen Schwierigkeiten und Eigenheiten akzeptiert und ihm aufgeschlossen und an seinem inneren Erleben interessiert begegnet.

Früher war die Patienten-Behandler-Beziehung durch eine klare **Hierarchie** geprägt, in der der Behandler (in der Regel der Arzt) dem Patienten sagte, welche Therapie bei seiner Erkrankung angewendet werden sollte. Der Patient richtete sich in der Regel danach. Heute wird der Patient viel stärker in die Entscheidungsfindung einbezogen. Es werden dem Patienten mehrere Behandlungsalternativen vorgestellt und seine Meinung wird bei der Therapiewahl berücksichtigt. Diese Vorgehensweise wird **Shared decision-making** bzw. **gemeinsame Entscheidungsfindung** genannt (Bertelsmann Stiftung, Universität Bremen 2005). Dadurch, dass der Patient mit seinen Präferenzen in den Entscheidungsprozess einbezogen wird, wird auch seine Bereitschaft, sich an die gemeinsam mit dem Behandler getroffenen Vereinbarungen zu halten, erhöht. Damit wird die Compliance und Adhärenz des Patienten verbessert:

- **Compliance:** Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen
- **Adhärenz:** Maß, in dem das Verhalten eines Patienten mit seinem Therapieziel übereinstimmt

Die **Patientenorientierung**, d.h. die Ausrichtung des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Handelns an den individuellen Bedürfnissen des Patienten, spielt heute in der gesundheitlichen Versorgung eine zentrale Rolle. Im Mittelpunkt des Gesundheitssystems soll der Patient mit seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen stehen (Amelung u.a. 2015). Eine stärkere Patientenorientierung im Gesundheitssystem bedeutet auch eine stärkere **Patientenpartizipation** (→ 9.1.2), d.h., dass die Patienten stärker in die sie betreffenden Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

Im Gesundheitswesen werden heute die **Patientenrechte** und der **Wille des Patienten** (z. B. bei der Entscheidungsfindung) auch durch den Gesetzgeber immer mehr gestärkt. Die Einrichtung der Stelle des Patientenbeauftragten der Bundesregierung (→ 4.6.1) und das Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 sind Beispiele hierfür.

Zur professionellen Kommunikation gehört selbstverständlich auch, die **Regeln der Schweigepflicht und des Datenschutzes** zu befolgen (→ 10.5.3).

Wenn Sie an Ihren letzten Kontakt mit einem Behandler aus dem Gesundheitswesen (z. B. Arzt, Zahnarzt, Physiotherapeut) zurückdenken: Wie wurden Sie in die therapeutische Entscheidungsfindung einbezogen? Haben Sie sich an die empfohlenen therapeutischen Hinweise gehalten? Wenn nein, wieso nicht?

Aufgrund der großen Bedeutung der Kommunikation zwischen den Behandelnden und den Nutzern des Gesundheitssystems ist es unerlässlich, die **deutsche Sprache** zu beherrschen. **Fremdsprachenkenntnisse**, vor allem Englisch, sind wichtig, um sich mit Patienten aus anderen Ländern verständigen zu können. **Englisch** ist die Wissenschaftssprache, in der viele bedeutsame Publikationen (wissenschaftliche Artikel, Lehrbücher usw.) verfasst sind.



Abb. 4 Krankenhausmitarbeiterin im Gespräch mit einer muslimischen Patientin

Kulturelle und religiöse Vielfalt

Die deutsche Gesellschaft wird immer multikultureller, d.h., es leben zunehmend mehr Menschen mit verschiedenen kulturellen und religiösen Hintergründen in Deutschland (→ Abb. 4, → Abb. 5). Für die gesundheitliche Versorgung bedeutet dies, dass auf **unterschiedliche Krankheitsvorstellungen** und **Erwartungen an die Rolle des Gesundheitspersonals**, auch von Angehörigen, Rücksicht genommen werden muss. Dies erfordert eine hohe Toleranzbereitschaft und Offenheit für andere Lebensweisen sowie religiöse und kulturelle Besonderheiten. Und dies gilt natürlich nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Mitarbeiterschaft, die ebenfalls unterschiedliche kulturelle und religiöse Wurzeln und Werte hat.

Shared decision-making: gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Behandler und Patient

Compliance: Bereitschaft eines Patienten, an therapeutischen Maßnahmen aktiv mitzuwirken

Adhärenz: Maß, in dem das Verhalten eines Patienten mit seinem Therapieziel übereinstimmt

multikulturell: sich aus verschiedenen Kulturen zusammensetzend

ARBEITEN IM GESUNDHEITSWESEN

Yasemin (18 Jahre) entstammt einer türkischen Familie und lebt in Bremen. Ihre Eltern sind Anfang der 1990er-Jahre nach Deutschland gekommen. Yasemin ist muslimischen Glaubens. Aufgrund einer akuten Blinddarmentzündung wurde sie ins Krankenhaus eingewiesen und musste sich dort einer OP unterziehen, bei der ihr der Blinddarm entfernt wurde. Ihre Eltern setzten sich sehr dafür ein, dass Yasemin nur von weiblichen Pflegekräften versorgt und von Ärztinnen untersucht wird, da sowohl sie als auch Yasemin selbst es als sehr unangenehm und als Beschämung empfinden würden, wenn ein männlicher Mitarbeiter sie nackt sehen würde. Die Eltern bringen ihr jeden Tag Essen ins Krankenhaus, da sie sicherstellen möchten, dass Yasemin nur nach den Regeln des Islam zubereitetes Essen erhält. Außerdem sehen sie es als ihre Verpflichtung an, sich um das kranke Familienmitglied intensiv zu kümmern und sie oft zu besuchen. Auch Freunde, Nachbarn und andere Familienangehörige kommen oft ins Krankenhaus und besuchen Yasemin.

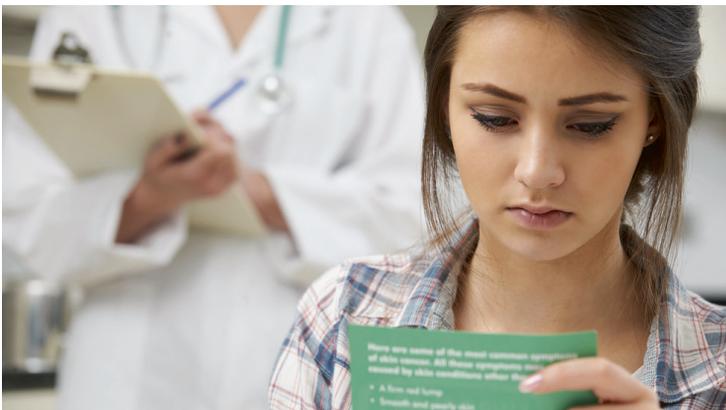


Abb. 5 Junge muslimische Patientin im Krankenhaus

Scham: Gefühl, das entstehen kann, wenn intime Grenzen überschritten werden

Der Personalmangel im Gesundheitswesen führt dazu, dass immer häufiger Pflegekräfte, aber auch andere Gesundheitsberufe wie Ärzte, eingestellt werden, die ihren Berufsabschluss nicht in Deutschland erworben haben. In Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen mit einem hohen Anteil an ausländischen Pflegekräften bilden sich nicht selten

zwei Lager, wie eine Studie zeigt (Pütz u.a. 2019): Auf der einen Seite sind die bereits lange dort beschäftigten Pflegekräfte und auf der anderen die Neuankömmlinge.

In den Herkunftsländern der ausländischen Pflegekräfte findet die Ausbildung häufig an Hochschulen statt und sie sind es gewohnt, dass Pflegekräfte mehr koordinierende und Behandlungsaufgaben übernehmen, die in Deutschland den Ärzten vorbehalten sind. Für die ausländischen Pflegekräfte ist es oft auch ungewöhnlich, Patienten beim Essen oder der Körperpflege zu unterstützen. Dafür gibt es in ihren Herkunftsländern entweder spezielle Servicekräfte oder die Angehörigen übernehmen diese Aufgaben. Die in Deutschland ausgebildeten Pflegekräfte kritisieren, dass mangelnde Sprachkenntnisse ihrer neuen Kollegen und Kolleginnen dazu führen, dass sie nicht voll im stressigen Berufsalltag eingesetzt werden können.

Dieser kritischen Sicht auf die Zusammenarbeit von ausländischem und deutschem Pflegepersonal stehen viele positive Erfahrungen entgegen, die mit der Vielfalt in der Teamzusammensetzung einhergehen. Die Verständigung mit nichtdeutschen Patienten wird durch die Sprachvielfalt im Team enorm erleichtert. Unterschiede in der Mentalität und Denkweise aufgrund unterschiedlicher kultureller und religiöser Hintergründe sind hilfreich für die Erarbeitung neuer Lösungen und für die Problembewältigung im Arbeitsalltag.

Mit welchen Vorteilen, aber auch Herausforderungen muss sich ein multikulturell bzw. divers (z. B. hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit, des Alters, der Weltanschauung bzw. Religiosität) zusammengesetztes Team auseinandersetzen?

7.2.2 Scham und Ekel

Eine Erkrankung kann vorübergehend oder dauerhaft dazu führen, dass man nicht mehr allein essen, sich waschen, zur Toilette gehen oder sich anziehen kann (→ Abb. 6). Diese Abhängigkeit von anderen kann zu Schamgefühlen beim betroffenen Menschen führen. Andererseits kann die notwendige Unterstützung von Patienten bei diesen Aktivitäten Scham-, aber auch Ekelgefühle bei dem Gesundheitspersonal hervorrufen.



Abb. 6 Pflegefachfrau unterstützt einen Patienten bei der Körperhygiene



Gab es schon einmal Situationen in Ihrem Leben, wo Sie krankheitsbedingt abhängig von anderen waren? Wie ging es Ihnen in der Situation? Haben Sie diese Situation als schambesetzt erlebt? Was war problematisch für Sie? Womit hatten Sie keine Probleme? Wo ist Ihre Schamgrenze?

7.2.3 Krankheit und Tod

Eine Beschäftigung im Gesundheitswesen geht mit hohen psychischen Belastungen einher. Die mögliche tägliche Konfrontation mit Krankheit, Leid und Tod erfordert eine gute **Psychohygiene**, um professionell mit diesen Belastungen umzugehen (→ II-5.9). Obwohl die meisten Menschen sich wünschen, zu Hause zu sterben, ist das Krankenhaus nach wie vor der Ort, an dem die meisten der schwer kranken und pflegebedürftigen Menschen sterben (→ 3.1.5). Der Tod ist damit ein täglicher Wegbegleiter im Krankenhaus.

Svenja (19 Jahre) befindet sich im 2. Ausbildungsjahr zur Pflegefachfrau. Zwischen den theoretischen Lerneinheiten in ihrer Ausbildungseinrichtung absolviert sie mehrwöchige Praxiseinsätze auf verschiedenen Stationen im Krankenhaus. Sie hat auch bereits in einem ambulanten Pflegedienst gearbeitet.

Zurzeit ist sie auf einer Intensivstation im Krankenhaus eingesetzt. Hier ist sie jeden Tag mit schwer kranken Menschen konfrontiert, die größtenteils beatmet werden müssen. Als besonders belastend empfindet Svenja die Hilflosigkeit der Patienten und die eingeschränkte oder fehlende Möglichkeit, mit ihnen zu kommunizieren. Auch vermisst sie oft die Anerkennung von Patienten und Angehörigen. Sobald es den Patienten gesundheitlich etwas besser geht, werden sie auf andere Stationen verlegt. Svenja weiß dann nicht, was aus ihnen geworden ist, ob sie z. B. gesund nach Hause entlassen werden konnten.

7.2.4 Physische Beanspruchung

Die Arbeit im Gesundheitswesen ist für die Beschäftigten, die unmittelbar mit Patienten arbeiten, oft von hohen physischen Beanspruchungen geprägt. Insbesondere im Krankenhaus oder in der stationären und ambulanten Pflege sind kranke Menschen häufig auf **Unterstützung beim Aufsetzen, Aufstehen und Gehen** angewiesen. Bettlägerige Patienten müssen sogar komplett körperlich versorgt werden. Drei Viertel der Pflegefachkräfte berichten bei einer Befragung (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018), dass sie häufig

- schwer tragen, heben, stemmen sowie
- ungünstige Körperhaltungen einnehmen (Arbeiten in der Hocke, im Knien, über Kopf, langanhaltendes Stehen oder Sitzen).

Heben, betten und die Unterstützung bei der körperlichen Mobilisation von Patienten sind mit physischen Beanspruchungen (→ Abb. 7) verbunden, die zu körperlichen Erkrankungen insbesondere des Muskel-Skelettsystems führen können (z. B. Bandscheibenvorfall, → II-3.7). **Rückengerechtes Arbeiten** ist ein wichtiges Thema in Gesundheitsberufen (→ II-3.7). Aufgrund der strikten Hygienebestimmungen im Gesundheitswesen ist häufiges **Händewaschen** und die **Desinfektion der Hände** erforderlich. Für Beschäftigte mit Hautproblemen oder sensibler Haut kann dies zu einer ernsthaften gesundheitlichen Belastung werden, die schlimmstenfalls einen Berufswechsel nach sich zieht.

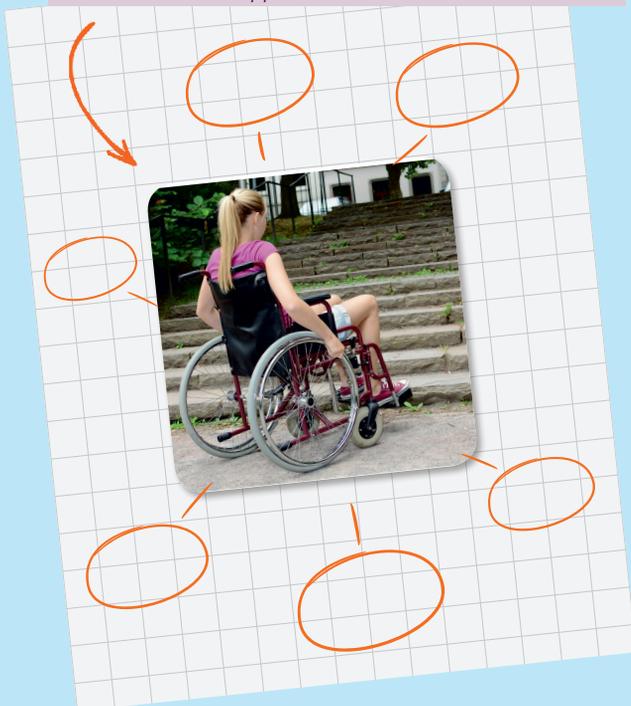
Psychohygiene: auf seine psychische Gesundheit und ein gesundes Maß an Abgrenzung im und vom Beruf achtend

II-3.7.9
Bandscheibenvorfall: Prävention und Gesundheitsförderung

II-3.7.9
Rückenschonendes Arbeiten in Pflegeberufen: Kinästhetik



1. Erstellen Sie ein Mindmap zu Begriffen rund um das Thema Behinderung, die Sie mit dem Foto „Frau mit Rollstuhl vor der Treppe“ verbinden.



2. Beschreiben Sie die Bilder. Verwenden Sie dabei zentrale Begriffe zu den Themen Behinderung und Rehabilitation.

3. Wählen Sie in Partnerarbeit eines der folgenden Themen aus, diskutieren Sie es und erstellen Sie anschließend Kriterien für wertschätzende Kommunikation. Tragen Sie Ihre Ergebnisse in der Klasse vor.

Mögliche Themen:

- Wer oder was ist normal?
- Meine Angst vor dem Unnormalen/Anderssein
- Behinderung als Abweichung von der Normalität einer Gesellschaft
- Behinderung als universelles Phänomen, von dem jeder und jede betroffen sein kann
- Wer lange genug lebt, wird Beeinträchtigungen erwerben
- Selbstständig leben mit Behinderung

4. Tauschen Sie sich aus: Wer hat in Ihrem Umfeld schon einmal von einer Rehabilitationsmaßnahme (umgangssprachlich „Kur“ oder „Reha-Maßnahme“) gehört? Kennen Sie den Grund? Ist Ihnen bekannt, wer die Reha-Maßnahme finanziert hat?

BEHINDERUNG UND REHABILITATION

11.1 Behinderung

Was wir zu lernen haben, ist so schwer und doch so einfach und klar: Es ist normal, verschieden zu sein.

Bundespräsident Richard von Weizsäcker unter www.bundespraesident.de, 01.07.1993

Diskutieren Sie, was mit dem Zitat gemeint sein könnte. Überlegen Sie dabei auch, wie sich Toleranz und Intoleranz gegenüber behinderten Menschen äußern kann.

11.1.1 Definition von Behinderung

Das **Sozialgesetzbuch IX zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen** definiert Behinderung in § 2 wie folgt:

Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

Darüber hinaus nehmen kulturell und religiös bedingte, lebensweltliche, soziale und institutionelle Normen und Regeln Einfluss darauf, wie wir eine Behinderung erleben, bewerten und uns beeinträchtigten Menschen gegenüber verhalten. Eine Behinderung entsteht also auch in der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und gesellschaftlichen Barrieren, z.B. Treppen, Einstellungen und Vorurteilen.

Weil Behinderungen gerade in jungen Lebensjahren nicht immer deutlich zutage treten, hat das deutsche Sozialrecht den **Begriff der „drohenden Behinderung“** eingeführt.

Selbstvertretungsorganisationen wie „People First“ lehnen den Begriff „geistig Behinderte“ ab, weil er als abwertend empfunden wird

und stigmatisierend wirkt. Stattdessen schlagen sie den Begriff **„Menschen mit Lernschwierigkeiten“** vor. Auch in der Fachdiskussion wird der Begriff „Behinderung“ infrage gestellt.

11.1.2 Formen von Behinderung

Versuchen Sie, die Situation eines behinderten Menschen etwas nachzuvollziehen:

- Lassen Sie sich die Augen verbinden und essen Sie etwas – wie ein blinder Mensch.
- Nutzen Sie ein Hilfsmittel, z. B. einen Rollstuhl oder eine Gehhilfe, beim Busfahren – wie ein gehbehinderter Mensch.

Behinderungen können durch Krankheit, Unfall, eine angeborene Beeinträchtigung sowie durch gesellschaftliche Strukturen und Normen verursacht werden und werden nach verschiedenen Aspekten unterschieden. Unter **medizinischen und psychologischen Gesichtspunkten** werden Behinderungen im Kindes- und Jugendalter nach sonderpädagogischen Förderschwerpunkten unterschieden (→ Tab. 1). Dabei handelt es sich um eine Einteilung, die seit mehr als 100 Jahren mit dem mehrgliedrigen Schulsystem und der Sonderpädagogik gewachsen ist (→ 11.1.7).

Tab. 1 Kinder und Jugendliche im Schulalter nach sonderpädagogischem Förderschwerpunkt (Kultusministerkonferenz 2018)

	insgesamt	
Sonderpädagogische Förderschwerpunkte	Anzahl (gerundet)	Anteil in %
Lernen	116 000	34,6 %
Sehen	4 700	1,4 %
Hören	10 700	3,2 %
Sprache	31 800	9,5 %
Körperliche und motorische Entwicklung	24 600	7,3 %
Geistige Entwicklung	74 500	22,3 %
Emotionale und soziale Entwicklung	38 300	11,4 %
Förderschwerpunkt übergreifend	14 000	4,2 %
ohne Zuordnung	9 700	2,9 %
Kranke	10 500	3,1 %
insgesamt	335 000	

Teilhabe:

gleichberechtigtes Einbezogensein in Gesellschaft und soziales Leben

Stigma:

etwas, wodurch jemand deutlich sichtbar in einer bestimmten, meist negativen, Weise gekennzeichnet ist, dadurch kategorisiert und unterscheidbar wird

AUFGABEN

1. Diskutieren Sie den Unterschied zwischen den Aussagen „Ich bin behindert“ und „Ich werde behindert“.
2. Beurteilen Sie die im Zuge der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in einzelnen Bundesländern erfolgte Umwandlung der „Werkstatt für Behinderte“ in sogenannte „Inklusionsbetriebe“. Nehmen Sie begründet Stellung.
3. Informieren Sie sich, welche Institutionen in Deutschland heute ethische Fragen der Selektion und Auslese verhandeln und geben Sie Beispiele.
4. Lesen Sie die Broschüre „Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden. Lösungsbeispiele für Planer und Berater“: www hoeren-und-bauen.de/broschuere_barrierefreies_bauen_2010_12_10_download. Recherchieren Sie in Ihrem Ort/Ihrer Gemeinde/im Umfeld Ihrer eigenen Schule, welche Unterstützungsangebote es im Bereich „Mobilität und Barrierefreiheit“ für behinderte Menschen gibt. Entwickeln Sie eigene Ideen zur Verbesserung.
5. Das Bundesteilhabegesetz sieht in § 12, Abs. 1 die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten vor, um gesellschaftliche Teilhabe zu unterstützen.
 - a) Prüfen Sie die Webseiten der Deutschen Rentenversicherung Bund als einem zentralen Leistungsträger der Rehabilitation hinsichtlich barrierefreier Informationsmedien wie Webseitenaufbau für Seh- oder Hörbehinderte (Audiofiles) und die Bereitstellung von Formularen in leichter Sprache: www.deutsche-rentenversicherung.de.
 - b) Entwickeln Sie eigene Vorschläge, wie der Webauftritt der Deutschen Rentenversicherung Bund im Bereich „Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben“ entsprechend des gesetzlichen Auftrags zur Bereitstellung barrierefreier Informationen und Formulare weiter verbessert werden könnte.
6. Die Schule bietet einen Tagesausflug in das Naturkundemuseum an, den Sie gemeinsam mit den sozialpädagogischen Fachkräften begleiten sollen. Kurzfristig meldet sich ein Kind im Rollstuhl an. Allerdings sind der Bus und das komplette Tagesprogramm schon organisiert. Da kann es Probleme geben. Was würden Sie als Betreuungsteam tun? Begründen Sie Ihr Vorgehen.
 - Den Ausflug absagen.
 - Das Programm komplett ändern.
 - Dem Kind absagen, da seine Anmeldung zu spät kam.
 - Mal sehen, worin die Probleme überhaupt liegen werden.
7. Nennen und erklären Sie die verschiedenen Formen der Rehabilitation.
8. Recherchieren Sie die Leistungen von zwei gesetzlichen Krankenkassen zur Rehabilitation und vergleichen Sie diese anhand ihrer Webseiten. Stellen Sie Gemeinsamkeiten und Unterschiede fest.
9. Recherchieren Sie, was in der Rehabilitation mit dem Hamburger Modell gemeint ist. Diskutieren Sie, wo Sie Stärken und Schwächen dieses Vorgehens sehen.
10. Beschreiben Sie Angebote verschiedener stationärer und ambulanter Reha-Maßnahmen in Ihrer Region.
11. Die Wirksamkeit von Reha-Maßnahmen ist entscheidend für ihren Erfolg. Erklären Sie, was alles dazu beiträgt, dass eine Reha-Maßnahme wirksam ist.

BEHINDERUNG UND REHABILITATION

Quellen

- Bartsch, S.: Geschichte der Behinderung; unter www.sonderpaedagoge.quibbling.de/geschichte/wiki/index.php?title=Hauptseite [01.08.2019].
- Beck, I. (2014): Zwischen Teilhabe und Fürsorge – Enthospitalisierung im Kontext von UN-Behindertenrechtskonvention (UN BRK) und Inklusion. In: AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.): Abschlussdokumentation der Fachtagung „Enthospitalisierung – Integration – Inklusion – alles gut?“. 26–35.
- Bundesagentur für Arbeit (2019): Blickpunkt Arbeitsmarkt. Situation schwerbehinderter Menschen. Nürnberg.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2017): Bundesteilhabegesetz Kompakt. Frankfurt am Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016): Ausgaben in der Rehabilitation; unter www.bar-frankfurt.de/service/reha-info.html [01.08.2019].
- Buschmann-Steinhage R.; Widera T. (2016): Grundlagen der Rehabilitation. In: Bengel, J.; Mittag, O. (Hrsg.): Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Berlin, Heidelberg: Springer: 13–24.
- Der Bundespräsident (1993): Ansprache von Bundespräsident Richard von Weizsäcker bei der Eröffnungsveranstaltung der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte; unter www.bundespraesident.de/SharedDocs/Reden/DE/Richard-von-Weizsaecker/Reden/1993/07/19930701_Rede.html [01.08.2019].
- Deutscher Heilbäderverband (2019): Ihr Weg zur Kur; unter www.deutscher-heilbaederverband.de/die-kur/kurantrag/ [01.08.2019].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018a): Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018b): Rentenversicherung in Zeitreihen. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): Fachkonzept „IRENA“. Berlin.
- Fredersdorf, F.; Kern, A. O.; Kobleder, A.; Lux, W.; Rebitzer, F.; Senn, B.; Steiner, M.; Wechsel, S. (2016): Gesundheitsökonomie – Kosten und Nutzen ausgewählter Behandlungspfade am Beispiel von Brustkrebs; unter www.bodenseehochschule.org/wp-content/uploads/2017/04/IBH_GesÖk_Summary.pdf [01.08.2019].
- George, U. (2018): Online-Handbuch Inklusion als Menschenrecht; unter www.inklusion-als-menschenrecht.de/ [01.08.2019].
- Hermes, G.; Rohrmann, E. (2006): Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. Neu-Ulm: AG SPAK.
- Kemper, T.; Goldan, J. (2018): Schulerfolg von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf. In: Zeitschrift für Heilpädagogik: 69 (8): 361–372.
- Kultusministerkonferenz (2018): Dokumentation 214. Sonderpädagogische Förderung in allgemeinbildenden Schulen 2007–2016; unter www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/Dokumentationen/Dok_214_SoPaeFoe_2016.pdf [01.08.2019].
- Powell, J. W. (2010): Change in Disability Classification: Redrawing the Categorical Boundaries of Special Education in the U.S. and Germany, 1920–2005. In: Comparative Sociology 9 (2): 241–267.
- Sulzer, A. (2013): Inklusion braucht systematische Arbeit auf mehreren Ebenen. In: Wagner, P. (Hrsg.): Handbuch Inklusion. Freiburg u. a.: Herder: 16–18.
- Tepohl, L. (2016): Gesundheitsökonomische Bewertung des Nutzens der medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung von zukünftigen demografischen Entwicklungen. Dissertation, Universität Ulm.
- Wagner, S. J. (2017): Intersektionalität: Schulische Behinderung und Migrationshintergrund. In: Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbarwissenschaften 4: 298–308.
- Werning, C.; Bömig, S. (2019): Barrierefreie Kommunikation und Sprache. In: Bosse, I.; Schluchter, R.-J.; Zorn, I. (Hrsg.): Handbuch Inklusion und Medienbildung. Weinheim: Beltz: 272–290.

Weiterführende Literatur

- Cloerkes, G. (Hrsg.) (2003): Wie man behindert wird. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Powell, J. W.; Wagner, S. J. (2014): An der Schnittstelle Ethnie und Behinderung benachteiligt: Jugendliche mit Migrationshintergrund an deutschen Sonderschulen weiterhin überrepräsentiert. In: Wansing, G.; Westphal, M. (Hrsg.): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden: Springer VS: 177–199.
- Stalfelt, P. (2014): So bin ich und wie bist du? Ein Buch über Toleranz. Leipzig: Klett.
- Film: Uma und wir. Dokumentation von Tabea Hosche (2016), ein Film über Alltag, Glück und Behinderung. RAP-Video: Graf Fidi – Mitten im Leben leben – Rappen gegen Ausgrenzung. www.youtube.com/watch?v=TV6-simUEAE [01.08.2019]